

REPORTE DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL ENERO - MARZO 2018

El presente Informe que se somete a la consideración de la Honorable Junta de Gobierno, corresponde al período comprendido del 1 de enero al 31 de marzo del año 2018. El presente informe, se ha estructurado para mostrar, con una perspectiva institucional, lo realizado en investigación, enseñanza, atención médica y administración, basados en los objetivos y metas planteados para el periodo que se reporta.

Las actividades sustantivas del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas se vincularon con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) para cumplir con el objetivo general de llevar a México a su máximo potencial, contribuyendo al logro de las metas nacionales de “México Incluyente y México Próspero”, para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, asegurar el acceso a los servicios de salud, favorecer la protección, promoción y prevención como eje prioritario; garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y contribuir a la formación y fortalecimiento del capital humano de alto nivel, a la generación y transferencia del conocimiento y a mejorar la infraestructura científica y tecnológica en salud.

En igual sentido se alinean sus actividades en cumplimiento al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 que define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud para materializar el derecho a la protección de la salud. Así como a los Programas de Acción Específicos de Medicina de Alta Especialidad y de Investigación en Salud.

La secuencia de este documento atiende tanto a la normatividad que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional, como a la recomendación de las diversas instancias normativas. La cual con el propósito de hacerla más explícita se presenta en forma separada para cada una de las Unidades Hospitalarias que forman el Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE), el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) y el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS).

CONTENIDO

Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas

Punto 1. Tabla de Resumen de Indicadores.

Tabla 1. Aspectos Cuantitativos de Asistencia

Tabla 2. Aspectos Cuantitativos de Enseñanza

Tabla 3. Aspectos Cuantitativos de Investigación

Tabla 4. Aspectos Cuantitativos de Administración (CRAE)

Punto 2. Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención.

Tabla 5. Reporte de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 2017

Punto3. Resumen de Ingresos Propios derivados de FPCGC y CAUSES.

Hospital de Especialidades Pediátricas

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Punto 4. Estados Financieros. (Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas.)

Punto 5. Indicadores Presupuestales. (Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas).

Punto 5.1. PPE010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"

Punto 5.2. PPE022 " Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud"

Punto 5.3. PPE023 " Atención a la Salud"

Punto 5.4 Resumen de indicadores de la MIR(Semaforización), Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas.

1. INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA.

1.1 Hospital de Especialidades Pediátricas.

1.1.1 Investigación.

1.1.2 Enseñanza.

1.2 Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”.

1.2.1 Investigación.

1.2.2 Enseñanza.

2. ATENCIÓN MÉDICA

2.1 Hospital de Especialidades Pediátricas.

2.1.1 Cuadro comparativo de los Indicadores de la MIR y variaciones en los resultados alcanzados programados.

2.1.2 Productividad de Indicadores de IMAE, principales variaciones en los resultados alcanzados programados.

2.1.2.1 Total de la Consulta (Primera vez, subsecuente, preconsulta y de Urgencias).

2.1.2.2 Consulta Externa.

2.1.2.3 Productividad del personal médico en consulta.

2.1.2.3 Preconsultas.

2.1.2.4 Admisión Continua.

2.1.2.5 Principales causas de morbilidad.

2.1.3 Atención hospitalaria.

2.1.3.1 Infraestructura de camas.

2.1.3.2 Promedio de días estancia.

2.1.3.3 Ingresos, número.

2.1.3.4 Porcentaje de ocupación hospitalaria.

2.1.3.5 Egresos y distribución por tipo.

2.1.3.6 Causas de Egreso Hospitalario y Mortalidad

2.1.3.7 Tasas de mortalidad.

2.1.3.8 Productividad y utilización de quirófanos.

2.1.3.9 Utilización de terapia intensiva.

2.1.3.10 Tasa de infecciones nosocomiales.

2.1.3.11 Atención Social Integral en Salud.

2.1.3.12 Indicadores de utilización de equipos.

2.1.3.13 Indicadores de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

2.1.3.14 Estudios de laboratorio.

2.1.3.15 Funcionamiento de comités.

2.1.3.16 Indicadores de Calidad.

- 2.1.3.17 Eventos Adversos.
- 2.1.3.18 Proceso de Certificación
- 2.1.3.19 Auditoría Clínica.
- 2.1.3.20 Actividades relevantes.

2.2 Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.

2.2.0 Matriz de Indicadores para resultados (MIR),

2.2.1. Total de Consulta:

- 2.2.1.1. Productividad del personal médico.
- 2.2.1.2. Consulta externa y Preconsulta.
- 2.2.1.3. Principales causas de morbilidad.
- 2.2.1.4. Consultas en Admisión Continua.

2.2.2. Atención hospitalaria.

- 2.2.2.1. Promedio de días estancia.
- 2.2.2.2. Porcentaje de ocupación hospitalaria.
- 2.2.2.3. Principales causas de morbilidad y mortalidad.
- 2.2.2.4. Egresos por mejoría.
- 2.2.2.5. Tasas de mortalidad.
- 2.2.2.6. Productividad y utilización de quirófanos.
- 2.2.2.7. Terapia intensiva.
- 2.2.2.8. Infecciones Nosocomiales.
- 2.2.2.9. Indicadores de utilización de equipos.
- 2.2.2.10. Indicadores de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- 2.2.2.11. Estudios de laboratorio.
- 2.2.2.12. Atención social integral en Salud.
- 2.2.2.13. Indicadores de Farmacia (Abasto de Medicamentos)
- 2.2.2.14. Matriz de Indicadores de Resultados (MIR).
- 2.2.2.15. Planeación y Vinculación Social.
- 2.2.2.16. Funcionamiento de comités.
- 2.2.2.17. Eventos Adversos.
- 2.2.2.18. Procesos de Certificación.
- 2.2.2.19. Aspectos relevantes de Asistencia

4. ADMINISTRACIÓN.

5. SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO (ANEXO EN CD)

6. PROGRAMA DE GOBIERNO CERCANO Y MODERNO.



Punto 1. Tabla de resumen de indicadores.

Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas

Tabla 1. Aspectos Cuantitativos de Asistencia

AÑO	2017	2018
	(enero-marzo)	(enero-marzo)
I. CONSULTA EXTERNA		
1) Índice de utilización de consultorio		
Número de consultas otorgadas x sumatoria de tiempos de cada consulta/Número de consultorio x días laborables	2.83	2.57
2) Porcentaje de consultas de primera vez/preconsulta		
Número de consultas por primera vez /Número de preconsultas x 100	74.19	67.98
3) Proporción de consultas subsecuentes/primer vez		
Número de consultas subsecuentes/Número de consultas de primera vez x 100	5.94	6.34
4) Porcentaje de consultas programadas otorgadas		
Número de consultas realizadas/Número de consultas programadas x 100	111.66	105.09
II. URGENCIAS		
5) Razón de urgencia calificadas atendidas		
Número de urgencias calificadas/Número de urgencias no calificadas	1.8	1.9
6) Porcentaje de internamiento a urgencias		
Número de internamientos a observación de urgencias/Total de atenciones de urgencias x 100	25.7	22.8
7) Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias		
Número de ingresos a hospitalización por urgencias/Total de atenciones en urgencias x 100	43.7	50.6
8) Porcentaje de ocupación en urgencias		
Número de horas paciente en observación de urgencias/Número de horas cama de observación de urgencias x 100	100.0	77.3
III. HOSPITALIZACIÓN		
9) Promedio de días estancia		
Número de días estancia/Total de egresos	9.0	8.2
10) Porcentaje de ocupación hospitalaria		
Número de días paciente/Número de días cama censables x 100	73.3	66.8
11) Índice de rotación de camas		
Número de egresos/Número de camas censables	6.8	6.6
12) Intervalo de sustitución		
90 camas censables	3.9	4.5

Tabla 2. Aspectos Cuantitativos de Enseñanza

AÑO	ENERO-MARZO 2018 HRACS	ENERO-MARZO 2018 HEP	CRAE ENERO- MARZO CRAE 2018
1) Total de residentes:	21	16	37
Número de residentes extranjeros:	4	0	4
Médicos residentes por cama:	0.41	0.41	1
2) Residencias de especialidad:	4	1	5
3) Cursos de alta especialidad:	0	1	1
4) Cursos de pregrado:	1	2	3
5) Núm. estudiantes en Servicio Social	88	93	181
6. Núm. de alumnos de posgrado:	0	0	0
7) Cursos de Posgrado:	0	0	0
9) Participación extramuros	0	0	0
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	10	18	28
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	0	3	3
10) % Eficiencia terminal (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):	60	100	47
11) Enseñanza en enfermería			
Cursos de pregrado:	1	1	2
Cursos de Posgrado:	1	1	2
12) Cursos de actualización (educación continua)	1	3	4
Asistentes a cursos de actualización (educación continua)	0	207	207
13) Cursos de capacitación:	17	9	26
14) Sesiones interinstitucionales:	0	0	0
Asistentes a sesiones interinstitucionales	0	0	0
15) Sesiones por teleconferencia:	0	0	0
16) Congresos organizados:	0	0	0
17) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:	0	0	0

Tabla 3. Aspectos Cuantitativos de Investigación

INVESTIGACION				
AÑO	Enero-MAR 2018 HCS	Enero-MAR 2018 HEP	Enero-MAR 2018 CRAE	Referente nacional o internacional (cuando aplique)
1) Núm. de artículos	1	1	2	
Grupo I:	0	1	1	
Grupo II:	0	0	0	
Total:	0	1	1	
Grupo III:	1	0	1	
Grupo IV:	0	0	0	
Grupo V:	0	0	0	
Grupo VI:	0	0	0	
Grupo VII:	0	0	0	
Total:	1	0	1	
2) Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII)¹				
ICM A:	0	2	2	
ICM B:	1	1	2	
ICM C:	2	0	2	
ICM D:	0	0	0	
ICM E:	0	0	0	
ICM F:	0	0	0	
Emérito:	0	0	0	
Total:	3	3	6	
3) Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII¹	0	0.33	0.2	
4) Artículos de los grupos (III-IV-V- VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII¹	0.33	0	0.17	
5) Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII	1	0	0.50	
6) Sistema Nacional de Investigadores	0	0		

Candidato:	0	0	0	
SNI I:	1	1	2	
SNI II:	0	0	0	
SNI III:	0	0	0	
Total:	1	1	2	

¹Incluye investigadores con código funcional en ciencias médicas y directivos del área de investigación con reconocimiento vigente en el SII

7) Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII ¹ / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII ¹	0.3	0.3	0.3	
8) Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII ¹ e investigadores vigentes en el SNI	0.3	0.3	0.33	
9) Producción	0	9	9	
Libros editados:	0	0	0	
Capítulos en libros:	0	9	9	
10) Núm. de tesis concluidas	4	0	4	
Especialidad:	4	0	4	
Maestría:	0	0	0	
Doctorado:	0	0	0	
11) Núm. de proyectos con financiamiento externo:	0	0	0	
Núm. agencias no lucrativas:	0	0	0	

¹Incluye investigadores con código funcional en ciencias médicas y directivos del área de investigación con reconocimiento vigente en el SII

INVESTIGACION

AÑO				Referente nacional o internacional (cuando aplique)
Monto total:	0	0	0	
Núm. industria farmacéutica:	0	0	0	
Monto total:	0	0	0	
13) Premios, reconocimientos y	0	0	0	

<p><i>distinciones recibidos:</i></p> <p>14 Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución</p>	<p>(I) Enfermedades (II) Retinoblastoma (tumores (III) Enfermedades (IV) (V) Infecciones (VI) Enfermedades Enfermedades Enfermedades autoinmunes (VIII) Biomedicina molecular (IX) Enfermedades crónico degenerativas</p>		<p>hematoncológicas, sólidos), congénitas, Autismo, nosocomiales, lisosomales. Infecciosas</p>	
<p>15. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa²:</p>			<p>Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Dominguez MP, Ramirez GM, Blancas RBP, Amaro ALP, Martinez AV, Sepúlveda-Delgado J, Jara LJ. Autoimmune/Inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. Clin Rheumatol. 2018 Apr 4. doi: 10.1007/s10067-018-4078-2.</p>	

Tabla 4. Aspectos Cuantitativos de Administración (CRAE)

ADMINISTRACIÓN CRAE		
AÑO	ENERO-MARZO 2017	ENERO-MARZO 2018
	CRAE	CRAE
1) <i>Presupuesto federal original</i>	248'409,118.00	281'391,335.00
1.1) <i>Recursos propios original</i>	44'999,994.00	45'000,000.00
2) <i>Presupuesto federal modificado</i>	222'725,845.15	291'333,971.29
2.1) <i>Recursos propios modificado</i>	44'999,994.00	45'000,000.00
3) <i>Presupuesto federal ejercido</i>	215'168,985.58	291'191,009.14
3.1) <i>Recursos propios ejercido</i>	24'447,127.20	9'932,363.73
4) <i>% del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:</i>	59.44	56.51
5) <i>% del Presupuesto a gastos de investigación:</i>	0.15	0.13
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación.	451,053.00	427,370.00
6) <i>% de Presupuesto a gastos de enseñanza:</i>	0.66	0.05
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	1'936,192.00	168,348.00
7) <i>% del Presupuesto a gastos de asistencia:</i>	39.75	43.05
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	116'617,178.00	140'498,842.00
8) <i>Total de recursos de terceros</i>	33'046,564.13	19'441,093.24
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	33'046,564.13	19'441,093.24
Recursos de origen externo:		
9) <i>Núm. de plazas laborales:</i>	1924	1922
Núm. de plazas ocupadas	1838	1870
Núm. de plazas vacantes	86	52
% del personal administrativo:	11.64	12%
% del personal de áreas sustantivas:	78.01	82.4%
% del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	2.91	2.9%
10) <i>Núm. de plazas eventuales:</i>	n/a	0

Punto 2. Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención

Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas

Tabla 5. Reporte de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 2017

MES	UCIN	UTIP	HOSPITALIZACIÓN	ADMISIÓN	TOTAL IAAS	TOTAL DE PACIENTES
ENERO	3	5	17	5	30	28
FEBRERO	5	4	16	1	26	20
MARZO	3	3	25	4	35	23
TOTALES	11	12	58	10	91	71
Días de Estancia	886	393	8562	1215	11056	
Tasa de Infecciones x 1000 días de Estancia	12.42	30.53	6.77	8.23	8.23	

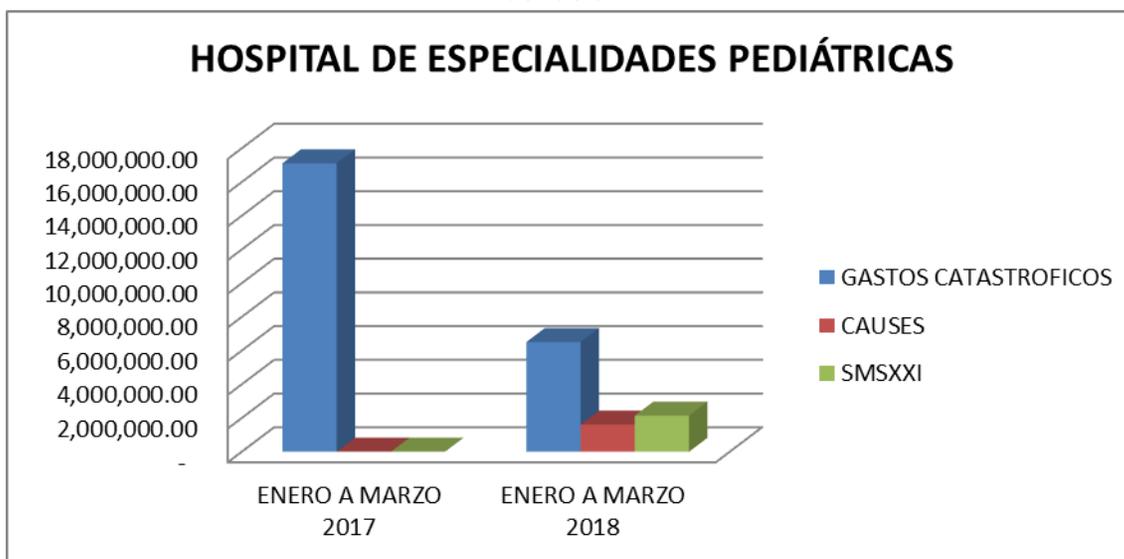
Punto3. Resumen de Ingresos Propios derivados de FPCGC y CAUSES.

Ingresos captados por SEGURO POPULAR, de pacientes beneficiarios del PROGRAMA DE GASTOS CATASTRÓFICOS, SEGURO MÉDICO SIGLO XXI y REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD.

Hospital de Especialidades Pediátricas

Respecto a los ingresos captados correspondientes a pacientes atendidos en el HEP Hospital de Especialidades Pediátricas, con afiliación a Seguro Popular, a través de las diferentes carteras acreditadas en el Hospital, se muestra en Ilustración 1, el comportamiento de enero a marzo del 2018 y su comparativo con el año inmediato anterior.

Ilustración 1.



Se obtuvieron ingresos de la cartera del Programa de Gastos Catastróficos en el periodo de enero a marzo del 2018 por un monto de \$6,509,556.44 contra un ingreso por \$17,108,235.00 del ejercicio 2017, los cuales corresponden a atenciones brindadas a los pacientes en diversos ejercicios como se indica a continuación:

Atenciones brindadas	Ingreso ene-mar 2017	Ingreso ene-mar 2018	Ingreso por año de atención
Ejercicio 2016	17,108,235.00	173,400.00	17,281,635.00
Ejercicio 2017		6,336,156.44	6,336,156.44
Total	17,108,235.00	6,509,556.44	

Cabe mencionar que existe un adeudo ya facturado de 21 casos de Cánceres Infantiles por un monto de \$3,337,410.00 correspondiente a casos del ejercicio de 2017 los cuales fueron validados en el periodo del 01 abril de 2017 al 22 de marzo de 2018.

Tabla 7.- Montos pagados por tipo de cartera de servicios del Programa de Gastos Catastróficos en el Hospital de Especialidades Pediátricas

CARTERA	Periodo evaluado	
	Enero-Mar 2017	Enero-Mar 2018
Cuidados Intensivos Neonatales	\$ 44,401.00	\$ 0.00
Cáncer Infantil	\$ 1,183,801.00	\$ 108,749.00
Enfermedades Lisosomales	\$ 13,149,530.00	\$ 5,084,274.44
Leucemia Linfoblástica Aguda	\$ 578,539.00	\$ 853,067.00
Trastornos Quirúrgicos, Congénitos y Adquiridos	\$ 730,889.00	\$ 463,466.00
Hemofilia	\$ 1,421,075.00	\$ 0.00
TOTAL	\$ 17,108,235.00	\$ 6,509,556.44

La principal diferencia en la captación de los recursos, se debe a que la validación de casos del FPCGC del ejercicio del 2017, no concluyó en marzo del 2018, como se había comportado en años anteriores. La CNPSS está en el proceso de validación de estos casos. Por lo que se considera una aparente baja en la captación de ingresos.

Con respecto al SMSXXI, en el periodo de enero a marzo de 2018, se logró un ingreso de \$2,143,636.99, correspondiente a casos validados del ejercicio 2017. Se encuentran pendientes de pago, casos atendidos en los ejercicios 2013, 2016 y 2017, por un monto de \$1,770,301.80, así como todas las intervenciones captadas en 2018. Lo anterior, porque la plataforma no se encuentra habilitada.

Así mismo, en el periodo de enero a marzo de 2018 se obtuvieron ingresos del Sistema de Compensación Económica (CAUSES) del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, por un importe de \$1,604,491.83 correspondiente a atenciones del 2017 siendo el 100% casos del REPSS Chiapas.

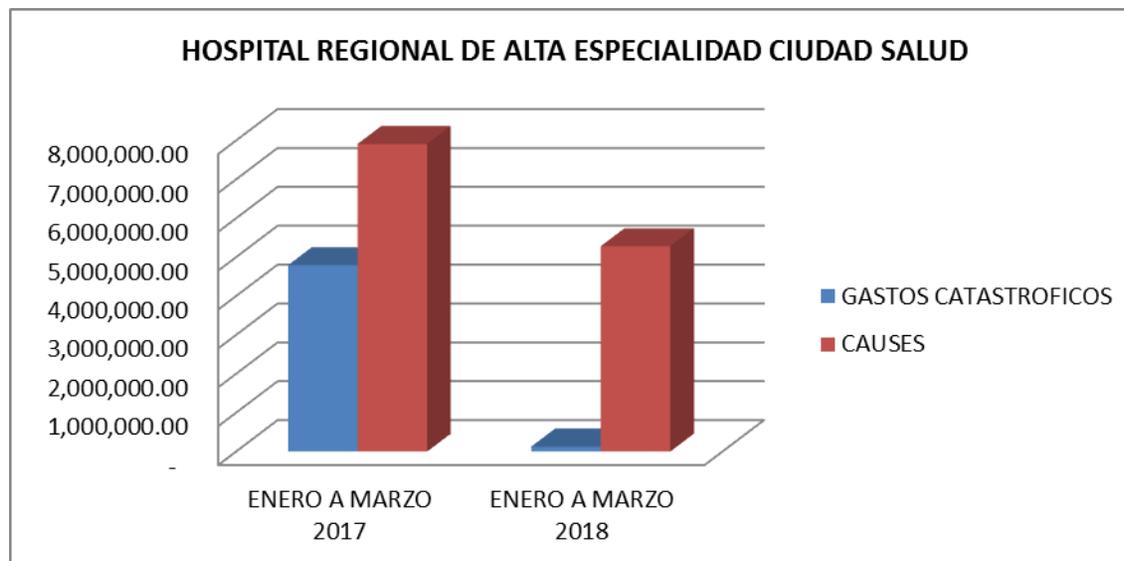
Tabla 8.- Montos pagados por la cartera de servicios del programa CAUSES en el Hospital de Especialidades Pediátricas

ESTADO	Periodo evaluado	
	Enero-Mar 2017	Enero-Mar 2018
Chiapas	\$ 0.00	\$ 1,604,491.83
TOTAL	\$ 0.00	\$ 1,604,491.83

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Respecto a los ingresos captados correspondiente a pacientes atendidos en el HRAE Hospital de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, con afiliación al Seguro, a través de las diferentes carteras acreditadas en esta Unidad Hospitalaria se muestra en la Ilustración 2, el comportamiento de enero a marzo del 2018 y su comparativo con el año inmediato anterior

Ilustración 2. Ingresos del Seguro Popular



Se obtuvieron ingresos de la cartera del Programa de Gastos Catastróficos en el periodo de enero a marzo de 2018 por un monto de \$129,276.00 contra un ingreso por \$4,796,115.00 del ejercicio 2017.

Cabe mencionar que debido a un cambio de plataforma y problemas técnicos por parte de la CNPSS existe un adeudo de \$19,132,819.00 correspondiente a casos del ejercicio de 2017 los cuales se encuentran en proceso de validación para realizar el pago en el 2018.

Tabla 9.- Montos pagados por tipo de cartera de servicios del Programa de Gastos Catastróficos en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

CARTERA	Periodo evaluado	
	ENE-MARZO 2017	ENE-MARZO 2018
Cáncer de mama	\$ 1,877,795.00	\$ 0.00
Cáncer cérvico uterino	\$ 864,209.00	\$ 108,938.00
Cáncer de colon y recto	\$ 1,407,437.00	\$ 0.00
Tumor maligno de testículo	\$ 0.00	\$ 0.00
Linfoma no Hodking	\$ 634,266.00	\$ 0.00

Tumor maligno de próstata	\$ 12,408.00	\$ 0.00
Cáncer de ovario	\$ 0.00	\$ 20,338.00
Infarto al miocardio	\$ 0.00	\$ 0.00
TOTAL	\$ 4'796,115.00	\$ 129,276.00

Así mismo, en el periodo de enero a marzo de 2018 se obtuvieron ingresos del Sistema de Compensación Económica (CAUSES) del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, por un importe de \$ 5,282,925.58 correspondientes a casos del 2017 contra un ingreso de \$7,912,539.42 en el ejercicio 2017, siendo el 100% casos del REPSS Chiapas.

Cabe hacer mención que al cierre del primer trimestre del 2018 existía un adeudo de \$13,837,258.16 de atenciones brindadas en el 2017 de las cuales ya fueron pagadas en el mes de abril de 2018 \$13,815,803.68 restando un adeudo a la fecha de \$19,881.68 del REPSS Quintana Roo y \$1,572.80 del REPSS Jalisco.

Tabla 10.- Montos pagados por la cartera de servicios del programa CAUSES en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

ESTADO	Periodo evaluado	
	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018
Chiapas	\$ 7,912,539.42	\$ 5,282,925.58
TOTAL	\$ 7,912,539.42	\$ 5,282,925.58

CONCLUSIONES

El monto total captado de las diferentes carteras de Gastos Catastróficos, CAUSES y Siglo XXI en el periodo de enero a marzo de 2018, ascienden a \$15,669,886.84 por ambas unidades hospitalarias.

Tabla 11.- INGRESOS CAPTADOS POR SEGURO POPULAR DE ENERO A MARZO 2018			
CARTERA	HEP	CS	TOTAL CRAE
GASTOS CATASTROFICOS	6,509,556.44	129,276.00	6,638,832.44
CAUSES	1,604,491.83	5,282,925.58	6,887,417.41
SMSXXI	2,143,636.99	N/A	2,143,636.99
Total	10,257,685.26	5,412,201.58	15,669,886.84

Existen otros ingresos captados en el periodo de enero a marzo de 2018, por un monto de \$3,771,206.40 los cuales corresponden a Ventas en efectivo, Convenio con ISSTECH (Solamente por un caso de trasplante), Convenio con Admin Lua, intereses bancarios, rendimientos de cuenta de inversión y recuperación de cuentas canceladas.

Tabla 12.- OTROS INGRESOS DE ENERO A MARZO 2018			
CARTERA	HEP	CS	TOTAL CRAE
VENTAS EN EFECTIVO	856,757.35	2,529,041.14	3,385,798.49
ISSTECH	196,042.99	-	196,042.99
ADMIN LUA	-	144,098.00	144,098.00
INTERESES Y RENDIMIENTOS BANCARIOS	-	-	40,428.39
RECUPERACION DE CUENTAS CANCELADAS	-	4,838.53	4,838.53
Total	1,052,800.34	2,677,977.67	3,771,206.40

El monto total de ingresos captados en el periodo de enero a marzo de 2018, del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas asciende a **\$19,441,093.24**.

Tabla 13.- TOTAL DE INGRESOS DE ENERO A MARZO 2018			
CARTERA	HEP	CS	TOTAL CRAE
INGRESOS POR SEGURO POPULAR	10,257,685.26	5,412,201.58	15,669,886.84
OTROS INGRESOS	1,052,800.34	2,677,977.67	3,771,206.40
Total	11,310,485.60	8,090,179.25	19,441,093.24

Cabe comentar que en el cuadro 94 del Reporte de Gestión, se reportó como ejercido en propios, la cantidad de \$9'932,363.73, por lo que se tiene como recursos recaudados pendiente de ejercer al cierre del trimestre, la cantidad de \$9'508,729.51, mismos que se encuentran comprometidos.

Punto 4. Estados Financieros preliminares al periodo.

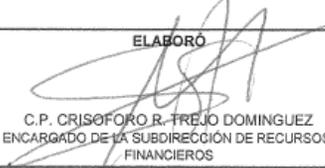
Centro Regional de alta Especialidad de Chiapas.



CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

ESTADO DE ACTIVIDADES AL MES DE MARZO DE 2018
Divisa: Pesos Mexicanos

Código	Descripción	Del Mes	Al Mes
INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS			
4	INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS	\$146,632,114.81	\$309,169,492.53
4.1	INGRESOS DE GESTIÓN	\$8,086,053.47	\$19,386,168.32
4.1.7	Ingresos por Venta de Bienes y Servicios	\$8,086,053.47	\$19,386,168.32
4.1.7.3	Ingresos de operación de Entidades Paraestatales empresariales no financieras	\$8,086,053.47	\$19,386,168.32
4.2	PARTICIPACIONES, APORTACIONES, TRANSFERENCIAS, ASIGNACIONES, SUBSIDIOS Y OTRAS AYUDAS	\$138,521,660.85	\$289,738,057.29
4.2.2	Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras ayudas	\$138,521,660.85	\$289,738,057.29
4.2.2.1	Transferencias Internas y Asignaciones del Sector Público	\$138,521,660.85	\$289,738,057.29
4.3	OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS	\$24,400.49	\$45,266.92
4.3.1	Ingresos Financieros	\$19,761.96	\$40,428.39
4.3.1.1	Intereses Ganados de Valores, Créditos, Bonos y Otros.	\$19,761.96	\$40,428.39
4.3.9	Otros Ingresos y Beneficios Varios	\$4,638.53	\$4,838.53
4.3.9.9	Otros Ingresos y Beneficios Varios	\$4,638.53	\$4,838.53
TOTAL DEL GRUPO:		\$146,632,114.81	\$309,169,492.53
GASTOS Y OTRAS PERDIDAS			
5	GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS	\$141,154,502.59	\$288,545,553.94
5.1	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$141,154,502.59	\$288,517,382.68
5.1.1	Servicios Personales	\$69,452,480.64	\$173,119,853.60
5.1.1.1	Remuneraciones al Personal de Carácter Permanente	\$27,142,579.09	\$67,118,961.68
5.1.1.3	Remuneraciones Adicionales y Especiales	\$15,394,414.57	\$40,516,977.56
5.1.1.4	Seguridad Social	\$10,201,009.53	\$17,520,583.04
5.1.1.5	Otras Prestaciones Sociales y Económicas	\$16,367,857.27	\$47,334,804.90
5.1.1.6	Pago de Estímulos a Servidores Públicos	\$346,620.18	\$628,526.42
5.1.2	Materiales y Suministros	\$13,916,282.05	\$17,122,792.39
5.1.2.1	Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales	\$33,777.52	\$33,777.52
5.1.2.2	Alimentos y Utensilios	\$114,239.21	\$293,623.53
5.1.2.4	Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación	\$294,971.72	\$345,842.08
5.1.2.5	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio	\$13,363,241.11	\$15,532,609.44
5.1.2.6	Combustibles, Lubricantes y Aditivos	\$110,052.49	\$428,951.87
5.1.2.7	Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos	\$0.00	\$233,125.20
5.1.2.9	Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores	\$0.00	\$254,862.75
5.1.3	Servicios Generales	\$57,785,739.90	\$98,274,736.69
5.1.3.1	Servicios Básicos	\$1,727,424.99	\$4,965,936.44
5.1.3.2	Servicios de Arrendamiento	\$1,451,448.00	\$4,051,583.72
5.1.3.3	Servicios Profesionales, Científicos y Técnicos y Otros Servicios	\$37,665,772.57	\$59,434,522.10
5.1.3.4	Servicios Financieros, Bancarios y Comerciales	\$28,874.42	\$153,049.02
5.1.3.5	Servicios de Instalación, Reparación, Mantenimiento y Conservación	\$14,166,351.34	\$26,175,417.35
5.1.3.7	Servicios de Traslado y Viáticos	\$499,905.58	\$1,194,771.35
5.1.3.8	Servicios Oficiales	\$0.00	\$6,174.71
5.1.3.9	Otros Servicios Generales	\$2,245,963.00	\$2,293,282.00
5.5	OTROS GASTOS Y PÉRDIDAS EXTRAORDINARIAS	\$0.00	\$28,171.26
5.5.1	Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencia y Amortizaciones	\$0.00	\$28,171.26
5.5.1.1	Estimaciones por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes	\$0.00	\$28,171.26
TOTAL DEL GRUPO:		\$141,154,502.59	\$288,545,553.94
RESULTADO DE ACTIVIDADES:		\$5,477,612.22	\$20,623,938.59

ELABORÓ

C.P. CRISÓFORO R. TREJO DOMÍNGUEZ
ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

REVISÓ

LIC. MÓNICA PÉREZ PÉREZ
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

AUTORIZÓ

DRA. CONCEPCIÓN DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ
DIRECTORA GENERAL



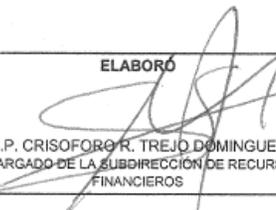
CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA AL MES DE MARZO DE 2018
Divisa: Pesos Mexicanos

Unidad Administrativa: Todas
Centro de costos: Todos

Fuente de Financiamiento: Todas
Tipo de Gasto: Todos

Código	Descripción	Saldo	Código	Descripción	Saldo
1	ACTIVO	\$317,501,230.66	2	PASIVO	\$52,878,823.45
1.1	ACTIVO CIRCULANTE	\$83,405,302.99	2.1	PASIVO CIRCULANTE	\$52,878,823.45
1.1.1	Efectivo y Equivalentes	\$21,189,169.38	2.1.1	Cuentas por Pagar a Corto Plazo	\$783,029.16
1.1.1.2	Bancos/Tesorería	\$17,998,299.68	2.1.1.2	Proveedores por Pagar a Corto Plazo	\$100,941.12
1.1.1.4	Inversiones Temporales (Hasta 3 meses)	\$3,089,876.76	2.1.1.9	Otras Cuentas por Pagar a Corto Plazo	\$682,088.04
1.1.1.6	Depósitos de Fondos de Terceros en Garantía y/o Administración	\$100,992.96	2.1.5	Pasivos Diferidos a Corto Plazo	\$51,994,801.33
1.1.2	Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	\$65,653,626.60	2.1.5.9	Otros Pasivos Diferidos a Corto Plazo	\$51,994,801.33
1.1.2.2	Cuentas por Cobrar a Corto Plazo	\$65,417,910.60	2.1.6	Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Corto Plazo	\$100,992.96
1.1.2.3	Deudores Diversos por Cobrar a Corto Plazo	\$235,716.00	2.1.6.2	Fondos en Administración a Corto Plazo	\$100,992.96
1.1.3	Derechos a Recibir Bienes o Servicios	\$100,941.12	3	HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO	\$264,622,407.21
1.1.3.9	Otros Derechos a Recibir Bienes o Servicios a Corto Plazo	\$100,941.12	3.1	HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO CONTRIBUIDO	\$484,988,124.90
1.1.6	Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes	(\$3,538,434.11)	3.1.2	Donaciones de Capital	\$484,988,124.90
1.1.6.1	Estimaciones para Cuentas Incobrables por Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	(\$3,538,434.11)	3.1.2.1	Superávit/Déficit por Donación	\$484,988,124.90
1.2	ACTIVO NO CIRCULANTE	\$234,095,927.67	3.2	HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO GENERADO	(\$220,365,717.69)
1.2.3	Bienes inmuebles, Infraestructura y Construcciones en Proceso	\$215,543,118.00	3.2.1	Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)	\$20,623,938.59
1.2.3.3	Edificios no Habitacionales	\$215,543,118.00	3.2.1.1	Ahorro o Desahorro del Ejercicio	\$20,623,938.59
1.2.4	Bienes Muebles	\$277,187,768.68	3.2.2	Resultados de Ejercicios Anteriores	(\$240,989,656.28)
1.2.4.1	Mobiliario y Equipo de Administración	\$39,189,935.49	3.2.2.1	Resultados de Ejercicios Anteriores	(\$240,989,656.28)
1.2.4.2	Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo	\$641,429.75			
1.2.4.3	Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio	\$220,395,906.35			
1.2.4.4	Vehículos y Equipo de Transporte	\$3,945,899.07			
1.2.4.6	Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas	\$13,014,598.02			
1.2.5	Activos Intangibles	\$42,814.13			
1.2.5.1	Software	\$42,814.13			
1.2.6	Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	(\$265,800,335.40)			
1.2.6.3	Depreciación Acumulada de Bienes Muebles	(\$265,761,001.37)			
1.2.6.5	Amortización Acumulada de Activos Intangibles	(\$39,334.03)			
1.2.7	Activos Diferidos	\$7,122,562.26			
1.2.7.9	Otros Activos Diferidos	\$7,122,562.26			
SUMA DEL ACTIVO:		\$317,501,230.66	SUMA DEL PASIVO Y PATRIMONIO:		\$317,501,230.66

ELABORÓ

C.P. CRISOFORO R. TREJO DOMÍNGUEZ
ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

REVISÓ

LIC. MONJA PÉREZ PÉREZ
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

AUTORIZÓ

DRA. CONCEPCIÓN DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ
DIRECTORA GENERAL

Punto 5. Matriz de Indicadores para Resultados, (Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas).

Punto 5.1. PPE010 “Formación de recursos humanos para la salud”, Evaluación de cumplimiento de Metas periodo Enero-Marzo 2018, tabla 14.

No. de Ind	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
5	INDICADOR Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	95.0	100.0	5.0	105.3	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 105.3%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, la variación relativa en los valores alcanzados fue producto del acuerdo de colaboración que realizó el Hospital de Especialidades Pediátricas con el Consejo estatal para la prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia con la capacitación a MPSS.
	VARIABLE 1 Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de los cursos de educación continua impartida por la institución	95	207	112.0	217.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No existe riesgos para la población.
	VARIABLE 2 Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	100	207	107.0	207.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Regularización de acuerdos de colaboración.

No. de Ind	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
8	INDICADOR Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	75.0	100.0	25.0	133.3	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 133.3%, lo que lo ubica en semáforo de color rojo positivo, la variación obedece al acuerdo de colaboración que realizó el Hospital de Especialidades Pediátricas con el Consejo estatal para la prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia con la capacitación a MPSS.
	VARIABLE 1 Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	3	4	1.0	133.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No existe riesgos para la población.
	VARIABLE 2 Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo	4	4	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Regularización de acuerdos de colaboración.

No. de Ind	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
9	INDICADOR Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	30.0	69.1	39.1	230.3	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 230.3%, lo que lo ubica en semáforo de color rojo, la variación relativa en los valores alcanzados fue producto del acuerdo de colaboración que realizó el Hospital de Especialidades Pediátricas con el Consejo estatal para la prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia con la capacitación a MPSS.
	VARIABLE 1 Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	30	143	113.0	476.7	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No existe riesgos para la población.
	VARIABLE 2 Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	100	207	107.0	207.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Regularización de acuerdos de colaboración.

No. de Ind	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
10	INDICADOR Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.0	8.6	-0.4	95.6	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 95.6%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, la variación relativa en los valores alcanzados fue producto del acuerdo de colaboración que realizó el Hospital de Especialidades Pediátricas con el Consejo estatal para la prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia con la capacitación a MPSS.
	VARIABLE 1 Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	1,130	1,790	660.0	158.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No existe riesgos para la población.
	VARIABLE 2 Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	125	207	82.0	165.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Regularización de acuerdos de colaboración.

Punto 5.1.1 PPE010 “capacitación de recursos humanos para la salud”, Evaluación de cumplimiento de Metas periodo Enero-Marzo 2018, tabla 15.

NO. DE REG.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	%	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2)/(1) X 100	
2	INDICADOR Porcentaje de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de la capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	95.7	97.6	1.9	102.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/
	VARIABLE 1 Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación	647	568	-79.0	87.8	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación	676	582	-94.0	86.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

NO. DE REG.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	%	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2)/(1) X 100	
3	INDICADOR Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/
	VARIABLE 1 Número de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente	10	10	0.0	100.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Número total de Eventos de Capacitación realizados en el periodo de evaluación	10	10	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

NO. DE REG.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	%	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2)/(1) X 100	
5	INDICADOR Porcentaje de temas contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	40.0	-60.0	40.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/
	VARIABLE 1 Número de temas contratados incluidos en el PAC	5	2	-3.0	40.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Número de temas programados para contratarse que se incluyeron en el PAC	5	5	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

Punto 5.3. PPE023 " Atención a la Salud", Evaluación de cumplimiento de Metas periodo Enero-Marzo 2018, tabla 16.

NO. DE PPE	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
1	INDICADOR Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	77.0	89.4	12.4	116.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 116.1%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, debido a que se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencia de los pacientes aceptados al hospital.
	VARIABLE 1 Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	935	1,025	90.0	109.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación	1,214	1,147	-67.0	94.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

NO. DE PPE	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
2	INDICADOR Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.5	83.9	-3.6	95.9	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 95.9%, lo que se sitúa en semáforo de color verde y aun dentro de lo programado.
	VARIABLE 1 Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	1,062	892	-170.0	84.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios	1,214	1,063	-151.0	87.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

NO. DE PPE	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
3	INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	96.6	96.6	0.0	100.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 100%, lo que lo ubica en semáforo de color verde y dentro de la programación establecida para el periodo.
	VARIABLE 1 Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	828	807	-21.0	97.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados	857	835	-22.0	97.4	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

NO. DE PPE	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
4	INDICADOR Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ Aún cuando el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 100% y que lo ubica en semáforo de color verde, en el Hospital Ciudad Salud hubo una disminución considerable de productividad en las sesiones de rehabilitación para las áreas de Consulta externa.
	VARIABLE 1 Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	4,938	3,364	-1,574.0	68.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Oportunidad en la atención.
	VARIABLE 2 Total de sesiones de rehabilitación realizadas	4,938	3,364	-1,574.0	68.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ se establecerá mecanismo para fortalecer el área de terapia física con pasantes de servicio social.

No. de Rpt.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
5	INDICADOR Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	36.0	38.2	2.2	106.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 106.1%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo aun dentro de la programación establecida para el periodo.
	VARIABLE 1 Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	2,003	2,067	64.0	103.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados	5,569	5,408	-161.0	97.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
6	INDICADOR Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	75.2	82.6	7.4	109.8	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 109.8%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, el resultado obtenido se debió al incremento de pacientes solicitando procedimientos de quimioterapias intratecales en el Hospital de Especialidades Pediátricas.
	VARIABLE 1 Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	3,580	3,900	320.0	108.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No hay riesgos por la capacidad en recurso humano e infraestructura hospitalaria soportada.
	VARIABLE 2 Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados	4,762	4,721	-41.0	99.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

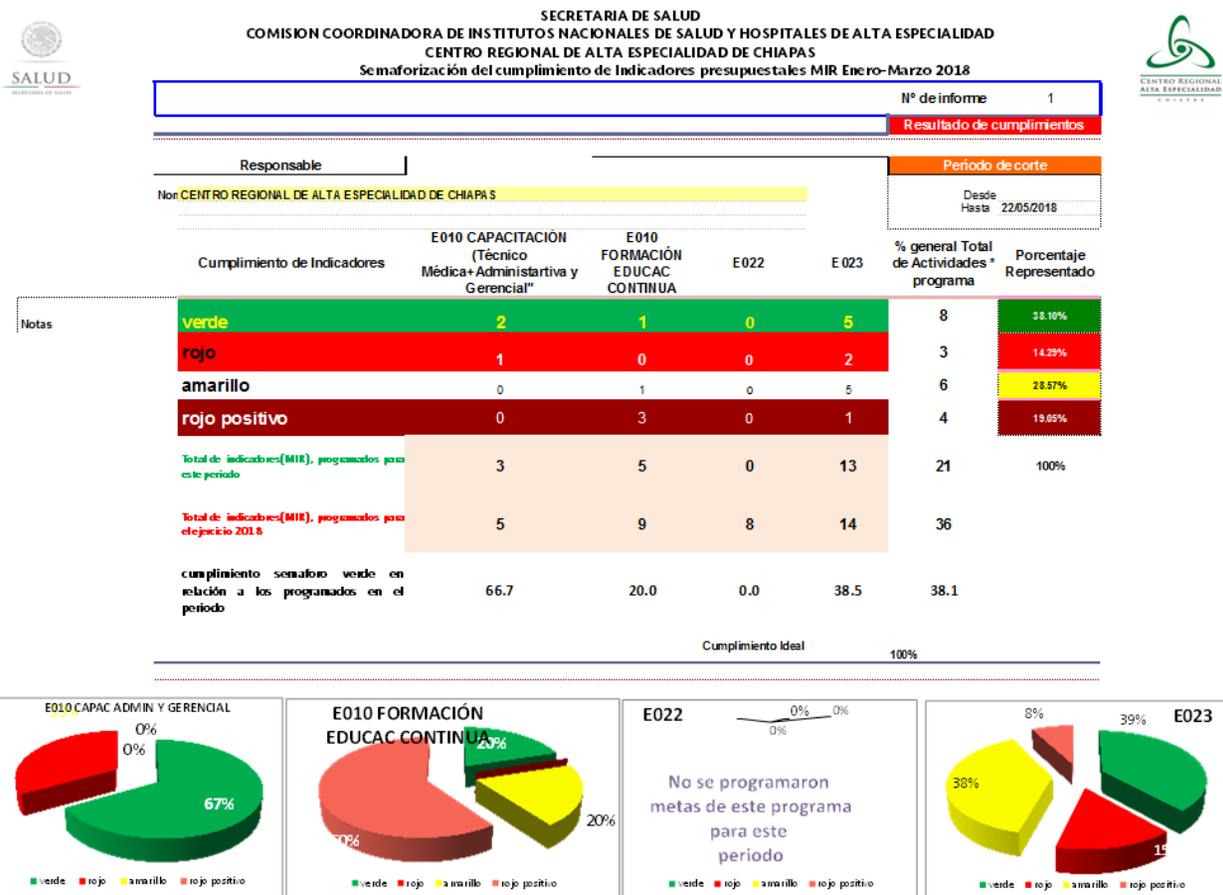
No. de IND	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
7	INDICADOR Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	96.5	90.5	-6.0	93.8	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 93.8%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo y dentro de la variación establecida para el periodo.
	VARIABLE1 Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	19,981	18,739	-1,242.0	93.8	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ ligera disminución en la oportunidad en a la atención.
	VARIABLE2 Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	20,705	20,705	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
8	INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.5	95.6	5.1	105.6	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 105.6%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, el resultado se debió a que en el Hospital Regional de Alta Especialidad en Ciudad Salud, se incrementaron los servicios hospitalarios lo que permitió lograr que la percepción en de satisfacción se incrementara.
	VARIABLE1 Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	832	995	163.0	119.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE2 Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados	919	1,041	122.0	113.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
9	INDICADOR Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	81.0	81.0	0.0	100.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 100%, lo que lo ubica en semáforo de color verde y dentro de la programación establecida para el periodo.
	VARIABLE1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	85	85	0.0	100.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	105	105	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
11	INDICADOR Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	69.5	61.4	-8.1	88.3	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 88.3% lo que sita este en semáforo de color rojo, la primera causa se debe a que el número de ingresos disminuyó ligeramente y por otro lado se han mejorado los mecanismos de atención del paciente lo que ha permitido la reducción en la estancia hospitalaria.
	VARIABLE1 Número de días paciente durante el periodo	11,266	9,939	-1,327.0	88.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE2 Número de días cama durante el periodo	16,200	16,200	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
12	INDICADOR Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	8.0	8.1	0.1	101.3	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 101.3%, lo que lo ubica en semáforo de color verde y dentro de la programación establecida para el periodo.
	VARIABLE 1 Número de días estancia	9,731	8,562	-1,169.0	88.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios	1,214	1,063	-151.0	87.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
13	INDICADOR Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	70.8	51.7	-19.1	73.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 73% lo que lo ubica en semáforo de color rojo, esto debido que en razón de la mejora de los procesos de referencia y a la contención de pacientes en unidades de segundo nivel a través de la asesoría del personal médico de los Hospitales de alta Especialidad.
	VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	1,058	907	-151.0	85.7	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo	1,494	1,753	259.0	117.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
14	INDICADOR Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	6.3	6.8	0.5	107.9	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 107.9%, situación que lo ubica en semáforo de color amarillo, se sigue trabajando en el Proyecto de Mejora para la Prevención y Reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud mediante la implementación de los Paquetes Preventivos lo que ha permitido las disminuciones en la estancia hospitalaria
	VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	61	58	-3.0	95.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte	9,731	8,562	-1,169.0	88.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

Punto 5.4 Resumen de indicadores de la MIR(Semaforización), Centro Regional de alta Especialidad de Chiapas, ilustración 3.



De los 36 indicadores de la MIR que se programaron para el ejercicio 2018 de los Programas Presupuestarios da cuenta para este periodo a informar el PPE010 " Formación y capacitación de recursos humanos para la salud ", en sus dos modalidades: de "Formación de educación Médica" y otro de "Capacitación Administrativa y Gerencial", que a su vez contempla la "Capacitación Técnico Médica", y por otro lado el PPE023 "Atención a la Salud".

Para el PPE010 "de formación", nada más se programaron 5 de 9 en total, Para el PPE010 "de capacitación", se programaron 3 de 5 en total, para el PPE022, se contempló 0 de 8 indicadores y para el PPE023, un total de 13 de 14 indicadores reportados, haciendo entonces para este periodo 21 indicadores reportados.

De los 5 indicadores de formación, 3 de ellos se encuentran en color rojo positivo, 1 en verde y 1 en amarillo, por lo que de manera general la variación por arriba de los valores programados obedeció que para el Hospital de Especialidades pediátricas realizó

acuerdo de colaboración con el Consejo estatal para la prevención y el tratamiento del cáncer en la Infancia y la adolescencia con la capacitación a MPSS.

Por otro lado en el programa consolidado contemplando la "capacitación administrativo y gerencial" y el de "Técnico Médica", se informa que 2 indicadores se ubicaron en verde y 1 en rojo, para este último programa se alcanzaron los objetivos programados para el periodo con porcentaje de cumplimiento entre el 95% y 105%, lo que lo situó en semáforo de color verde, sin embargo no está demás comentar que el programa de capacitación administrativa y gerencial para el CRAE aunque el porcentaje de cumplimiento fue satisfactorio entre 95 y 105%, no se logró alcanzar la meta programada en relación a servidores públicos capacitados y a eventos de capacitación realizados y contratados, este valor estriba en que para el Hospital Ciudad Salud programo el inicio de cursos de su programa anual de capacitación para el mes de abril y para el Hospital de Especialidades Pediátricas; hubo un diferimiento en los acuerdos por parte de la comisión auxiliar mixta de capacitación lo que no se vio reflejado en los resultados esperados.

Para el PPE023 "Atención a la Salud", existen 5 indicadores en color verde, 5 en color amarillo, 2 indicadores en rojo y 1 en rojo positivo, para este último denota que la variación fue en el Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico, esto debido a que se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencia de los pacientes aceptados al hospital.

Para el indicador 4. porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas obtuvo el 100% y que tiene semáforo en verde, la variación de sus valores no permitió alcanzar la meta debido a que, en el Hospital Ciudad Salud hubo una disminución considerable de productividad en las sesiones de rehabilitación para las áreas de Consulta externa.

Para el indicador, Porcentaje de ocupación hospitalaria; El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 88.3% lo que sitúa este en semáforo de color rojo, la primera causa se debe a que el número de ingresos disminuyo ligeramente y por otro lado se han mejorado los mecanismos de atención del paciente lo que ha permitido la reducción en la estancia hospitalaria.

Para el indicador, Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas; obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 73% lo que lo ubica en semáforo de color rojo, esto debido que en razón de la mejora de los procesos de referencia y a la contención de pacientes en unidades de segundo nivel a través de la asesoría del personal médico de los Hospitales de alta Especialidad.

1. INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA.

1.1 Hospital de Especialidades Pediátricas

El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas para las actividades de Investigación en las Unidades Hospitalarias en el año 2018 tiene asignado un presupuesto de \$3'445,760.00, del cual el 75% al periodo del informe ya ha sido comprometido y el resto se ejercerá durante el segundo trimestre del año.

1.1 Hospital de Especialidades Pediátricas

1.1.1 Investigación

La plantilla de investigadores en el Hospital de Especialidades Pediátricas, cuenta con tres investigadores; incorporados al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, dos de ellos de categoría "A", y otro en categoría "B", éste último con registro Vigente ante el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel I y Miembro Honorífico en el Sistema Estatal de Investigadores de Chiapas (SEI-COECYTECH).

ARTÍCULOS

REVISTAS NIVEL I

Javier-Gutierrez Jimenez; Monica Ivone Mendoza-Orozco; Alejandra Vicente-Serrano; Lorena Mercedes Luna-Caceres; **Jose Manuel Sánchez-Felciano; Jose Antonio Giron-Hernandez;** Jorge Eugenio-Vidal; Virulence genes and Resistance to antibiotics of beta-hemolytics streptococci isolated from children in Chiapas, Mexico The Journal of infection in developing countries (J Infect Dev Ctries) 12(2) 80-88 2018

Trabajos concluidos y enviados para publicación

El personal del área de investigación y de las áreas operativas han concluido diversos trabajos, mismos que han sido remitidos como propuesta para publicación, estando en espera de la respuesta de aceptación.

1. El trabajo titulado: **Factores Asociados a Mortalidad Temprana en Leucemia Linfoblástica Aguda en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas, México** fue aceptado con cambios por el Journal of Pediatrics Hematology and Oncology.
2. El trabajo titulado: **Sobrevida global de los pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas**. Se envió a consideración del Boletín Médico del Hospital Infantil de México.
3. Se recibió la aceptación condicionada a algunos cambios en la publicación **"Elements associated with early mortality in children with B cell acute"**

lymphoblastic leukemia in Chiapas, Mexico. A case-control study en el Journal of Pediatric Hematology and Oncology.

4. Derivado del proyecto “Generación de una base clínica de confirmación de genes candidatos para autismo en México”. Se envió el siguiente artículo a la Revista Salud Mental, “**Genetic association of autism spectrum disorder with 2 val66met bdnf gene polymorphism**”.
5. Derivado del Proyecto “Estudio de las trayectorias de búsqueda de atención y tiempo de demora diagnóstica en familias mexicanas con casos de trastornos del espectro autista”, se envió, el siguiente artículo “**Pathways to diagnose Autism Spectrum Disorders in Mexico’s health services**” a la revista Child and Adolescent Mental Health, actualmente el artículo ha sido aprobado con modificaciones.
6. Se concluyó y envió a la Revista de Salud Pública Chilena, el Trabajo denominado “**Suicidio y depresión en adolescentes: Una revisión de la Literatura**”

Capítulos de Libros:

1.- Conocimiento materno sobre el manejo de las infecciones diarreicas y respiratorias de sus hijos, en Chiapas.	Raúl Zavala Díaz, Néstor R. García Chong , Laura Elena Trujillo Olivera	pág. 1- 29
2.- Situación nutricional y aprendizaje en escolares de Chiapas, México	Vania Courtois García, Beatriz Beltrán de Miguel, Carmen Cuadrado vives, Néstor R. García Chong , Laura Elena Trujillo Olivera	Pág. 30 – 42
3.- Mortalidad infantil, migración y seguridad alimentaria en México.	Néstor R. García Chong , Laura Elena Trujillo Olivera, Ciria Beatriz Velázquez González, Gabriela Gómez Santiz.	pág. 61 -78
4.- Mortalidad por leucemias agudas en niños de 5 a 14 años, en México.	Ana Karina Lara Ruiz, Marlene Zúñiga Cabrera, Lucia Candelaria González, Néstor R. García Chong , Ciria Beatriz Velázquez González.	pág. 91 – 106
5.- La mortalidad de los menores de cinco años en Chiapas – México: un análisis desde la perspectiva de los ODM.	María del socorro de la cruz Estrada, Laura Elena Trujillo Olivera, Néstor R. García Chong , Ángel Rene Estrada Arévalo.	pág. 107 – 131
6.- Infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.	Jesús Porfirio de los santos Valdivieso, Norma Cancino García, Néstor R. García Chong , Fernando Tapia Garduño .	pág. 157 – 173
7.- Lactantes Mayores e ingesta de alimentos en un hospital de alta especialidad en Chiapas.	Fernando Solís Morales y Marcia Molina Huerta	pág. 174 - 191
8.- Comportamiento clínico e intervención farmacológica en los espasmos infantiles, Chiapas, México 2006 -2015	Adriana Jazmín Chisco Bartolo, Andrey Arturo flores Pulido , Pablo Méndez Hernández, Néstor Rodolfo García Chong .	pág. 192 - 205
9.- Impacto clínico del lavado gástrico en neonatos vigorosos con líquido amniótico teñido de meconio.	Minerva Ramírez Villaseñor, Andrey Arturo Flores Pulido , Pablo Méndez Hernández, Néstor R. García Chong .	pág. 206- 217

Formación de Recursos Humanos

Se continúa con la asesoría a los médicos residentes para la elaboración de la tesis de especialidad. Los protocolos se encuentran en proceso de elaboración.

Proyectos de investigación

- Se envió el proyecto titulado: **Asociación de polimorfismos genéticos de enzimas de la vía del Folato y toxicidad por metotrexato en niños con leucemia linfoblástica aguda** al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMS/ISSSTE-CONACYT.
- Se encuentran en desarrollo 26 proyectos de investigación, mismos que incluyen; 5 activos-vigentes; 9 activos-con desfase y 12 activos correspondientes a Médicos Residentes.
- Se establecieron dos reuniones de trabajo en conjunto con los titulares de las Direcciones Médica, de Operaciones y Enfermería, así como con Jefes de servicio, derivado de ello se identificaron adicionales a los protocolos que se encuentran en desarrollo, 9 propuestas para el diseño de protocolos en las áreas de, Enfermedades Infecciosas, Cáncer, Socio medicina y Salud Mental.

Reuniones del Comité de Investigación

Durante el periodo de informe se han realizado tres sesiones ordinarias del Comité de Investigación en donde se atendieron los siguientes asuntos:

- Solicitud de Reestructuración del Comité de Ética en Investigación.
- Gestiones para la identificación de las líneas de investigación mediante un cuestionario que se le ha entregado a parte del personal del HEP.
- Evaluación y dictamen de tres protocolos de investigación
- La creación de un apartado en la página de internet del CRAE de investigación, donde se puede encontrar los requisitos para quien desea realizar un protocolo de investigación en el HEP para su valoración por este Comité, además de los formatos.
- Se ha enviado proyectos de investigación a diferentes convocatorias promovidas por el CONACyT, como Fortalecimiento de la Infraestructura Científica y Tecnológica convocatoria 2018, y al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMS/ISSSTE-CONACYT.

Tabla 17. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

No.	Nombre de la actividad	Fecha	Título del trabajo	Autores
1	Ponente en la Sesión Académica del Hospital de Especialidades Pediátricas	21 de Marzo de 2018	Sobrevida de pacientes con Leucemia Aguda en el Hospital de Especialidades Pediátricas 2008-2012	DR. JOSE L. LEPE ZÚÑIGA

1.1.2 Enseñanza

El Hospital de Especialidades Pediátricas se mantiene como sede de las Residencia Médica en Pediatría y del Curso de Alta Especialidad en Neuropsiquiatría Infantil, ambas con el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Durante los meses de enero y febrero se continuó con el programa de residencias médicas correspondientes al ciclo 2017 – 2018 con un total de 16 residentes. (Tabla 18)

Tabla 18. Ciclo 2017 – 2018
Distribución de residentes

RESIDENTES HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS	
GRADO	NÚMERO
R I	6
R II	5
R III	5
Total	16

La UNAM, como aval académico del Programa de la Especialidad en Pediatría, aplica el examen del PUEM, a todas las sedes de la Especialidad en Pediatría en el País, en el cual los médicos residentes adscritos al Hospital de Especialidades Pediátricas han logrado de forma gradual posicionarse dentro de los primeros 3 lugares. Cabe mencionar que respecto de la última evaluación efectuada el pasado mes de noviembre, aún no ha enviado la notificación oficial del lugar que la sede ocupa, sin embargo, todos los residentes aprobaron el examen, con resultados superiores a los previamente obtenidos, (tabla 19).

Tabla 19. RESULTADOS POR GRUPOS /LUGAR DE POSICION NACIONAL

CICLO	R1	R2	R3	TOTAL SEDES
ciclo 12-13	19			25
ciclo 13-14	15	11		29
ciclo 14-15	5	14	9	27
ciclo 15-16	12	16	7	27
Ciclo 16-17	3	12	9	27
Ciclo 16-17				pendiente

Se concluyó el ciclo académico 2017-2018 de la Residencia en Pediatría, durante el cual se egresaron 5 residentes de la Generación 2015-2018, mismos que:

- El 100% se gradúa con Titulación Oportuna

- El 100% aprobó el examen de Certificación en Pediatría que aplica la Confederación Nacional de Pediatría Médica
- Los 3 residentes que optaron por la subespecialidad, fueron aceptados, dos ellos para realizar Neonatología en el Hospital General de México y Centro Medico 20 de Noviembre del ISSSTE y la otra el curso de Alta Especialidad en Neurodesarrollo en el Hospital Infantil de México.

En Febrero, se inicia el nuevo ciclo Académico 2018-2019, con la incorporación de 6 médicos de nuevo ingreso y los 11 médicos residentes de reingreso, con un total de 17 residentes

Tabla 20. Ciclo 2018 – 2019

Distribución de residentes por Grado

GRADO	NÚMERO
RI	6
RII	6
RIII	5
TOTAL	17

Se ha mantenido la presencia de residentes provenientes de los diversos Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales Federales de Referencia para la realización de la Rotación de Campo en las Unidades Hospitalarias del CRAE durante el periodo del presente informe, han rotado 09 residentes de Pediatría, provenientes del Instituto Nacional de Pediatría (4), Hospital Infantil de México Federico Gómez (4) y del HRAE de Ixtapaluca (1).

Tabla 21. Distribución de residentes en rotación de campo

RESIDENTES EN ROTACIÓN DE CAMPO	
Unidad Sede	Enero-Marzo 2018
HRAE de Ixtapaluca	1
Instituto Nacional de Pediatría	4
Hospital Infantil de México Federico Gómez	4
Total	9

El Hospital de Especialidades Pediátricas, se ha convertido en apoyo para las rotaciones complementarias de instituciones formadoras de médicos, otorgando la oportunidad de recibir en rotación externa a médicos de especialidades troncales y subespecialidades,

habiendo recibido durante el periodo de informe, un total de 12 residentes que provienen de diversas instituciones de salud, de las especialidades en anestesiología, pediatría y las subespecialidad en cirugía pediátrica.

Tabla 22. Distribución de residentes de otras sedes

Sede	Especialidad	Número
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"	Cirugía Pediátrica	2
Hospital General Chiapas Nos Une "Dr. Gilberto Gómez" SS Chiapas	Pediatría	3
Hospital General de Zona 2 IMSS, Mérida Yucatán	Anestesiología	2
Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud"	Anestesiología	1
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	Anestesiología	4
TOTAL		12

Durante el periodo del presente reporte se han recibido para realizar las actividades de Servicio Social un total de 39 pasantes de nuevo ingreso, más 54 que continúan en el desarrollo del mismo, en las licenciaturas de Enfermería, Odontología, Imagenología, Rehabilitación, Terapia Física y Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Pedagogía, Psicología, Informática, Ingeniería Biomédica, Administración y Contaduría Pública y de Nivel Técnico de Laboratorio Clínico y Radiología.

Entre enero a marzo se llevaron a cabo 5 sesiones clínicas de Enfermería, repetidas cada una de ellas en 6 ocasiones (1 en cada turno) y 10 sesiones generales con un total de asistentes de 1148 asistentes y 4 cursos de educación continua con 207 asistentes y 9 cursos de capacitación y desarrollo con un total de 206 asistentes.

Tabla 23. Sesiones clínicas de enfermería y sesiones generales

NÚMERO	TIPO DE EVENTO	TEMA	DIRIGIDO A:	ASISTENTES
1	SESIÓN ENFERMERIA (6)	IMPORTANCIA DE LA CERTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA EN MÉXICO	ENFERMERIA	160
2	SESIÓN ENFERMERIA (6)	PREVENCIÓN DE IAAS A TRAVÉS DEL LAVADO DE MANOS	ENFERMERIA	68
3	SESIÓN ENFERMERIA (6)	EVALUACION DE CALIDAD EN LOS RECURSOS MATERIALES	ENFERMERIA	141
4	SESIÓN ENFERMERIA (6)	TRABAJO EN EQUIPO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD	ENFERMERIA	192

	SESIÓN ENFERMERIA	ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 1, 2 Y 3	ENFERMERIA	
5	(6)			145
6	SESIÓN CLÍNICA	LA CORRECTA APLICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	MULTIDISCIPLINARIO	15
7	SESIÓN CLÍNICA	FARMACO VIGILANCIA HOSPITALARIA	MULTIDISCIPLINARIO	34
8	SESIÓN CLÍNICA	INTOLERANCIA A LA LACTOSA	MULTIDISCIPLINARIO	56
9	SESIÓN CLÍNICA	HIGIENE DE MANOS	MULTIDISCIPLINARIO	36
10	SESIÓN CLÍNICA	HISTIOCITOCIS X	MULTIDISCIPLINARIO	52
11	SESIÓN CLÍNICA	ANESTESIA EN MUCOPOLISACARIDOSIS	MULTIDISCIPLINARIO	87
12	SESIÓN CLÍNICA	ASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRIA	MULTIDISCIPLINARIO	37
13	SESIÓN CLÍNICA	ABORDAJE DE CASO CLINICO EN NEONATOLOGIA	MULTIDISCIPLINARIO	41
14	SESIÓN CLÍNICA	SOBREVIDA DE PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA EN EL HEP	MULTIDISCIPLINARIO	45
15	SESIÓN CLÍNICA	CASO CLINICO: TUMORES GERMINALES	MULTIDISCIPLINARIO	39
TOTAL SESIONES: 40			TOTAL ASISTENTES	1148

Las sesiones de enfermería, se realizan por turno, por lo tanto, el tema se repite en 6 ocasiones, cada 15 días, las sesiones clínicas se realizan una vez por semana convocando al personal multidisciplinario.

Tabla 24. Cursos De Educación Continua

No.	NOMBRE DEL EVENTO	EDUCACION CONTINUA
1	RCP NEONATAL	X
2	STABLE	X
3	CUIDADOS PALIATIVOS EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD ONCOLOGICA EN FASE TERMINAL	X

Tabla 24a CURSOS DE CAPACITACIÓN TÉCNICO-MÉDICA

1	FORMACIÓN DE LÍDERES DE PROCESOS "CARRO ROJO"
2	OXIGENOTERAPIA, TERAPIA DE ALTO FLUJO Y CAPACITACION EN CPAP BURBUJA
3	ESTUDIO DE CASOS EN ENFERMERIA
4	MANEJO DE MAQUINA DE HEMODIÁLISIS MARCA BROWN
5	ACREDITACION DE HOSPITALES
6	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POSOPERADO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
7	FORMULACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
8	VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA
9	LAS PERDIDAS SIGNIFICATIVAS DE LA VIDA

1.2 Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

1.2.1 Investigación

La plantilla de investigadores en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, con vigencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud no ha tenido ningún cambio con respecto al último informe de 2017. La plantilla actual incluye tres investigadores; uno con categoría “B” y los dos restantes categoría “C”, de los cuales uno participó en la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia de los ICM, 2018” y además pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel I.

Publicación de artículos

REVISTAS NIVEL III

Olga Vera-Lastra, Gabriela Medina, María Pilar Cruz-Domínguez, Gabriel Medrano Ramírez, Raymundo Benjamin Priego Blancas, Ana Lilia PeraltaAmaro, Anabel Villanueva Martínez, **Jesús Sepúlveda Delgado** and Luis J. Jara: **Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem.**: Clin Rheumatol. 2018 Jun;37(6):1441-1448. doi: 10.1007/s10067-018-4078-2.

Trabajos concluidos y enviados para publicación

F. Y. Zamudio Castellanos, R. A. Sánchez González, M. G. Trujillo Vizuet , **S. Domínguez Arrevillaga**, C. A. López Pérez , * **L. M. Canseco Ávila**. Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas Enviado a: Revista de Gastroenterología de México

Otras actividades de Investigación:

PARTICIPACION EN PROYECTOS CONACyT

1. El HRAE participa como **COLABORADOR** con sus investigadores y el propio laboratorio de investigación en los siguientes proyectos financiados por CONACYT. Tabla 25.

Proyecto	Fuente de Financiamiento	Responsable Técnico ante CONACyT	Status	Colaborador(es) del HRAE en el proyecto
Etiología y prevalencia de la enfermedad renal crónica en la región soconusco del estado	FOSSIS 2015.	Dr. Antonio Trejo Acevedo (CRISP/INSP)	En curso.	Dr. Anselmo Mugüerza Lara. Dr. Jesús Sepúlveda Delgado. Dr. Luis Miguel

de Chiapas.				Canseco Ávila.
Construcción de una estrategia de abordaje integral de vigilancia de la cotransmisión de ZikV, ChikV y DenV, para la prevención y control de enfermedades de importancia epidemiológica transmitidas por vectores Aedes: Zika, Dengue y Chikungunya.	FOSSIS 2015, largo aliento.	Dr. Mario Henry Rodríguez López (CISEI/INSP).	En curso.	Dr. Jesús Sepúlveda Delgado Dr. Sergio Domínguez Arrebillaga. Dr. Luis Miguel Canseco Ávila. Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.
Evaluación del rtPCR para el diagnóstico parasitológico de infección por Trypanozoma cruzi, y biomarcadores séricos para el seguimiento clínico de la enfermedad de Chagas”.	SALUD-CONACyT	Dra. Janine Madeleine Ramsey Willoquet (CRISP/INSP).	En curso.	Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.
Caracterización molecular del complejo Mycobacterium tuberculosis y micobacterias no tuberculosas y perfiles genéticos de farmacorresistencia en pacientes con resistencia primaria al tratamiento antifímico en Chiapas, México.	SALUD-CONACyT	Dr. Ángel Lugo Trampe (Escuela de Medicina Humana, CIV, UNACH).	En curso.	Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.

2. El HRAE participa como **RESPONSABLE**, con sus investigadores y el propio laboratorio de investigación en el siguientes proyecto financiado por CONACYT: Factores Genéticos y Ambientales Asociados al Desarrollo de Leucemia en Niños del Estado de Chiapas”, cuyo responsable técnico es el Dr. Sergio Domínguez Arrebillaga. El proyecto está aún vigente ya que solicitó una prórroga autorizada hasta Octubre del 2018.

PARTICIPACION EN PROYECTOS CON OTRA FUENTE DE FINANCIACIÓN.

Desde el año 2016, el HRAE participa con sus médicos especialistas, investigadores en ciencias médicas y laboratorio de investigación en el siguiente proyecto:

Proyecto: Evaluación de las Potenciales Infecciones por Zika, Chikungunya y Dengue en México (Zik01). Financiamiento: CCINSHAE, Red Mexicana de Investigación Clínica en Enfermedades Infecciosas Emergentes (LaRed), NIAID (Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas).

Duración: 2016-2018. Participación: Colaboración. Responsable Técnico: Dr. Guillermo Ruiz-Palacios (LaRed, CCINSHAE) y Dr. John Beigel (NIAID) Estatus: En proceso.

PARTICIPACIÓN EN COMITES HOSPITALARIOS.

Bajo la vigilancia y dirección de la Coordinación de Investigación y Enlace Institucional del HRAE Ciudad Salud, de conformidad con las atribuciones establecidas en el manual de organización del HRAE Ciudad Salud, los investigadores en ciencias médicas adscritos al HRAE Ciudad Salud participan como presidentes o secretarios técnicos de los siguientes comités hospitalarios:

Comité de Investigación: *Presidente:* Dr. Sergio Domínguez Arrevillaga, *Vocales:* Dr. Luis Miguel Canseco Ávila, Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo, Dr. Jesús Sepúlveda Delgado. *Status:* Reinstalado en 2018 y actualmente con calendario de sesiones ordinarias. **En proceso de registro ante COFEPRIS.**

Comité de Bioseguridad: *Presidente:* Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo, *Vocales:* Dr. Luis Miguel Canseco Ávila, Dr. Jesús Sepúlveda Delgado. *Status:* Reinstalado en 2018 y actualmente con calendario de sesiones ordinarias. **En proceso de registro ante COFEPRIS.**

Comité de Ética en investigación: *Presidente:* Dr. Luis Miguel Canseco Ávila, *Vocales:* Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo, Dr. Jesús Sepúlveda Delgado. *Status:* Reinstalado en 2018 y actualmente con calendario de sesiones ordinarias. **En proceso de registro ante COFEPRIS.**

Comité Hospitalario de Bioética: Presidente: QFB. Roberto Alejandro Sánchez González, registro ante la CONBIOETICA vigente (2017-2020).

Proyectos de investigación vigentes con registro por el comité de Investigación, tabla 26.

NÚMERO DE REGISTRO	PROTOCOLO	ESTATUS
015/2015	Factores genéticos y ambientales asociados al desarrollo de leucemia en niños del Estado de Chiapas. Responsable: Dr. Sergio Domínguez Arrevillaga.	Vigente hasta octubre 2018.
016/2015	Caracterización clínica, epidemiológica y molecular de infecciones por arbovirus. Responsable: Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.	Vigente hasta 2019.
013/2016	Caracterización molecular del complejo Mycobacterium tuberculosis y micobacterias no tuberculosas y perfiles genéticos de farmacorresistencia en pacientes con resistencia primaria al tratamiento antifímico en Chiapas, México. Responsable: Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.	Vigente hasta 2019.
006/2017	Factores genéticos, epigenéticos e inflamatorios en la artritis y artropatía por chikungunya y su asociación con el desarrollo de artritis reumatoide. Responsable: Dr. Jesús Sepúlveda Delgado	Vigente hasta 2019.
007/2017	Etiología y prevalencia de la enfermedad renal crónica en la región soconusco del estado de Chiapas Responsable: Dr. Anselmo Mugüerza Lara	Vigente hasta 2019.
01/2018	Estudio de la diversidad genética intra-hospedero del virus Zika. Responsable: Dra. Karina del Carmen Trujillo Murillo.	Vigente hasta 2021.

1.2.2 Enseñanza

El Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, es sede de 5 residencias médicas en las especialidades de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Anestesiología y medicina crítica, para las cuales se tiene el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México y las especialidades Cirugía General y Medicina Interna que son avaladas por la Universidad Autónoma de Chiapas.

Durante los meses de enero y febrero se continuó con el programa de residencias médicas correspondientes al ciclo 2017 – 2018 con un total de 17 residentes.

Tabla 27. RESIDENTES POR ESPECIALIDAD Y GRADO ESPECIALIDADES

GRADO	ANESTESIOLOGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MEDICINA INTERNA	IMAGENOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	TOTALES
RI	0	1	0	2	3
RII	3		1	1	5
RIII	4		2	2	8
RIV				1	1
TOTAL	7	1	3	6	17

En el mes de febrero se egresó la tercera generación del Hospital Regional de Alta Especialidad correspondiente a la especialidad de imagenología diagnóstica y terapéutica (1) y anestesiología (4) con un total de cinco residentes, de los cuales cuatro obtuvieron titulación oportuna con el título de tesis:

- Determinación de la respuesta hemodinámica a la laringoscopia en pacientes premedicados con lidocaína endovenosa llevados a anestesia general.
- Repercusiones hemodinámicas y grado de sedación con dexmedetomidina intranasal como premedicación en cirugía electiva.
- Evaluación de la estabilidad hemodinámica en embarazadas manejadas con bupivacaina pesada comparada con bupivacaina pesada-fentanil en bloqueo subaracnoideo.
- Valoración del coeficiente de difusión aparente de casos confirmados de glioblastoma multiforme en pacientes del centro regional de alta especialidad de Chiapas.

En mes de marzo se inició el programa de residencias médicas correspondientes al ciclo 2018 – 2019 con un total de 21 residentes, con lo cual se ocupan el 100% de las plazas

nacionales de residentes asignadas a la Unidad para las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología e Imagen Diagnóstica y Terapéutica.

Cabe mencionar que aún no se cuenta con plazas para el Curso de Medicina Crítica

**Tabla 28. RESIDENTES POR ESPECIALIDAD Y GRADO
ESPECIALIDADES**

GRADO	ANESTESIOLOGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MEDICINA INTERNA	IMAGENOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	TOTALES
RI	4	1	1	4	10
RII	0		0	2	2
RIII	3		1	1	5
RIV			2	2	4
TOTAL	7	1	4	9	21



Ceremonia de clausura.

Se egresó a la cuarta generación de internos de pregrado con un total de 17 y se recibieron a 32 internos más en el mes de enero.

De las rotaciones de otras sedes se recibieron 5 médicos de rotación de campo, provenientes del Hospital Juárez de México de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General y Medicina Interna, un residente de cirugía general y otro de medicina interna del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

En rotación complementaria en los meses de enero a marzo se recibieron 1 residente de la especialidad de neumología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratoria Ismael Cosío Villegas.

Se recibió a un residente de endoscopia de segundo año del Hospital Juárez de México y a 2 residentes de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital

Nacional Juan José Ortega Coatepeque, Quetzaltenango, Guatemala, Teniendo como objetivo conocer la ruta de atención del paciente gineco-oncológico.

Tabla 28a. Residentes de otras sedes

Servicio social profesional		
Sede	Periodo	Número
Hospital Juárez de México	Enero - marzo	3
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga	Enero - marzo	3
Rotación complementaria		
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	Enero - marzo	1
Hospital Juárez de México	Enero - marzo	1
Hospital Nacional Juan José Ortega Coatepeque, Quetzaltenango, Guatemala.	Enero - marzo	2

También se han efectuado 8 sesiones generales con un total de 778 asistentes en el auditorio Manuel Velasco Suárez del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" con los temas:

Tabla 28b. Sesiones Generales.

Número	Nombre sesión	Número de asistentes
1	Caracterización de la Población atendida en el HRAE, con Secuelas Crónicas Posterior a Infección por el Virus Chikungunya.	91
2	Impacto del programa de disminución de reprogramación 2014-2017.	82
3	Transfusión Sanguínea en el Preoperatorio"	102
4	Seguridad del Paciente.	82
5	Casos Clínicos.	127
6	Modelo de Gestión de Calidad.	76
7	Síndrome de destrucción Vertebral.	86
8	Cardiopatías congénitas en el adulto, integración diagnóstica y terapéutica.	132
9	Sesiones de residentes médicos (4)	174

En el mismo contexto se realizaron 4 sesiones de residentes de las cuatro especialidades donde se exponen casos de gran relevancia para la formación de los mismos con un total de 175 asistentes.



Sesión de residentes.

Se llevaron a cabo 17 cursos contando con un total de 1336 asistentes.

Tabla 28c. Cursos

NÚMERO	NOMBRE
1	Capacitación en el manejo del equipo AQT90 Flex-Radiometer.
2	Curso de Inducción al Puesto.
3	Curso de Oncología.
4	Curso Taller, Liderazgo, Transformado la Visión en realidad para garantizar la seguridad del paciente.
5	Manejo de Gasometro serie ABL 800FLEX, errores en la fase preanalítica en el estudio de la gasometría.
6	Curso Inducción al puesto a médicos residentes.
7	"La ética, el ser humano y la ciencia.
8	Curso Desarrollo Humano, Productividad y Competitividad Laboral.
9	Evaluación externa de la calidad blue belt.
10	Eventos Adversos.
11	Estandarización del cuidado a través de planes de cuidados y guías de práctica clínica de Enfermería en el HRAE Ciudad Salud.
12	La tuberculosis en el marco de los objetivos de desarrollos sostenible (2030) en Mesoamérica.
13	Intervenciones de Enfermería en el cuidado de catéteres en el HRAE "Ciudad Salud".

14	"Estrategias y acciones para la seguridad del paciente en terapia de infusión".
15	RCP básico.
16	Principios básicos de Radiología de Tórax y Abdomen.
17	CURSO: "Reanimación cardio pulmonar e integración de equipo de código azul".

En relación al servicio social se cuenta con 54 pasantes de enfermería, 09 de trabajo social, 10 de técnicos en imagen, 3 de licenciatura en nutrición, 1 de odontología, 1 de psicología, 6 de químico fármaco-biólogo y 4 de licenciatura en fisioterapia y rehabilitación.

2. ASISTENCIA

2.1 Hospital de Especialidades Pediátricas

2.1.1 Cuadro comparativo de los Indicadores de la MIR y variaciones en los resultados alcanzados programados.

Durante el periodo que se informa (enero – marzo) 2018, el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, informa los alcances reportados en la MIR (Matriz de Indicadores para Resultados), correspondiente al programa presupuestal E023 “Atención a la Salud”, con la finalidad de demostrar el uso eficiente y eficaz de los recursos y que se traduce en la contribución de mejorar los aspectos de la salud en la población. A continuación se presentan los resultados de cada uno de los indicadores que integran la MIR.

. Ilustración 4.

SECRETARÍA DE SALUD COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD Programación de metas Programadas - Alcanzadas 2018									
N.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FORMULA	HEP		HRAECS		CRAE		
			META HEP PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META HCS PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META CRAE PROGRAMADO TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	
1	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional V1/V2 X 100	Resultado de Indicador		47.9	74.5	96.0	97.6	77.0	89.4
		Variable 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	230	304	705	721	935	1025
		Variable 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación x 100	480	408	734	739	1214	1147
2	Porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría y Curación V1/V2 X 100	Resultado de Indicador		91.3	87.3	84.7	81.4	87.5	83.9
		Variable 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	470	392	592	500	1062	892
		Variable 2	Total de egresos hospitalarios x 100	515	449	699	614	1214	1063
3	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. V1/V2 X 100	Resultado de Indicador		99.0	99.1	93.0	94.1	96.6	96.6
		Variable 1	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos.	510	426	318	381	828	807
		Variable 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	515	430	342	405	857	835
4	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto a las otorgadas v/V2 x 100	Resultado de Indicador		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		Variable 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	1500	1745	3438	1619	4938	3364
		Variable 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	1500	1745	3438	1619	4938	3364
5	Porcentaje de Procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados. V1/V2 x 100	Resultado de Indicador		37.2	29.4	35.5	41.2	36.0	39.2
		Variable 1	Número de Procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados por la institución como de alta complejidad.	591	397	1412	1670	2003	2067
		Variable 2	Total de Procedimientos diagnósticos realizados X 100.	1587	1351	3982	4057	5569	5408
6	Porcentaje de Procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados. V1/V2 x 100	Resultado de Indicador		67.6	77.8	100.0	100.0	75.2	82.6
		Variable 1	Número de Procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados por la institución como de alta complejidad.	2464	2869	1116	1031	3580	3900
		Variable 2	Total de Procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados X 100.	3646	3690	1116	1031	4762	4721
7	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsiguiente, preconsulta, urgencias) V1/V2 X 100	Resultado de Indicador		94.6	87.8	98.7	93.6	96.5	90.5
		Variable 1	Número de consulta realizadas (primera vez, subsiguiente, preconsulta, urgencias)	10500	9747	9481	8992	19981	18739
		Variable 2	Número de consulta programada (primera vez, subsiguiente, preconsulta, urgencias) x 100	11100	11100	9605	9605	20705	20705

SECRETARÍA DE SALUD			COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD				CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD			Programación de metas Programadas - Alcanzadas 2018					
N.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FORMULA	HEP		HRAECS		CRAE	
			META HEP PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META HCS PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META CRAE PROGRAMADO. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018
Resultado de Indicador			91.7	96.0	89.9	95.4	90.5	95.6
8	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica Hospitalaria recibida superior a 80 puntos. $V1/V2 \times 100$	Variable 1: $\frac{\text{Número de usuarios en atención Hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos.}}{\text{Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados} \times 100}$	298	308	534	687	832	995
		Variable 2: $\frac{\text{Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados} \times 100}{\text{Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados} \times 100}$	325	321	594	720	919	1041
Resultado de Indicador			93.3	80.0	78.9	81.1	81.0	81.0
9	Porcentaje de expedientes clínicos revisados y aprobados conforme a la Norma SSA 004 $V1/V2 \times 100$	Variable 1: $\frac{\text{Número de expedientes clínicos revisados que cumplen los criterios de la NOM SSA 004}}{\text{Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional} \times 100}$	14	12	71	73	85	85
		Variable 2: $\frac{\text{Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional} \times 100}{\text{Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional} \times 100}$	15	15	90	90	105	105
Resultado de Indicador			65.5	59.8	73.6	62.9	69.5	61.4
11	Porcentaje de ocupación hospitalaria $V1/V2 \times 100$	Variable 1: $\frac{\text{Número de días paciente durante el periodo}}{\text{Número de días cama durante el periodo} \times 100}$	5305	4847	5961	5092	11266	9939
		Variable 2: $\frac{\text{Número de días cama durante el periodo} \times 100}{\text{Número de días cama durante el periodo} \times 100}$	8100	8100	8100	8100	16200	16200
Resultado de Indicador			9.7	9.5	6.8	7.0	8.0	8.1
12	Promedio de días estancia $V1/V2$	Variable 1: $\frac{\text{Número de días estancia durante el periodo}}{\text{Número de egresos hospitalarios}}$	4980	4244	4751	4318	9731	8562
		Variable 2: $\frac{\text{Número de egresos hospitalarios}}{\text{Número de egresos hospitalarios}}$	515	449	699	614	1214	1063
Resultado de Indicador			70.1	71.5	71.1	54.4	70.8	59.1
13	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas $V1/V2 \times 100$	Variable 1: $\frac{\text{Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo}}{\text{Número de preconsultas otorgadas en el periodo} \times 100}$	288	304	770	603	1058	907
		Variable 2: $\frac{\text{Número de preconsultas otorgadas en el periodo} \times 100}{\text{Número de preconsultas otorgadas en el periodo} \times 100}$	411	425	1083	1109	1494	1534
Resultado de Indicador			5.8	6.4	6.7	7.2	6.3	6.8
14	Tasa de infección nosocomial x 1000 días de estancia $(V1/V2 \times 1000)$	Variable 1: $\frac{\text{Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte}}{\text{Total de días de estancia registrados en el periodo de reporte} \times 1000}$	29	27	32	31	61	58
		Variable 2: $\frac{\text{Total de días de estancia registrados en el periodo de reporte} \times 1000}{\text{Total de días de estancia registrados en el periodo de reporte} \times 1000}$	4980	4244	4751	4318	9731	8562

- Del resultado del **indicador 1. Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional**; el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 116.1%, lo que lo ubica en semáforo de color rojo, esto debido a que se recibieron mayor número de pacientes, por la política de cero rechazo, sin embargo se han clasificado de manera correcta a los pacientes logrando la estabilidad del paciente en el estado de salud, para posteriormente realizar la contrarreferencia a su centro de atención más cercano para su seguimiento.
- Del resultado del **indicador 2. Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación**; el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 95.8%, lo que ubica en semaforización de color verde y dentro de lo programado inicialmente por la institución.
- Del resultado del **indicador 3. Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida**

superior a 80 puntos; el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 96.6%, lo que ubica en semaforización de color verde y dentro de lo programado inicialmente por la institución.

- Del resultado del **indicador 4. Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto a las otorgadas;** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 100%, lo que ubica en semaforización de color verde y dentro de lo programado inicialmente por la institución, aunque el cumplimiento de este indicador fue satisfactorio la causa de la variación se debió a que se registraron ligeramente menos ingresos de pacientes al Hospital y por otro lado la disminución en el número de personal de servicio social para el área de rehabilitación en el periodo.
- Del resultado del **indicador 5. Porcentaje de Procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados;** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 78.9%, lo que ubica en semaforización de color rojo , esto debido a que se registraron ligeramente menos ingresos de pacientes al Hospital y por otro lado la oportunidad en la atención en el estado del paciente
- Del resultado del **indicador 6. Porcentaje de Procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados;** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 115%, lo que ubica en semaforización de color rojo , la variación que ocasiono este resultado fue que se adicionaron los procedimientos de Quimioterapias intratecales a los procedimientos terapéuticos.
- Del resultado del **indicador 7. Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, Urgencias);** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 92.8%, lo que ubica en semaforización de color amarillo.
- Del resultado del **indicador 8. Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica Hospitalaria recibida superior a 80 puntos,** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 104.6% y aún dentro de lo programado.
- Del resultado del **indicador 9. expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la Norma SSA 004,** el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 85.7%, lo que ubica en semaforización de color rojo, el motivo de esta variación es debido a que se realizaron algunos ajustes en movimientos de personal y reestructuración del comité de expediente clínico, lo que no permitió alcanzar la meta propuesta.

- Del resultado del **indicador 10. Porcentaje de Auditorías clínicas Incorporadas**, no se programaron Auditorías Clínicas para realizarse en este periodo informado.
- Del resultado del **indicador 11. El porcentaje de ocupación hospitalaria**, el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 91.4%, lo que ubica en semaforización de color amarillo, el motivo de esta variación es debido a que disminuyó el número de ingresos ligeramente y por otro lado se han mejorado los mecanismos de atención del paciente lo que ha permitido la reducción en la estancia hospitalaria.
- Del resultado del **indicador 12. El promedio de días estancia**, el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 97.7%, lo que ubica en semaforización de color verde y dentro de la programación inicialmente planeada por la institución.
- Del resultado del **indicador 13. proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas**, el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 102.1%, lo que ubica en semaforización de color verde y dentro de la programación inicialmente planeada por la institución.
- Del resultado del **indicador 14. Tasa de infección nosocomial x 1000 días de estancia**, el porcentaje de cumplimiento de este indicador fue de 109.2%, lo que ubica en semaforización de color amarillo, el resultado alcanzado obedece a las actividades emprendidas por el área de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, y el CODECIN, donde se programan actividades encaminadas a la disminución de la Tasa de infecciones, además de cursos de capacitación de lavado e higiene de manos.

2.1.2 Productividad de Indicadores de IMAE, principales variaciones en los resultados alcanzados programados.

Por otro parte y de acuerdo a la relevancia que tienen los Indicadores de Medicina de Alta Especialidad para denotar el uso eficiente y eficaz de los recursos y que puedan contribuir en la oportunidad de la atención brindando servicios de alta calidad hacia los pacientes.

Se han identificado para su análisis los resultados de los indicadores que contribuyen en este sentido en la productividad Hospitalaria mostrando un orden Alineación programática, es decir al programa y objetivo perteneciente, así como su composición, unidad de medida y el valor alcanzado en el periodo comprendido.

2.1.2.1 Total de consultas.

Durante este periodo que se informa se brindaron un total de 9,747 consultas de especialidad desglosadas en los apartados de Consulta Externa, Preconsulta y consulta de Admisión Continua.

En relación al **indicador 1 de los indicadores del IMAE**. El Índice de utilización de consultorio, se tomó en cuenta la totalidad de la consulta externa, teniendo un promedio de atención de la consulta de .5 hrs con una totalidad de 24 consultorios en atención al paciente pediátrico en días hábiles.

La relevancia que tiene el indicador de Identificar el grado de optimización de la capacidad instalada en las unidades hospitalarias, respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia del Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud por niveles de atención para este periodo fue de 3.12, involucrando para este resultado las siguientes variables.

2.1.2.2 Consulta Externa

En este servicio se han realizado un total de 8,741 consultas, de las cuales 1,978 fueron de primera vez y 6,763 subsecuentes (tabla 25).

2.1.2.3 Productividad del personal médico en consulta.

El indicador de consultas por hora médico para este periodo alcanzó el 1.25, sin embargo para el indicador de consultas por consultorio en consulta externa se obtuvo el resultado de 3.12, (indicador 1 del IMAE).

El índice de concentración de consultas en este periodo se refleja un índice de 3.45 consultas subsecuentes por cada consulta de primera vez, ósea un 341.9%. (Indicador 3 IMAE).

Tabla 29. Consulta Externa (Primera vez y Subsecuente).

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Consultas de Primera Vez	2,494	1,978	-20.7	2,212	89.4
Consultas Subsecuentes.	8,173	6,763	-17.3	7,125	94.9
Consulta Externa	10,667	8,741	-18.1	9,337	93.6

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

En este periodo que se reporta el servicio de Consulta Externa arrojó como resultado un decremento de 18.1% comparado con el periodo del 2017, referente al porcentaje de cumplimiento de la meta se alcanzó un 93.6% ya que se programaron 9,337 consultas.

Respecto al género de los pacientes atendidos en las consultas se distribuyen de la siguiente forma; femenino fueron 3,726 que representa el 41% del total de servicio de consulta externa y en lo que respecta a las del género masculino se realizaron un total de 5,015 que representa el 59% restante.

En este periodo de reporte, el rango de edad del mayor número de los pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa es de 5 a 9 años de edad, que en conjunto representan el 35% del total de los asistentes a este servicio.

2.1.2.3 Preconsultas

En la identificación del indicador del IMAE: Proporción de consultas de primera/preconsultas, observando el nivel de funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se obtuvo un valor de 71.5.

Este derivó del total de Preconsultas, ya que se han realizado para este periodo 425, que comparativamente con el periodo anterior, que fue de 229 representa un incremento de 86%. De los cuales 301 pacientes se les admitió para atención en el Hospital en relación a la valoración previa presentada.

Tabla 29a. Preconsultas.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación
Preconsultas.	229	425	86

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

2.1.2.4 Consultas de Admisión Continua.

Se brindaron 581 consultas (tabla 30), de las cuales el 42% corresponde a pacientes del género femenino, y el restante 58% fueron del género masculino.

Tabla 30. Servicio de Admisión Continua.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación
Consultas Admisión Continua.	832	581	-30

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

En la clasificación de la atención la Proporción de urgencias que son calificadas como reales en relación al total de atenciones valoradas como sentidas, arrojó un resultado en la finalización del ejercicio de .34 de acuerdo al indicador 5 del IMAE.

El porcentaje de internamientos a observación de urgencias en relación al total de las atenciones en admisión continua fue del 31.6% para este periodo 2018. (Indicador 6 IMAE).

El porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias durante el año fue de 27.3%, ya que 184 ingresaron a hospitalización por admisión continua. (Indicador 7 IMAE).

Tabla 31. Principales Centros de Referencia.

N.	Nombre de Tipología	%
1	Hospital Chiapas Nos Une Dr. Jesus Gilberto Gomez Maza	18.0
2	Hospital De Las Culturas San Cristobal De Las Casas	8.7
3	Hospital De La Mujer Comitán	7.0
4	Hospital General Tapachula	4.8
5	Hospital General Bicentenario Villaflores	3.3
6	Hospital Rural	2.8
7	Urbano De 04 Núcleos Básicos	2.6
8	Hospital General	2.2
9	Hospital Integral (Comunitario)	1.7
10	Urbano De 03 Núcleos Básicos	1.5
11	Urbano De 12 Núcleos Básicos Y Más	1.5
12	Hospital De La Mujer San Cristóbal De Las Casas	1.5
13	Servicios Médicos Privados	1.5
	Otros	41.7
	Total	100.0

Del total de pacientes referidos de los principales centros de referencias de los institutos de Salud el 74.5, (indicador 14 del IMAE), se le aperturó expediente clínico institucional del total de los expedientes clínicos aperturados.

2.1.2.5 Principales causas de morbilidad

Tabla 32. Consulta de primera vez

N.	10 principales causas de morbilidad en Consulta Externa	CÓDIGO (CIE)	NO. DE DIAGNÓSTICOS	%
1	NEOPLASIAS	(C00 - D44)	1,504	17.2
2	ENFERMEDADES MALFORMACIONES Y CROMOSOMICAS CONGENITAS, ALTERACIONES	(Q00 - Q99)	1,215	13.9
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	(N00 - N98)	1,062	12.1
4	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	(Z00 - Z99)	732	8.4
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	(G00 - G99)	599	6.9
6	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMINETO	(F00 - F99)	577	6.6
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	(K00 - K99)	518	5.9
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	(J00 - J99)	510	5.8
9	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	(E00 - E90)	395	4.5
10	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOSHEMATOPOYETICOS	(D50 - D89)	302	3.5
		OTROS	1,327	15.2
		TOTAL	8,741	100

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-Marzo 2018.

Las diez principales causas de consulta externa de primera vez, se encuentran agrupadas en los capítulos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), cabe mencionar que las patologías aquí descritas en muchas ocasiones se presentan relacionadas a otras patologías de fondo de mayor complejidad que frecuentemente condicionan su presentación de tal manera se puede decir; que el primer lugar es ocupado por las Neoplasias(C00-D44), con 1,504 atención de pacientes que representa el 17.2% de las atenciones, El segundo lugar lo ocupan las Enfermedades Congénitas, Malformaciones y Alteraciones Cromosómicas (Q00-Q99) con 1,215 casos, y el tercer lugar es ocupado por las Enfermedades del Sistema Genitourinario(N00-N98) con 1,062 casos atendidos.

2.1.3 Atención hospitalaria

2.1.3.1 Infraestructura de camas

En los egresos hospitalarios en este periodo fue de 449 egresos, que comparativamente con lo obtenido en el mismo periodo del ejercicio anterior de 423 egresos se tiene un incremento de 6.1%. En cuanto al cumplimiento de la meta programada existe un alcance del 87% ya que se programaron 515 egresos en este periodo (tabla 31).

2.1.3.2 Promedio de días estancia

El (indicador 9 del IMAE) de Promedio de Días Estancia, correspondiente a camas censables presenta un promedio de 9.5 días en este año, presentando un decremento del 9.9% con respecto al mismo periodo del año anterior que fue de 10.5 días en promedio.

2.1.3.3 Ingresos

En lo que se refiere a los Ingresos Hospitalarios, en este periodo del año el registro fue de 458 ingresos, lo que da como resultado un decremento del 5.6% con respecto al año anterior que fue de 485 ingresos, en relación a la meta programada se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 81% (tabla 33).

Tabla 33. Servicio de Hospitalización.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Ingresos	485	458	-5.6	563	81
Egresos	423	449	6.1	515	87
Promedio de Días Estancia	10.5	9.5	-9.9	8.6	110
Promedio diario de egresos	4.7	5.0	6.3		
Índice de rotación	4.7	4.9	6.1		

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

2.1.3.4 Porcentaje de Ocupación Hospitalaria

En este periodo del año se alcanzó un 80.4% de Ocupación Hospitalaria en razón de 67 camas habilitadas y un 59.8% en base a 90 camas (indicador 10 del IMAE), este indicador respecto a estas camas tuvo un decremento del 3.4% comparado con el mismo periodo del año anterior que fue del 61.9%. (Tabla 34).

Tabla 34. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018 en la MIR con 90 camas	% Cumplimiento de Meta Programada
% de Ocupación 67 camas	83.2	80.4	-3.4		
% de Ocupación 90 camas	61.9	59.8	-3.4	65.4	91

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Respecto al índice de rotación de camas (indicador 11 del IMAE), para los periodos de comparación, los acumulados presentan un resultado de 4.9 egresos por cama reflejándose un decremento de 6.1% con respecto al año anterior, en donde se tuvo un resultado de 4.7 egresos por cama.

Respecto al intervalo de sustitución de camas censables, para determinar en promedio cuando una cama censable permanece desocupada entre un egreso (por alta médica o fallecimiento) y un ingreso hospitalario. (Indicador 12 del IMAE), para los periodos de comparación, presentan un resultado de 6.3, tomado en cuenta las 90 camas censables.

Respecto al Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos (indicador 13 del IMAE). Se cumplió el 80% en lo alcanzado de los que cumplen con la NOM.

2.1.3.5 Egresos y distribución por tipo

En lo que se refiere a los Egresos Hospitalarios por Mejoría, (Indicador 15 IMAE), en este periodo del año el registro fue de 87.8% del total, lo que da como resultado un incremento de 9.2% con respecto al mismo periodo del año anterior que fue de 80.4% (tabla 35).

La proporción de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico conforme a los criterios de clasificación internacional de enfermedades CIE-10 fue del 100%. (Indicador 16 IMAE).

Tabla 35. Porcentaje de egresos por Mejoría.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Porcentaje Egresos por Mejoría	80.4	87.8	9.2	86	102

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

En relación a otros tipos de egresos del total, el 1.3% lo representa las alta voluntarias; referencia a otro Hospital el 0.2%; las defunciones el 6.3% y el 4.4% restante incluye a los pacientes que se han clasificado como máximo beneficio.

2.1.3.6 Causas de Egreso Hospitalario y Mortalidad

Principales causas de Egreso:

Tabla 36. 10 principales Causas de Egresos Hospitalarios

N.	10 PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN	CÓDIGO (CIE)	NO. DE DIAGN.	%
1	NEOPLASIAS	C00-D48	200	44.5
2	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Q00-Q99	60	13.4
3	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N00-N99	37	8.2
4	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	K00-K93	35	7.8
5	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	D50-D89	21	4.7
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I99	18	4.0
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00-G99	15	3.3
8	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	P00-P96	11	2.4
9	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	R00-R99	11	2.4
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00-J99	9	2.0
	OTROS		32	7.1
			449	100

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-Marzo 2018.

Las diez principales causas de egresos, se encuentran agrupadas en los capítulos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y corresponden a las enfermedades que por su complejidad y cuadro clínico, ameritaron atención en el área de hospitalización.

En el Hospital de Especialidades Pediátricas, el primer lugar es ocupado por las neoplasias (C00-D48), que representan la primera causa de atención hospitalaria al registrarse 200 egresos de este tipo de enfermedades en el periodo, mismos que corresponden al 44.5%.

En el desagregado de las neoplasias, los egresos por Leucemia linfoblástica aguda (C91.0) con el primer lugar con 112 casos, en segundo lugar Leucemia Mieloide Aguda, (C920) con 8 casos y en tercer lugar con 7 casos fueron por: Hepatoblastoma (C222). Los otros 73 diagnósticos por su diversidad están dentro del grupo denominado otros y dentro del grupo principal de las Neoplasias (C00-D48).

Como segunda causa de egreso están las “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” con 60 casos que representan un 13.4% dentro de las 10 principales causas.

2.1.3.7 Tasas de mortalidad

Durante este periodo del 2018 se registra una tasa de mortalidad bruta de 62.36% (indicador 19 del IMAE), en el que se multiplica por mil por lo que representa un decremento de 24.5% con referencia del año anterior que fue de 82.7%, en relación a la tasa ajustada fue de 44.5(indicador 20 del IMAE), (tabla 37).

Tabla 37. Tasa de Mortalidad.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Valor Esperado
Tasa de Mortalidad Bruta	82.7	62.4	-24.5	50-70
Tasa de Mortalidad Ajustada	52.0	44.5	-14.4	30-50

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018

Principales causas de Mortalidad:

Tabla 38. Mortalidad hospitalaria

No.	Principales Causas de Defunción	Código (CIE)	No. de Casos	Tasa
1	NEOPLASIAS	C00-D48	8	17.82
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I99	3	6.682
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00-J99	2	4.454
4	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	K00-K93	3	6.682
5	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N00-N99	2	4.454
6	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	P00-P96	1	2.227
7	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Q00-Q99	8	17.82
8	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	R00-R99	1	2.227
9	OTROS		0	0
10		TOTAL	28	62.36

Tasa de Mortalidad Bruta de 62.36 sobre 449 egresos hospitalarios

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo de 2018.

Las principales causas de defunción, se encuentran agrupadas en los capítulos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En el Hospital de Especialidades Pediátricas, durante el cierre de este periodo se presentaron 28 defunciones; siendo las principales causas, las siguientes: La primera causa de defunción fueron las Neoplasias (C00-D48) con 8 defunciones en el segundo lugar fueron las Enfermedades del sistema circulatorio (i00-I99) con 3 defunciones y en tercer lugar fueron las Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99) con 2 defunciones correspondientes a las de este capítulo.

En este periodo del año la percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida (indicador 21 del IMAE), fue mayor para este periodo logrando el 95.9%, que comparativamente con el año anterior de 94.15 representa el 1.8% de satisfacción mayor en la atención.

2.1.3.8 Productividad y utilización de quirófanos.

En el servicio de Cirugía durante el periodo que se reporta se han realizado un total de 763 cirugías, que con respecto al mismo periodo del año anterior, en el que se realizaron 744 cirugías, representa un incremento del 2.6% con respecto al cumplimiento de la meta programada (indicador 23 del IMAE) se alcanzó el 109% ya que se programaron 700 cirugías para este periodo (tabla 39).

Tabla 39. Cirugías.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Cirugías	744	763	2.6	700	109

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Cirugía del HEP. Enero-marzo 2018.

En relación al Índice de utilización de salas de cirugía o medida de la utilización de salas de operaciones en relación a la duración programada de las intervenciones quirúrgicas, durante el periodo el indicador refleja 4.19%. (Indicador 24 IMAE).

La proporción de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas a pacientes ambulatorios en relación con el total de cirugías mayores realizadas durante el periodo fue del 0.21%. (Indicador 25 IMAE).

El porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva durante el periodo es de 5.2% (Indicador 26 IMAE).

Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva durante este periodo fue de 5.2 (indicador 27 del IMAE).

El porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura durante el periodo fue de 100% (Indicador 28 IMAE), logrando con esto la utilización de una Check list de Cirugía Segura durante los tres periodos perioperatorios: 1) el periodo previo a la administración de

anestesia; 2) el periodo previo a la incisión en la piel; y 3) el periodo de cierre de incisión y previo a la salida del paciente de la sala de intervención.

En la Proporción de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad realizados con relación al total de procedimientos quirúrgicos fue del 100% (indicador 29 del IMAE), con 0% de complicaciones quirúrgicas y 0% de complicaciones Anésteas, (indicadores 30 y 31 del IMAE).

La tasa de mortalidad quirúrgica o Proporción de defunciones post-intervención quirúrgica en relación con el total de cirugías realizadas y la tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas), fue de 0% (Indicador 32 y 33 IMAE).

La productividad por especialidad se muestra en la siguiente tabla (tabla 36):

Tabla 40 (Cirugías por especialidad)

N.	INTERVENCIONES ESPECIALIDAD	POR	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018
1	Cirugía de Pediatría General		285	296
2	Cirugía Plástica y Reconstructiva		58	98
3	Cirugía Oftalmológica		63	48
4	Cirugía Ortopédica		100	73
5	Cirugía Urológica		10	8
6	Cirugía Otorrinolaringológica		16	27
7	Cirugía Oncológica		20	19
8	Cirugía Neurológica		100	71
9	Cirugía Cardiovascular		40	41
10	Cirugía Maxilofacial		18	27
11	Cirugía Neumológica		18	21
12	Cirugía Estomatológica		12	14
13	Cirugía Gastroenterología		0	20
13	Trasplante Renal		0	296
TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			740	763

2.1.3.9 Utilización de Terapia Intensiva.

En lo que se refiere en el servicio de Terapia Intensiva se atendieron a 227 pacientes de los cuáles el 95% de ellos se realizó su traslado al área de hospitalización para su posterior egreso, el otro 5% permaneció en el servicio hasta su rotación a otra área, en relación a la meta programada se cumplió al 70% de cumplimiento al periodo del reporte. El comportamiento de este servicio y el porcentaje de variación con respecto al año anterior se describen en la siguiente tabla (tabla 41).

El porcentaje de ocupación en el servicio de terapia intensiva (Indicador 34 IMAE), para este periodo fue de 66.92%, teniendo un decremento en el porcentaje de 2.9% respecto al 2017 en el que se reflejó un 69.9%.

Tabla 41. Servicio de Terapia Intensiva.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Ingresos	77	45	-41.6	80	56
Egresos	74	49	-33.8	71	69
% de ocupación	68.92	66.92	-2.9	71	94

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

El porcentaje de Porcentaje de autopsias en terapia intensiva realizadas (Indicador 35 IMAE). para este periodo fue 0%, debido a que no se realizó ninguna autopsia.

El porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras de decúbito durante estancia en terapia intensiva. (Indicador 36 IMAE), para este periodo fue 13.3%.

2.1.3.10 Infecciones Nosocomiales

Acciones implementadas para la reducción de IAAS enero-marzo 2018.

- Realización de programa anual para la reducción de IAAS en el HEP.
- Integración del programa de Capacitación de Higiene de manos anual, así como de precauciones estándar, paquetes preventivos, RPBI.
- Capacitación de la plataforma para la inclusión en la campaña sectorial de Higiene de manos la cual solicita DGCEs, realizar durante el mes de febrero próximo, la aplicación de la encuesta “Marco de Auto evaluación de Higiene de Manos”, así como del cuestionario de “Conocimientos y Percepción de Higiene de Manos”.
- Nos integran a Nivel Nacional como parte de la plataforma para realizar acciones e implementarlas para la reducción de IAAS mediante la campaña de higiene de manos con los siguientes datos.
- Se realiza reunión extraordinaria de CODECIN el día 08 de febrero del presente año, con el objetivo de implementar acciones para disminuir el riesgo en pacientes inmuno-comprometidos.
- Se realizó la limpieza y desinfección de las salidas de aire del servicio de escolares por ser el más reciente de remodelación.
- Posteriormente colocación de filtro en las salidas de aire en el mismo servicio.
- Se solicita el reporte del último cambio de filtros EPA.
- Se da continuidad a las actividades y se realiza una segunda reunión el día 20 de Febrero.

- Se tiene la evidencia del reporte de cambio de filtros EPA con fecha 25 de Noviembre de 2017, siendo esta fecha posterior a todas las adecuaciones de infraestructura más relevantes después del sismo de septiembre.
- Se solicita el muestreo de calidad del aire.
- Se realiza el mismo día con la colaboración de personal de Laboratorio, teniendo el día de hoy 72 horas sin presentar hasta el momento ningún crecimiento.
- Se garantiza la colocación de filtro en todas las salidas de aire, de todas las áreas de hospitalización para mayor seguridad.
- Solicitud de gestión a COFAT para la inclusión de Posoconazol, se propone la profilaxis para pacientes específicos inmuno-comprometidos.

Ante la Campaña de Cirugía de “Cirugía Cardiovascular” se implementan las siguientes recomendaciones:

- Garantizar el apego del personal que conforma el equipo de dicha campaña, a las precauciones estándar: (higiene de manos, uso de guantes, cubre bocas, uso de bata, y clasificación de RPBI).
- Respetar los lineamientos internos de cada servicio en el que tienen acceso por el manejo de los pacientes. (No deberán ingresar mayor número de familiares del ya establecido, así como limitar el acceso de cualquier tipo de obsequios, hasta el egreso del paciente) como lo especifica la normatividad del Hospital de especialidades Pediátricas.
- Limitar el acceso de personas, que no estén dentro del equipo de salud, que realiza esta campaña, o de trabajadores del Hospital de Especialidades Pediátricas, en específico a las áreas críticas: Quirófano y UTIP.
- Para cumplir con los paquetes preventivos de IAAS, ante cualquier procedimiento garantizar la integración en el expediente clínico (consentimiento informado ante la colocación de catéter vascular, intubación orotraqueal, colocación de sonda urinaria y procedimiento quirúrgico), establecidos en los manuales de procedimientos de cada uno de los paquetes preventivos antes mencionados presentados en CODECIN y COCASEP.
- Dar a conocer a familiares el reglamento del Hospital de Especialidades Pediátricas.

Lo anterior con base en la **NOM-017-SSA2**, y **NOM-045-SSA2-2005**, siendo responsabilidad de toda la estructura hospitalaria garantizar la seguridad del paciente, haciendo estas recomendaciones a los integrantes de la campaña próxima a realizar.

- Se realiza la cedula de evaluación preliminar del hospital de la campaña sectorial “Esta en tus manos” reportando los resultados a la Dirección Medica, integrando las encuestas (80) y la aplicación de las mismas al personal de los diferentes turnos. (documentos integrados en una carpeta específica del servicio).

- Se realiza el Plan de acción de mejora continua de higiene de manos y se envía a nivel estatal para integrarse a la campaña sectorial “Esta en tus manos” del comité nacional de Calidad en Salud.

Reunión extraordinaria de CODECIN para seguimiento de casos de fusariosis acuerdos y acciones:

- Se continúa con la limpieza y desinfección de rejillas y salidas de aire.
- Se determina la realización de un curso taller con el CENAPRESE. Para El personal directivo y de áreas hospitalarias con la finalidad de garantizar los controles ambientales y calidad del aire en prevención de IAAS.
- Capacitación incidental durante la vigilancia diaria.
- 1a Campaña de vacunación para pacientes, familiares y personal del HEP.

ACTIVIDADES ORDINARIAS:

- Colocación de señaléticas y capacitación de técnica de aislamiento para prevención de IAAS, en pacientes con desarrollo de diversos microorganismos.
- Vigilancia y supervisión de limpieza y desinfección de cisternas, medición de cloro en los diferentes servicios.
- Participación activa en CODECIN.
- Se realizaron capacitaciones a personal del HEP, y empresas subrogadas, familiares, pacientes, estudiantes, pasantes, médicos internos de pregrado y residentes, con los temas de Higiene de manos y 5 momentos, precauciones estándar, RPBI, enfermedades de notificación de acuerdo a la Norma 017, Paquetes prioritarios y preventivos, EN TOTAL 325.

La tasa de infecciones nosocomiales por mil días de estancia hospitalarios en camas censables, para este período del año es de 6.36, mientras que el año anterior para el mismo período fue de 9.87 lo que da como resultado una diferencia de -3.7 puntos absolutos por debajo del periodo anterior (tabla 42).

Tabla 42. Tasa de Infecciones Nosocomiales.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	Diferencia absoluta	Valor Esperado
Tasa de Infecciones Nosocomiales * 1000 días de estancia	9.87	6.362	-3.51	7.00
Tasa de Infecciones Nosocomiales * 100 egresos Hospitalarios	10.4	5.1	-5.3	7.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

La tasa de infecciones nosocomiales x 100 egresos hospitalarios para este periodo ene-marzo 2018 fue de 5.1, teniendo una variación del -5.3 puntos absolutos menos con respecto al año anterior que fue del 10.4. (Indicador 38 IMAE).

La Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva fue de 14.8% (Indicador 39 del IMAE), que comparativamente con el periodo anterior de 15.23%, representa una disminución del 2.8%.

La Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central, (Indicador 40 IMAE). Fue de 1.45, comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de 1.65 puntos absolutos.

La Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical, (Indicador 41 IMAE). Fue de 5.06, comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de 7.24 puntos absolutos.

La Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica, (Indicador 42 IMAE). Fue de 5.33, comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de .89 puntos absolutos.

Del porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, (Indicador 46 del IMAE), se ha explicado la causa de la variación de los valores alcanzados con respecto a su programación en la MIR al principio del apartado de atención médica.

Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados, (Indicador 47 del IMAE), se ha explicado la causa de la variación de los valores alcanzados con respecto a su programación en la MIR al principio del apartado de atención médica.

Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, (Indicador 48 del IMAE), se ha explicado la causa de la variación de los valores alcanzados con respecto a su programación en la MIR al principio del apartado de atención médica.

Porcentaje de percepción de satisfacción de la calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos, (Indicador 49 del IMAE), se ha explicado la causa de la variación con respecto a su programación en la MIR al principio del apartado de atención médica.

2.1.3.11 Atención Social Integral en Salud.

Indicadores de población: Durante el período que se reporta, el Hospital de Especialidades. Pediátricas, captó un total de 707 referencias. Cabe señalar que se mantiene una coordinación estrecha con el equipo médico para la priorización en la aceptación de pacientes, lo que ha permitido tener mayor comunicación con las unidades que refieren pacientes al hospital, evitando gastos innecesarios a los usuarios (tabla 43).

Tabla 43. Población atendida.

DATOS	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018
Porcentaje de Población Atendida con Clasificación Socioeconómica en Niveles 1X, 1 y 2	96.6	97.7
Porcentaje de Población Atendida con Clasificación Socioeconómica en Niveles 3 y 4	3.2	1.2
Porcentaje de Población Atendida con Clasificación Socioeconómica en Niveles 5 y 6	0.2	1.1

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

El índice de estudios socioeconómicos por trabajador(a) social o estudios socioeconómicos realizados por trabajadora social, en el periodo a evaluar es de 46.68. (Indicador 75 IMAE), comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de 13.5 puntos absolutos, ya que fue de 60.19% para el periodo comparado.

El índice de camas por trabajador(a) social o número de camas censables por trabajadora social para este periodo a evaluar fue de 3.6%. (Indicador 76 IMAE), comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de 0.6 puntos absolutos, ya que fue de 4.2% para el periodo comparado.

El Índice de casos nuevos por trabajador(a) social, para este periodo a evaluar fue de 16.32%. (Indicador 77 IMAE), comparativamente con el periodo anterior hubo una disminución de 4 puntos absolutos, ya que fue de 20.9% para el periodo comparado.

Entre las acciones de atención que se desarrollaron en los procesos de atención de usuarios de primera vez, durante su estancia hospitalaria y al egreso de pacientes para mayor beneficio, se describen las siguientes:

- Contrarreferencia: 144
- Orientaciones en trabajo social: 1,409
- Estudios socioeconómicos: 1,167
- Apoyos: 876

Se ha mejorado el proceso de referencia y contrarreferencia, derivado de una participación activa en los procesos de capacitación a nivel estatal en el Comité Estatal de Referencia y Contrarreferencia dando a conocer los criterios de admisión de pacientes y la cartera de servicios, lo que ha sido de beneficio desde el ingreso mismo de los pacientes, para la atención oportuna al referirlos adecuadamente acorde a las características clínicas presentadas con la especialidad tratante.

En el siguiente espacio de datos estadísticos se visualiza el porcentaje de utilización de equipos de Apoyo Diagnóstico, a continuación se describen los resultados obtenidos:

2.1.3.12 Indicadores de utilización de equipos:

En relación al porcentaje de utilización de equipo de Radiología fue de 86.9% en este periodo del año obteniendo un decremento de 27.2% con relación al año anterior en el mismo periodo que fue del 119.4%.

Con relación al porcentaje de utilización de equipos de ultrasonidos en este periodo comparado fue de 97.2% lo que da como resultado un incremento del 334.2% con respecto al año anterior en estas cifras en ese mismo periodo que fue del 22.4%.

Respecto al porcentaje de utilización de equipos de tomografía para este periodo del año es de un 33.6% lo que da como resultado un incremento del 30.5% con respecto al año anterior en estas cifras en ese mismo periodo que fue del 25.7%.

Sobre el porcentaje de utilización de equipos de resonancia magnética para este periodo del año fue de un 39.6% lo que da como resultado un incremento del 185.9% con respecto al año anterior en estas cifras en ese mismo periodo que fue del 13.8%. Los resultados se pueden apreciar en la tabla 44.

Tabla 44. Porcentaje de Utilización de Equipos de Auxiliares de Diagnóstico

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación
Radiología	119.4	86.9	-27.2
Ultrasonido	22.4	97.2	334.3
Tomografía	25.7	33.6	30.5
Resonancia magnética	13.8	39.6	185.9

En Los estudios de ultrasonido solicitados en menor frecuencia y número por las áreas médicas corresponden a: estudios Doppler y estudios de ultrasonido el sistema músculo esquelético (Doppler renal, Doppler de extremidades superiores e inferiores, Doppler hepático, Doppler de control en pacientes post operados de trasplante renal); sin embargo se suman a la productividad; por otro lado, respecto al porcentaje de variación de la Resonancia Magnética, es fundamental comentar que esto corresponde a que en el desde ejercicio 2017, se inició la programación y realización de este tipo de estudios en el turno vespertino lo que tiene como consecuencia un incremento importante en el porcentaje de variación respecto al año 2018.

2.1.3.13 Indicadores de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Durante este periodo evaluado, en el Hospital de Especialidades Pediátricas se han realizado 2,490 estudios de rayos X, obteniendo un decremento del 28% con respecto al año anterior en este mismo periodo que fue de 3,460 estudios realizados, en lo referente al porcentaje de cumplimiento de las metas programadas se alcanzó un 82% ya que se

programaron 3,050 estudios en este periodo que se informa (tabla 45), y se ha logrado en este periodo del año brindar atención a 2,282 pacientes.

Tabla 45. Estudios de Rayos X.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Rayos X	3,460	2,490	-28.0	3,050	82

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Estudios de Ultrasonido: Durante el periodo que se reporta se han realizado 649 estudios de ultrasonido, lo que representa un incremento del 15.9% con respecto al mismo periodo del año anterior que fue de 772 estudios realizados; en lo referente al porcentaje de cumplimiento de las metas programadas se alcanzó un 91% ya que se programaron 717 estudios en este periodo que se informa; en total se ha logrado en este periodo del año brindar atención a 505 pacientes. (Tabla 46).

Tabla 46. Estudios de Ultrasonido.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Ultrasonido	772	649	-15.9	717	91

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Estudios de Tomografía: En este periodo del año se han realizado 275 estudios de tomografía, que representa una disminución de 35.4% en base a lo realizado en el mismo periodo de comparación que fue de 426 estudios, En lo referente al porcentaje de cumplimiento de la meta programada se alcanzó un 81% ya que se programaron 341 estudios en este periodo que se informa, y se ha logrado en este periodo del año brindar atención a 223; en este periodo se sumó la descompostura del equipo por ende la disminución.(tabla 47).

Tabla 47. Estudios de Tomografía.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Tomografía	426	275	-35.4	341	81

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Estudios de Resonancia Magnética: En este periodo del año se han realizado 167 estudios de resonancia magnética, obteniendo un incremento del 11.3% con respecto al año anterior, que fue de 150 estudios realizados. En lo referente al porcentaje de

cumplimiento de las metas programadas se alcanzó un 94% ya que se programaron 178 estudios en este periodo que se informa (tabla 48), y se ha logrado en este periodo del año brindar atención a 134 pacientes.

Tabla 48. Estudios de Resonancia Magnética.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Resonancia Magnética	150	167	11.3	178	94

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Con relación a la variación positiva identificada para Resonancia magnética, es importante comentar que como parte de las acciones de mejora del Servicio de Radiología e Imagen, se encuentra el seguimiento al registro de la productividad tanto del personal técnico y médicos, así como el registro en cada una de las bitácoras de las áreas del servicio en comento, acciones de organización al interior del servicio.

Estudios de Anatomía Patológica: En este periodo del año se realizaron 492 estudios de patología, observándose un decremento de 39.5% con respecto al mismo periodo año anterior que fue de 813 estudios realizados. En lo referente al porcentaje de cumplimiento de las metas programadas se alcanzó un 95% ya que se programaron 520 estudios en este periodo que se informa (tabla 49).

Tabla 49. Estudios de Anatomía Patológica.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Anatomía Patológica	813	492	-39.5	520	95

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

Procedimientos de Inhaloterapia: En este periodo del año se han realizado 12,262 procedimientos en este servicio, obteniendo como resultado un decremento del 1.1% con respecto al mismo periodo del año anterior que fue de 12,393, procedimientos realizados.

En lo referente al porcentaje de cumplimiento de las metas programadas se alcanzó un 94.2% ya que se programaron 13,020 procedimientos en este periodo que se informa (tabla 50) y se ha logrado en este periodo del año brindar atención a 350 pacientes durante las 24 hrs. del día.

Tabla 50. Procedimientos de Inhaloterapia.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Procedimientos de Inhaloterapia	12,393	12,262	-1.1	13,020	94.2

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

2.1.3.14 Estudios de Laboratorio.

El servicio de Laboratorio Clínico como parte esencial para el diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación de las enfermedades, en relación a su meta programada en este periodo fue de 92,835 estudios de laboratorio y se realizaron 86,096 estudios lo cual indica un porcentaje de cumplimiento del 92.7%. Comparando esto con lo realizado en el mismo período del año anterior que fueron 92,163 estudios, se tiene un decremento del 6.6% (tabla 51).

Del total de estudios de laboratorio para este periodo el 97.0% fueron generales y el 3% estudios especializados.

Tabla 51. Estudios de Laboratorio.

Indicador	Enero-marzo 2017	Enero-marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Laboratorio	92,163	86,096	-6.6	92,835	92.7

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HEP. Enero-marzo 2018.

2.1.3.15 Funcionamiento de Comités

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)

En el primer trimestre del año se reinstala el COCASEP y se realiza una sesión ordinaria donde se presenta el programa de trabajo anual, el cual está enfocado a:

1. Dar seguimiento y cumplimiento al Programa de Acreditación Anual 2018. (PAA-2018) con la inclusión de evaluación para trasplante renal en el paciente menor de 18 años y las acreditaciones que concluyeron vigencia y se encuentran en proceso para ser re-acreditadas como se especifica a continuación:

Tabla 52. Acreditación 2018

Acreditación del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	Fecha de Evaluación	Observaciones
Trasplante Renal en menores de 18 años	03-07 de Septiembre de 2018	Febrero 2014

Tabla 53. Re-acreditación 2018

1. Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez	18/09/2008	Octubre 2013
2. Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos – Aparato Digestivo	01/01/2008	Febrero 2014
3. Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos – Aparato Urinario	01/01/2008	Febrero 2014
4. Hematopatías Malignas	2006 y reevaluación en 2011 por DGCES	2016
5. Tumores Sólidos Fuera del Sistema Nervioso Central	2006 y reevaluación en 2011 por DGCES	2016
6. Tumores Sólidos del Sistema Nervioso Central	2006 y reevaluación en 2011 por DGCES	2016
7. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Lisosomal	24/01/2012	24/01/2017

El Programa Anual del COCASEP incluye la adopción estándares del Modelo del Consejo de Salubridad General para trabajar con calidad y seguridad por lo que se trabaja en la actualización de los procedimientos institucionales de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, Procedimiento para Procedimiento para detectar, registrar y dar seguimiento a los eventos adversos, así como en la actualización del personal en la nueva versión de los estándares de certificación de hospitales.

- Identificación integral de riesgos y/o problemas de los procesos críticos para su priorización, evaluación y gestión en los sistemas y/o procesos críticos de; Prevención y Control de Infecciones; Manejo y Uso de Medicamentos, Gestión y Seguridad de las Instalaciones y Calificación de Competencias y Educación del Personal; así como en las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.
- Análisis, adecuación, implementación y estandarización de procesos clínicos de mayor impacto para el área de atención Médica y de Enfermería.

4. Seguimiento de Indicadores del plan de calidad y seguridad del paciente (Indicadores de Mejora, con el enfoque de; Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Sistema de Medicación, Sistema de Prevención y Control de Infecciones, Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, Procesos Clínicos y Procesos de gestión.
5. Identificación y definición de Patrones y Tendencias de Eventos Adversos y Cuasifallas así como del Sistema Unificado de Gestión (SUG).
6. Determinación por COCASEP de un sistema o proceso de alto riesgo y prioritario por el impacto para la seguridad del paciente en el hospital, objeto del análisis por la herramienta proactiva AMEF.
7. Coordinar acciones de capacitación en calidad y seguridad del paciente.
8. Evaluar en la organización la implementación de la cultura de calidad y seguridad del paciente

Comité Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN)

El CODECIN realiza tres sesiones donde se da seguimiento al programa de trabajo. Se da continuidad a la implementación de los Paquetes Preventivos, así como los programas prioritarios como son el Control del Agua, Higiene de Manos y el desescalamiento de antibióticos.

La tasa de infecciones del primer trimestre a razón de lo siguiente, tabla 54.

MES	ENE	FEB	MAR	TOTAL ENERO-MARZO	MISMO PERIODO DEL AÑO ANTERIOR
EPISODIO	22	15	14	51	61
EGRESOS	272	281	336	889	972
TASA	80.8	53.3	41.6	53.3	62.7

Dentro de las acciones relevantes que se realizaron se encuentran las siguientes:

- Realización de programa anual para la reducción de IAAS en el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP).
- Integración del programa de Capacitación de Higiene de manos anual, así como de precauciones estándar, paquetes preventivos, RPBI.

- Capacitación de la plataforma para la inclusión en la campaña sectorial de Higiene de manos de la Dirección General de Calidad y Educación en salud (DGCES), para la aplicación de la encuesta “Marco de Auto evaluación de Higiene de Manos”, así como del cuestionario de “Conocimientos y Percepción de Higiene de Manos”.
- Integración a Nivel Nacional como parte de la plataforma para realizar acciones e implementarlas para la reducción de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) mediante la campaña sectorial de higiene de manos.
- Se realiza dos sesiones de CODECIN con el objetivo de implementar acciones para disminuir el riesgo en pacientes inmuno-comprometidos por sospecha de fusariosis
- Se realizó la limpieza y desinfección de las salidas de aire de todos los servicios, posteriormente colocación de filtro en las salidas de aire.
- Supervisión a recambios de filtros HEPA.
- Se solicita el muestreo de calidad del aire, el cual se realiza con la colaboración de personal de Laboratorio.
- Solicitud de gestión a COFAT para la inclusión de Posoconazol, se propone la profilaxis para pacientes específicos inmuno-comprometidos.

Ante la Campaña de Cirugía de “Cirugía Cardiovascular” se implementan las siguientes recomendaciones:

- Garantizar el apego del personal que conforma el equipo de dicha campaña, a las precauciones estándar: (higiene de manos, uso de guantes, cubre bocas, uso de bata, y clasificación de RPBI.
- Respetar los lineamientos internos de cada servicio en el que tienen acceso por el manejo de los pacientes. (No deberán ingresar mayor número de familiares del ya establecido, así como limitar el acceso de cualquier tipo de obsequios, hasta el egreso del paciente) como lo especifica la normatividad del HEP.
- Limitar el acceso de personas, que No estén dentro del equipo de salud, que realiza esta campaña, o de trabajadores del HEP, en específico a las áreas críticas: Quirófano y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).
- Para cumplir con los paquetes preventivos de IAAS, ante cualquier procedimiento garantizar la integración en el expediente clínico (consentimiento informado ante la colocación de catéter vascular, intubación orotraqueal, colocación de sonda

urinaria y procedimiento quirúrgico), establecidos en los manuales de procedimientos de cada uno de los paquetes preventivos antes mencionados presentados en CODECIN y Comité de Calidad y Seguridad del paciente (COCASEP).

- Dar a conocer a familiares el reglamento del Hospital de Especialidades Pediátricas.

Lo anterior con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, y NOM-045-SSA2-2015 Para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud siendo responsabilidad de toda la estructura hospitalaria garantizar la seguridad del paciente, haciendo estas recomendaciones a los integrantes de la campaña próxima a realizar.

- Aplicación la cedula de evaluación preliminar del hospital de la campaña sectorial “Esta en tus manos” reportando los resultados a la Dirección Medica, integrando las encuestas (88) y la aplicación de las mismas al personal de los diferentes turnos.
- Se realiza en coordinación con calidad el Plan de Acción de Mejora Continua de Higiene de Manos y se envía a nivel Federal para integrarse al informe de los HRAE ante la DGCES.

Reunión extraordinaria de CODECIN para seguimiento de casos de fusariosis acuerdos y acciones:

- Se continúa con la limpieza y desinfección de rejillas y salidas de aire.
- Se determina la realización de un curso taller con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Prevención de Enfermedades (CENAPRECE) para el personal directivo y de áreas hospitalarias con la finalidad de garantizar los controles ambientales y calidad del aire en prevención de las IAAS.
- Capacitación incidental durante la vigilancia diaria.
- 1ª. Campaña de vacunación para pacientes, familiares y personal del HEP.

ACTIVIDADES ORDINARIAS:

- Colocación de señaléticas y capacitación de técnica de aislamiento para prevención de las IAAS, en pacientes con desarrollo de diversos microorganismos.

- Vigilancia y supervisión de limpieza y desinfección de cisternas, medición de cloro en los diferentes servicios.

Se realizaron capacitaciones a personal del HEP y empresas subrogadas, familiares, pacientes, estudiantes, pasantes, médicos internos de pregrado y residentes, con los temas de Higiene de manos y 5 momentos, precauciones estándar, RPBI, enfermedades de notificación de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica., Paquetes prioritarios y preventivos, Capacitando un total de 325 personas.

Subcomité Control de Antimicrobianos

Se instala el subcomité con el objetivo de realizar uso apropiado de antibióticos para ofrecer los mejores resultados clínicos, menores riesgos de efectos adversos, promover costo.-efectividad de la terapia y reducir o estabilizar los niveles de resistencia bacteriana.

Se realiza una sesión ordinaria en la que se da a conocer el programa de control de antimicrobianos y se presenta el reporte de microbiología.

Se presenta la auto evaluación diagnóstica aplicada que incluye un listado de verificación de los elementos esenciales del programa de uso racional de antibióticos del Center for Disease Control and Prevention (CDC) como documento base para el programa de trabajo.

Se evalúan a través de esta herramienta los siguientes elementos esenciales:

1. Apoyo y liderazgo
2. Responsabilidad
3. Experiencia en medicamentos
4. Acciones para apoyar el uso racional de antibióticos
5. Seguimiento y monitoreo de la prescripción, uso y resistencia,
6. Informe y retroalimentación
7. Educación.

Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastres (CSAMCD)

Se actualiza el Comité con el objetivo de funcionar como un órgano colegiado de carácter técnico consultivo para garantizar y mantener las condiciones óptimas en los aspectos estructurales, no estructurales y de organización funcional para otorgar atención médica oportuna, antes, durante y posterior a la presentación de situaciones de emergencias y desastres.

Durante el presente trimestre se realizaron diversos recorridos hospitalarios observando y generando evaluaciones para mantener las instalaciones y los servicios en condiciones

seguras para brindar un servicio eficiente, se actualizaron diferentes señaléticas para tener de manera visible rutas de evacuación, escaleras de emergencia y zonas de menor riesgo.

Se realizan recorridos en todas las escaleras de emergencias y salidas de emergencias y para garantizar que estén en buenas condiciones para ser utilizadas.

El 20 de marzo se participó como Hospital en el mega simulacro estatal de sismo con el apoyo de protección civil y de Cuerpo de bomberos.

Comité de Medicina Transfusional

Se llevó a cabo en el primer trimestre del año 2018, dos sesiones: una ordinaria y una extraordinaria, la primera sesión ordinaria se llevó a cabo la reinstalación del comité de medicina transfusional y en la 1ª. Sesión extraordinaria se llevó a cabo el proceso de solicitud de componentes sanguíneos al Centro Estatal de La Transfusión Sanguínea por el servicio de transfusión del CETS.

Comité Interno de Trasplante

Derivado del término del 1er. trimestre del año que se cursa, las actividades realizadas durante este periodo fueron las siguientes: sesión de reinstalación del Comité Interno de trasplante donde se presenta calendario anual de sesiones, se realizan tres sesiones, dos ordinarias y una extraordinaria.

Se analizan los casos de tres pacientes con proximidad de mayoría de edad acordando referencia se realizara referencia a una institución médica que pueda proporcionar el tratamiento de trasplante como se especifica a continuación:

- 1.- Alejandro González Pereyra quien por su mayoría de edad es referido al IMSS
- 2.- Elda Deysi Aguilar Ramírez quien por su mayoría de edad es referido al IMSS para tratamiento hemodialítico y acordado baja de lista de trasplante del HEP
- 3.- Karen Mercedes González Estrada quien por su mayoría de edad es referido al IMSS.

Comité Académico

Durante el primer trimestre del año se reinstala el comité y se realiza una sesión ordinaria con los siguientes resultados:

1. Se realizaron los Nombramientos a los miembros del comité recién instalado y se entregaron en la reunión próxima
2. Reunión de la comisión de planes y programas para establecer las estrategias de solución para posicionar a la Sede en el PUEM-2 en los primeros 10 lugares
3. Reunión de la comisión docente para establecer estrategias de solución para mejorar los resultados de la evaluación docente
4. Reunión de la comisión de evaluación para establecer estrategias de solución para la entrega en tiempo y forma de la hoja de evaluación
5. Reunión de la comisión de planes y programas para la reorganización y capacitación de los servicios para los casos clínicos estructurados.

Comité de Bioética

Durante el primer trimestre 2018 se realiza la renovación de Registro del Comité ante la CONBIOETICA y se presenta en sesión extraordinaria el análisis de un caso clínico con dilema bioético convocado a petición del servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, con la participación de la Dirección Médica y el servicio de neurocirugía, dándose por escrito las conclusiones y recomendaciones que resultaron del análisis de los integrantes del Comité de Bioética.

Comité de Referencia y Contra-referencia

Durante el 1er semestre del año en curso se realizó la reinstalación del Comité el 30 de Enero del 2018 con la actualización de los integrantes en virtud a los cambios de responsables dentro de la estructura de nuestro hospital.

Se encuentra en proceso de actualización de la cartera de servicios propia del Hospital de Especialidades Pediátricas por la dirección médica.

2.1.3.16 INDICADORES DE CALIDAD.

Trato Digno en los servicios de Consulta Externa

Las encuestas para el monitoreo de los Indicadores de trato adecuado y digno fueron actualizadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) así como la plataforma del sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se han recibido instrucciones para que las encuestas sean capturadas en la nueva plataforma del Sistema de Trato Adecuado y Digno (SESTAD) por lo que se está en espera de que se generen las claves de acceso de usuario y contraseña.

Tiempo de Espera en los Servicios de Consulta Externa.

En el análisis correspondiente al periodo Enero-Marzo 2018 el indicador tiene un 63.52 % de cumplimiento lo que ha permitido disminuir en relación a los resultados del cuatrimestre anterior, para lo que se trabaja en coordinación con el subdirector de servicios ambulatorios y consulta externa un proyecto de mejora para disminuir el tiempo de espera. Los resultados correspondientes a las variables para el primer trimestre son los siguientes:

Tabla 56. Tiempo de espera

INDICADOR	ENERO-MARZO
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA URBANO	27.2 minutos
<u>Tiempo máximo para recibir una consulta</u>	123 minutos
Tiempo promedio para recibir consulta	27.2 minutos
Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar	63.52%

Tiempo de Espera en el Servicio de Urgencias (Admisión Continua).

En el análisis general correspondiente al periodo enero-marzo 2018 es de 14.3 minutos en tiempo de espera y distribuido en las variables que evalúa el sistema se encuentra a razón de lo siguiente:

Tabla 57. Tiempo de espera

INDICADOR	ENERO-MARZO
TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	14.3 minutos
Tiempo de espera máximo para recibir consulta	194 minutos
Tiempo promedio para recibir consulta	14.3 minutos
Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar	68.6%

El estándar que marca la normativa es de 15 minutos o menos para el servicio de Urgencias, estos resultados fueron presentados en la 1ª sesión ordinaria del COCASEP, se ha observado una disminución del tiempo de espera con relación al mismo periodo del año anterior, actualmente en fase de implementación el proyecto de mejora en este servicio.

Indicador de Diferimiento Quirúrgico.

En el análisis correspondiente enero-marzo 2018 se tienen los siguientes resultados:
Tabla 58. Diferimiento quirúrgico

CRITERIO	ENERO-MARZO
Porcentaje de pacientes que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva	14.49%
El promedio de días de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva	5.03 días
El mayor número de días entre la solicitud y realización de cirugía	21 días

Es importante destacar que para este proceso se han considerado las instrucciones del indicador emitido por la DGCES donde refiere por definición al *tiempo transcurrido desde que se solicita una cirugía electiva después de completar los estudios de laboratorio, gabinete y las valoraciones preoperatorio, hasta el momento que se realiza, considerándose diferida cuando el periodo es superior a siete días*”.

En relación al seguimiento del Plan de Mejora en diferimiento quirúrgico se encuentra en proceso de implementación, realizándose las adecuaciones debidas en relación a los

resultados que se obtienen en los cortes trimestrales y presentando los datos en las reuniones ordinarias del COCASEP.

Indicador de Infecciones Nosocomiales

De acuerdo al instructivo de Indicadores de atención médica efectiva en los servicios Hospitalarios emitida por la DGCES refiere el estándar: Tasa de Infecciones Nosocomiales ≤ 15 infecciones/100 egresos en el global y por servicio ≤ 15 infecciones /100 egresos, excepto en las Unidades de Cuidados Intensivos UCIN y UCIA que es ≤ 30 infecciones /100 egresos.

Actualmente, el Hospital de Especialidades Pediátricas está trabajando en el Proyecto de Mejora para la Prevención y Reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud mediante la implementación de los Paquetes Preventivos que abarca 4 líneas de acción: Prevención de neumonías, Terapia endovenosa segura, Cirugía Segura y, Prevención de Infección en Vías Urinarias por Sonda Vesical. A través de la implementación de paquetes preventivos.

Tabla 59. Tasa de infecciones nosocomiales enero-marzo 2018

MES	ENE	FEB	MAR	TOTAL ENERO-MARZO	MISMO PERIODO DEL AÑO ANTERIOR
EPIODIO	22	15	14	51	61
EGRESOS	272	281	336	889	972
TASA	80.8	53.3	41.6	53.3	62.7

Indicadores de calidad en enfermería

Los indicadores de enfermería (tabla 60):

INDICADOR	ENERO-MARZO	MISMO PERIODO AÑO ANTERIOR
Ministración de medicamentos por vía oral	92.48%	98.45%
Trato digno en enfermería	94.47%	99.07%

INDICADOR	ENERO-MARZO	MISMO PERIODO AÑO ANTERIOR
Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.	80.91%	75.06%
Prevención de caídas en pacientes hospitalizados	75.80%	75.65%
Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados	74.53%	75.00%
Vigilancia y control de venoclisis instalada	96.57%	98.26%

Referente a los indicadores de Prevención de Infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados y prevención de úlceras por presión se ha implementado Proyectos de Mejora por cada uno, enfocados específicamente a evidenciar los registros de los cuidados en la hoja de enfermería lo que ha permitido ver un avance en el porcentaje de cumplimiento por cada trimestre de medición, estos proyectos han sido presentados y validados en la sesión Ordinaria del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, se les está dando seguimiento desde la Subdirección de Enfermería.

2.1.3.17 Eventos adversos.

Respecto a los eventos adversos notificados mediante el procedimiento institucional en el acumulado enero-marzo 2018 a razón de lo siguiente:

Tabla 61. Eventos adversos.

CLASIFICACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL ENE-MAR
Cuasifallas	5	8	6	19
Eventos adversos	3	3	2	8
Eventos centinela	1	1	2	4
TOTAL	9	12	10	31

Se han reportaron un total de 31 eventos adversos de enero –marzo 2018.

9 corresponde a la categoría de eventos cuasifallas.

4 corresponde a eventos centinela, éstos últimos en revisión acorde la Herramienta de análisis causa raíz en coordinación con el equipo de trabajo integrado para este efecto.

2.1.3.18 Proceso de Certificación

Durante el primer trimestre del 2018 se gestionó ante el Consejo de Salubridad General, la impartición de un curso taller para actualizar los conocimientos del personal directivo y operativo de la Unidad, respecto a la última actualización del manual de estándares para la certificación de hospitales. En este sentido, el CSG confirmó la realización del curso del 13 al 15 de Junio, el cual es denominado "Curso Taller del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad", que será impartido por 7 evaluadores del Consejo, estará dirigido a 90 trabajadores de la salud y contará con la presencia del Dr. Jesús Ancer Rodríguez, Secretario del CSG.

2.1.3.20 Actividades relevantes.

Cateterismo intervencionista.

Actualmente se atienden aproximadamente 164 pacientes de manera mensual en el servicio de consulta externa de Cardiología, siendo el 90% cardiopatías congénitas y el 10% cardiopatías adquiridas. Alrededor de 5 a 6 pacientes son de primera vez en este servicio.

Asimismo, aproximadamente 10 pacientes son admitidos a hospitalización mensualmente por descompensación hemodinámica importante, que requieren de tratamiento de urgencia. Los diagnósticos con mayor prevalencia son en orden de frecuencia: conducto arterioso persistente, comunicación interventricular e interauricular, coartación de aorta, atresia pulmonar, tetralogía de Fallot, estenosis valvular aórtica y pulmonar, transposición de grandes arterias, entre otras (defecto de la tabicación atrioventricular, conexión anómala total de venas pulmonares).

Listado de Cateterismos Cardiacos realizados en el Hospital de Especialidades
Pediátricas (tabla 62).

Cateterismos Enero-Marzo 2018			
Edad	Diagnóstico	Procedimiento realizado	Evolución
5 años FN. 20.10.12	Situsinversus, discordancia AV, doble salida de ventrículo derecho, atresia pulmonar. Postangioplastia con stent en conducto arterioso (INC 13.02.13).	Angioplastia con stent intrastent en conducto arterioso con Stent Boston 4.5x16mm (10.01.18).	Egreso sin eventualidades.
4 años FN. 17.08.12	CIV y PCA y HAP, cierre de conducto arterioso con dispositivo Amplatzer para PCA ADO 10/8mm (02.06.17)	Cateterismo diagnóstico, test de vasoreactividad (17.01.18).	Egreso sin eventualidades
1 año FN. 26.11.16	Conducto arterioso persistente	Cierre de conducto arterioso con dispositivo Amplatzer AVP 6mm (01.02.18)	Egreso sin eventualidades.
3 años FN. 30.04.14	Conducto arterioso persistente	Cierre de conducto arterioso con dispositivo Amplatzer ADO 6/4mm (01.02.18)	Egreso sin eventualidades.
6 años FN. 09.11.11	Conducto arterioso persistente	Cierre de conducto arterioso con dispositivo Amplatzer AVP 4mm (01.02.18)	Egreso sin eventualidades.
5 años FN. 28.03.12	Conducto arterioso persistente y Comunicación interauricular tipo ostium secundum	Cierre de conducto arterioso con dispositivo Amplatzer ADO 12/10mm y Cierre de comunicación interauricular con dispositivo Cardia Ultrasept 6mm (01.02.18)	Egreso sin eventualidades.
6 años FN. 08.07.11	Comunicación interventricular muscular	Comunicación interventricular, Bloqueo AV completo transitorio, MCPS transitorio, cate diagnóstico (02.02.18)	Egreso sin eventualidades
12 años FN. 05.04.05	PO Cierre de CIV y PCA + apertura de CIA	Cierre de comunicación interauricular con dispositivo Amplatzer ASO 16mm (02.02.18)	Egreso sin eventualidades
7 años FN. 14.09.10	Estenosis valvular pulmonar gradiente máximo de 56mmHg	Valvuloplastia pulmonar con balón Tyshak II 14x40mm con gradiente residual de 23mmHg (14.02.18)	Egreso sin eventualidades
1 año FN. 11.02.17	Estenosis valvular pulmonar	Valvuloplastia pulmonar con balón Tyshak II 12x30mm con gradiente residual de 28mmHg (16.02.18)	Egreso sin eventualidades
4 años FN. 17.02.14	Estenosis del origen de la rama pulmonar izquierda	Angioplastia con stent Andrastent XL 17mm con balón Tyshak II 12x30mm (21.02.18)	Egreso sin eventualidades
1 año FN. 11.08.16	CIV + Estenosis del origen de la rama pulmonar derecha	Cateterismo diagnóstico (26.02.18)	Pasó a Qx Heart Care. ALTA
1 año FN. 25.01.17	DSVD + Estenosis subaórtica	Cateterismo diagnóstico (26.02.18)	Pasó a Qx Heart Care
8 años FN. 020110	CIV + HAP severa	Cateterismo diagnóstico (01.03.18)	Pasa a Qx Heart Care
9 años FN.	Bloqueo AV avanzado paroxístico	Colocación de Electrodo de Marcapasos endovenoso temporal femoral derecho	Preescolares (Requiere

24.01.09		(06.03.18)	Marcapasos definitivo)
4 años FN. 09.11.12	Comunicación interauricular tipo ostium secundum	Cierre de comunicación interauricular con dispositivo Cardia Ultrasept 6mm (09.03.18)	Egreso sin eventualidades
14 días FN. 13.03.18	Conexión anómala total de venas pulmonares supracardiaca	Atrioseptostomía con balón Z-5 13.5mm (28.03.18)	Falleció en UCIN.
2 años FN. 17.08.15	CIV + HAP severa	Cateterismo diagnóstico (28.03.18)	Egreso sin eventualidades.

2. ASISTENCIA (Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud)

Durante el periodo que se informa (enero – marzo) 2018, el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, informa los alcances reportados en la MIR (Matriz de Indicadores para Resultados), correspondiente al programa presupuestal E023 “Atención a la Salud”, con la finalidad de demostrar el uso eficiente y eficaz de los recursos y que se traduce en la contribución de mejorar los aspectos de la salud en la población. A continuación se presentan los resultados de cada uno de los indicadores que integran la MIR.

Ilustración 5. Matriz de Indicadores de Resultados (MIR).

SECRETARÍA DE SALUD COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD Programación de metas Programadas - Alcanzadas 2018								
N.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FORMULA	HEP		HRAECS		CRAE	
			META HEP PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META HCS PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018	META CRAE PROGRAMADO 1er. TRIM 2018	ALCANZADO ACUMULADO 1er. TRIM 2018
1	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional V1/V2 X 100	Resultado de Indicador	47.9	74.5	96.0	97.6	77.0	89.4
		Variable 1	230	304	705	721	935	1025
		Variable 2	480	408	734	739	1214	1147
2	Porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría y Curación V1/V2 X 100	Resultado de Indicador	91.3	87.3	84.7	81.4	87.5	83.9
		Variable 1	470	392	592	500	1062	892
		Variable 2	515	449	699	614	1214	1063
3	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. V1/V2 X 100	Resultado de Indicador	99.0	99.1	93.0	94.1	96.6	96.6
		Variable 1	510	426	318	381	828	807
		Variable 2	515	430	342	405	857	835
4	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto a las otorgadas v/V2 x 100	Resultado de Indicador	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		Variable 1	1500	1745	3438	1619	4938	3364
		Variable 2	1500	1745	3438	1619	4938	3364
5	Porcentaje de Procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados. V1/V2 x 100	Resultado de Indicador	37.2	29.4	35.5	41.2	36.0	38.2
		Variable 1	591	397	1412	1670	2003	2067
		Variable 2	1587	1351	3982	4057	5569	5408
6	Porcentaje de Procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados. V1/V2 x 100	Resultado de Indicador	67.6	77.8	100.0	100.0	75.2	82.6
		Variable 1	2464	2869	1116	1031	3580	3900
		Variable 2	3646	3690	1116	1031	4762	4721
7	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) V1/V2 X 100	Resultado de Indicador	94.6	87.8	98.7	93.6	96.5	90.5
		Variable 1	10500	9747	9481	8992	19981	18739
		Variable 2	11100	11100	9605	9605	20705	20705

		Resultado de Indicador							
8	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos. V1/V2 X 100	Número de usuarios en atención Hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos.		91.7	96.0	89.9	95.4	90.5	95.6
		Variable 1		298	308	534	687	832	995
		Variable 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	325	321	594	720	919	1041
		Resultado de Indicador							
9	Porcentaje de expedientes clínicos revisados y aprobados conforme a la Norma SSA 004 V1/V2 x 100	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen los criterios de la NOM SSA 004		93.3	80.0	78.9	81.1	81.0	81.0
		Variable 1		14	12	71	73	85	85
		Variable 2	Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	15	15	90	90	105	105
		Resultado de Indicador							
11	Porcentaje de ocupación hospitalaria V1/V2 x 100	Número de días paciente durante el periodo		65.5	59.8	73.6	62.9	69.5	61.4
		Variable 1		5305	4847	5961	5092	11266	9939
		Variable 2	Número de días cama durante el periodo x 100	8100	8100	8100	8100	16200	16200
		Resultado de Indicador							
12	Promedio de días estancia V1/V2	Número de días estancia durante el periodo		9.7	9.5	6.8	7.0	8.0	8.1
		Variable 1		4980	4244	4751	4318	9731	8562
		Variable 2	Número de egresos hospitalarios	515	449	699	614	1214	1063
		Resultado de Indicador							
13	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas V1/V2 X 100	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo		70.1	71.5	71.1	54.4	70.8	59.1
		Variable 1		288	304	770	603	1058	907
		Variable 2	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	411	425	1083	1109	1494	1534
		Resultado de Indicador							
14	Tasa de infección nosocomial x 1000 días de estancia (V1/V2*1000)	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte		5.8	6.4	6.7	7.2	6.3	6.8
		Variable 1		29	27	32	31	61	58
		Variable 2	Total de días de estancia registrados en el periodo de reporte * 1000	4980	4244	4751	4318	9731	8562

COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE LA MIR CORRESPONDIENTE AL PERIODO ENERO – MARZO DE 2018.

1. El porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, casi el 100% de los pacientes son referidos de las instituciones públicas de salud del estado, la mejora en el proceso de referencia y contra de los pacientes, para dar atención a los pacientes con patologías complejas que requieren servicios especializados.

2. El porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría y Curación, mejor cumplimiento de los objetivos al contar con personal médico de especialidad calificado en el tratamiento de patologías complejas, las acciones serán continuar con el mejoramiento de la atención en las diversas especialidades del hospital.

3. El porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, da como resultado mejor percepción del servicio ya que se reforzó la comunicación en el trato digno en los servicios y por ende la calificación del servicio fue superior a lo programado originalmente.

Las acciones continuaran para cumplir con la aplicación de encuestas programadas y continuar en el reforzamiento del trato digno a los pacientes.

4. El porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto a las otorgadas, la razón del 100% es porque todas las sesiones de rehabilitación se consideran especializadas por ocupar equipo especializado y realizado por personal calificado en el área.

El servicio de rehabilitación denota una baja considerable con respecto a ejercicio terapéutico ya que este solo se realiza en hospitalización, y en el 2017 reportaron también otros procedimientos que son ambulatorios de consulta. ext., esto disminuyó los resultados por el ajuste en la corrección, las acciones deberán tomarse al hacer la programación para el próximo periodo en base a los resultados obtenidos en este año (Indicador 46 del IMAE).

5. Para el porcentaje de Procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados. La causa del resultado fue por la mayor oportunidad en la atención y cumplimiento de los objetivos, aumento en el No. de pacientes que solicitan atención en procedimientos como tomografías, resonancias, así como endoscópicos y de Hemodinamia. Se rebasó la meta programada por el aumento de la demanda de pacientes con patologías complejas que requieren atención ambulatoria especializada, se debe considerar esta demanda para la programación de las metas en el siguiente periodo del año.

6. El porcentaje de Procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, el 100% se consideran como procedimientos terapéuticos complejos por que involucra la asistencia de equipo especializado.

7. La Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, urgencias y preconsulta), se cumplió con los objetivos gracias a una mayor oportunidad en la atención en pacientes que requieren una consulta de especialidad.

8. El porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica Hospitalaria recibida superior a 80 puntos, el resultado fue favorable ya que el servicio tuvo una mejor percepción y fue superior a lo programado originalmente, gracias al reforzamiento del trato digno en los servicios hospitalarios. Las acciones seguirán con reforzamiento del trato digno en los servicios hospitalarios.

9. El resultado de los expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la Norma SSA 004, tuvo un cumplimiento del 102.8% dentro de los objetivos establecidos, de una meta establecida en 78.9% y se alcanzó el 81.1% para este primer trimestre del año.

10. Con respecto a las auditorías clínicas Incorporadas, se establece una auditoría para el año, la cual se realiza en el último trimestre del año.

11. El porcentaje de ocupación hospitalaria, en este indicador existe una variación negativa de 10.7% causado por incidencias del personal médico, licencias sin goce de sueldo, debido a esto se rechazaron referencias y esto repercute en una baja productividad en la ocupación hospitalaria, se limita el ingreso de pacientes que solicitan una oportunidad de atención hospitalaria. Se verificará la programación para el próximo periodo y se considerará las incidencias que afecten la misma.

12. El promedio de días estancia, refleja una mayor estancia hospitalaria por tratarse de patologías complejas y que requieren atención especializada y el cumplimiento del 103.5% es aceptable.

13. La proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas, refleja un decremento del 16.7% respecto a la meta programada esto debido a incidencias de la parte médica, y el reforzamiento de los mecanismos para la aceptación de los pacientes, dando prioridad a las patologías más complejas que requieren equipo médico especializado. Incremento en el No. de referencias de pacientes que solicitan una oportunidad de atención hospitalaria.

Se verificará el otorgamiento de licencias del personal lo cual debilita las fortalezas del equipo humano.

14. La Tasa de infección nosocomial x 1000 días de estancia, por tratarse de patologías complejas y que requieren atención especializada la estancia hospitalaria es prolongada y mayor riesgo de infección nosocomial. Las acciones a tomar serán reforzar los procesos de prevención de las infecciones intra hospitalarias y manejo de los cuidados del paciente.

2.2.1 Total de Consultas.

Durante el primer trimestre de 2018 se ha beneficiado a la población con un total de 8,992 consultas y valoraciones de especialidad en los servicios de consulta externa, preconsulta y de admisión continua, las cuales se desglosan más adelante:

2.2.1.1 Productividad del personal médico.

El indicador de consultas por hora médico para este periodo tiene un promedio de 1.5 consultas. El indicador de consultas por consultorio refiere un promedio de 2.1 para este periodo del año, resultados obtenidos del (Indicador 1 del IMAE).

Para el indicador de proporción de consultas de primera vez/preconsultas el resultado es de 54.4%, ya se han mejorado los mecanismos para la aceptación de los pacientes, dando prioridad a las patologías más complejas que requieren equipo médico especializado (Indicador 2 IMAE).

El índice de concentración de consultas subsecuentes especializadas en este primer trimestre de 2018 presenta una proporción de 10.7 consultas subsecuentes por 1 consulta de primera vez, o sea un 1073%. Resultados del (Indicador 3 del IMAE).

2.2.1.2 Consulta externa y Preconsulta.

En la clasificación de consultas por tipo se proporcionó 603 Consultas de Primera Vez y 6,471 Consultas Subsecuentes. (Tabla 63).

Tabla 63. Servicio de Consulta Externa.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2017	% Cumplimiento de Meta Programada
Consultas de Primera Vez	802	603	-24.8	770	78.3
Consultas Subsecuentes	7,351	6,471	-12.0	6,751	95.9

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

Para este periodo que se informa se brindó en el área de consulta externa un total de 7,074 consultas, teniendo un decremento del 13.2% con respecto al año anterior en el que se otorgaron 8,153 y un alcance de meta del 94% con respecto a la meta programada en 7,521, así mismo con respecto a las preconsultas se registra un ligero decremento del 1.9%, ya que se realizaron en este primer trimestre 1,109 y el año anterior en este mismo periodo se realizaron 1,131 preconsultas y un cumplimiento del 102.4% de una meta establecida en 1,083 preconsultas. En total se obtuvo un cumplimiento del 95.1% de un total de 8,604 consultas otorgadas programadas, resultados del (Indicador 4 del IMAE). (Tabla 63.a).

Tabla 63.a Total de Consulta Externa y Preconsulta.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2016	% Cumplimiento de Meta Programada
Consulta Externa Totales.	8,153	7,074	-13.2	7,521	94
Preconsulta	1,131	1,109	-1.9	1,083	102.4
TOTAL	9,284	8,183	-11.9	8,604	95.1

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

En el cumplimiento de consultas por género se brindaron 4,376 consultas a pacientes de género femenino, que representa el 61.8% del total de la población atendida en el

servicio de consulta externa para este ejercicio. Respecto a pacientes de género masculino, se proporcionaron 2,698 consultas, que constituye el 38.2% del total de pacientes.

La edad promedio de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa es de 51 años. En este servicio se ha otorgado 26 consultas a pacientes provenientes de otros Estados de la República Mexicana: 18 de Oaxaca, 6 de Quintana Roo, 1 del Distrito Federal y 1 de Veracruz.

El decremento en el número de consultas se debió a la toma de licencias con goce de sueldos de un ginecólogo y un nefrólogo así como al ausentismo de un médico en terapia física y rehabilitación y un cirujano general por una beca no autorizada hasta el momento.

A continuación mencionaremos los 10 principales Centros de Referencias al Servicio de Consulta Externa, tabla 64.

No.	CENTRO DE REFERENCIA	PORCENTAJE
1	HOSPITAL GENERAL DE TAPACHULA	24.9 %
2	JURISDICCION SANITARIA No. VII, TAPACHULA	11.8 %
3	HOSPITAL GENERAL DE COMITAN	8.8 %
4	HOSPITAL GENERAL DE HUIXTLA	6.5 %
5	HOSPITAL BASICO COMUNITARIO DE PIJIJAPAN	4.1 %
6	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CHIAPAS NOS UNE, TUXTLA GUTIERREZ	4.0 %
7	HOSPITAL GENERAL DE TONALA	3.8 %
8	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEME), TAPACHULA	3.3 %
9	HOSPITAL GENERAL DE TUXTLA GUTIERREZ	2.5 %
10	IMSS PROSPERA DE MAPASTEPEC	2.5 %
	OTROS	27.8 %
	TOTAL	100.0 %

2.2.1.3 Principales causas de morbilidad.

Principales causas de consulta:

Tabla 65. Primera vez

N.	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO (CIE)	NO. DE DIAGNÓSTICOS	Tasa
1	NEOPLASIA [TUMORES]	C00-D48	144	23.9
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I99	79	13.1
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	K00-K93	74	12.3
4	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	Z00-Z99	63	10.4
5	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	S00-T98	45	7.5
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N00-N99	37	6.1
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00-G99	30	5.0
8	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	A00-B99	30	5.0
9	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	R00-R99	24	4.0
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	M00-M99	19	3.1
OTROS			58	9.6
TOTAL			603	100.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

2.2.1.4 Consultas en Admisión Continua.

Gracias a la atención de calidad proporcionada en el servicio de admisión continua que es la principal vía de acceso hospitalaria en el cual se realiza la identificación del paciente de acuerdo a su procedencia y la patología que presenta. En este primer trimestre del año 2018 el servicio tuvo un decremento del 19.4%, ya que se atendieron

809 valoraciones y en el año anterior 1004 de enero a marzo (Tabla 66), las atenciones brindadas fueron las siguientes:

Se brindaron 809 consultas de valoración, de las cuales 393 fueron brindadas a pacientes del género femenino lo que representa el (48.58% del total) y 416 a pacientes del género masculino que representa el (51.42%). La edad promedio de los pacientes atendidos en este servicio es de 48 años.

Pacientes Extranjeros: Se ha proporcionado Atención Médica a 10 pacientes extranjeros de los países de Belice, El Salvador, Honduras, Guatemala y Colombia.

Pacientes Indígenas: Se ha atendido a 5 pacientes de etnias indígenas del Estado de Chiapas, las cuales son Tzeltal y Tzotzil. Atenciones que dan cumplimiento al programa de Interculturalidad del Hospital.

La razón de urgencias calificadas atendidas es 3.7 por cada urgencia no calificada o sentida. (Indicador 5 del IMAE).

El porcentaje de internamientos a observación de urgencias en relación al total de las atenciones en admisión continua fue del 18% para este primer trimestre de 2018. (Indicador 6 del IMAE).

El porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias fue de 65.39%, ya que 529 ingresaron a hospitalización por admisión continua. (Indicador 7 del IMAE).

Tabla 66. Servicio de Admisión Continua.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación
Consultas de Admisión Continua.	1004	809	-19.4

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

En este periodo que se informa el porcentaje de ocupación en urgencias o admisión continua con 16 camas no censables habilitadas se sitúa en 51.24%, reflejándose un decremento del 14.68 con respecto al mismo periodo del año 2017 donde se obtuvo un 60.06% de Ocupación, resultados del (Indicador 8 del IMAE).

A partir del mes de marzo se disminuyó la aceptación de pacientes a admisión continua debido a la “incertidumbre de no contar con servicio subrogado de farmacia y de insumos por lo cual se realizó la disminución en la aceptación.

Con respecto a admisión continua el porcentaje de ocupación menor es debido a que el tiempo promedio de estancia en admisión continua por paciente es de 8 horas.

2.2.2 Atención Hospitalaria.

Se reportan para este periodo del año un total de 655 ingresos hospitalarios, que comparado con año anterior, donde se ingresó a un total de 800 pacientes, se observa un 18.1% de decremento esto se debió principalmente por incidencias del personal médico, licencias sin goce de sueldo, debido a esto no se redujo la aceptación de referencias en estas especialidades, pese a ello el cumplimiento fue del 94.9% con respecto a la meta de 690 ingresos que se estableció para este periodo.

En este periodo que se evalúa se han generado 614 egresos, lo que significa una variación negativa del 17.0% en relación al periodo del año 2017 en el que se egresaron a 740 pacientes, considerando el abasto tardío de algunos insumos como el retraso en la atención de los pacientes. A pesar de ello también se obtuvo el 87.8% de cumplimiento de la meta programada en 699 egresos.

2.2.2.1 Promedio de días estancia.

El indicador de Promedio de Días Estancia presenta un promedio de 7.0 días en este año, obteniendo un decremento del 5.1% con respecto al año anterior donde se aprecia un resultado de 7.4 días en promedio, resultados del (Indicador 9 del IMAE), el cumplimiento fue de 103.5% con respecto a la meta programada de 6.8 días promedio. Cabe mencionar que los pacientes hospitalizados presentan patologías complejas y el 38.0% de ellos requirieron de alguna intervención quirúrgica, como es el caso de pacientes tratados por los servicios de Neurocirugía, Oncología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y Otorrinolaringología. (Tabla 67)

2.2.2.2 Porcentaje de ocupación hospitalaria.

En este periodo que se informa el porcentaje de ocupación hospitalaria para 83 camas habilitadas se sitúa en 68.17%, reflejándose un decremento del 22.6% por abajo del año 2017 donde se obtuvo un 88.02% de ocupación. Con respecto al total (90 camas) censables el porcentaje de ocupación fue del 62.86%, resultados del (Indicador 10 del IMAE), obteniendo un decremento del 20.7% con respecto al año anterior donde se registró el 79.22%, (Tabla 67).

La disminución de la ocupación hospitalaria es secundaria a la disminución en la aceptación de pacientes por la falta de abasto de insumos por el cambio de empresa de farmacia y a los permisos y becas solicitadas por personal médico.

Tabla 67. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
% de 83 Camas	88.02	68.17	22.6	79.80	85.4

Habilitadas					
% de 90 Camas Totales	79.22	62.86	20.7	73.59	85.4

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

En lo concerniente al índice de rotación de camas en el periodo 2017 se observa un resultado de 9.14 egresos por cama, en este 1er. trimestre del año el resultado es de 6.82 egresos por cama datos del (Indicador 11 del IMAE) y reflejándose un decremento del 25.4% con respecto al año anterior (Tabla 68).

Tabla 68. Servicio de Hospitalización.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Ingresos	800	655	-18.1	690	94.9
Egresos	740	614	-17.0	699	87.8
Días Paciente	6,417	5,092	-20.6	5,961	85.4
Promedio de Días Estancia	7.4	7.0	-5.1	6.8	103.5
Índice de Rotación de Camas	9.14	6.82	-25.4	7.77	87.8
Intervalo de Sustitución	1.07	4.13	286	2.44	169.3

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

Es importante mencionar que se ha otorgado 8 atenciones en hospitalización a pacientes de origen extranjero, provenientes de Guatemala, El salvador, Belice, Honduras.

Además que se ha proporcionado 5 atenciones también a pacientes de etnias indígenas del Estado. Las etnias a las que pertenecen estos pacientes son: Tzeltal, Tzotzil.

Este resultado en los egresos nos refleja un intervalo de sustitución del 4.13 para este periodo del año, esto expresa los días en promedio que permanece una cama desocupada entre un egreso y un ingreso en el hospital, resultados del (Indicador 12 del IMAE).

Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos que cumplen lo establecido en la metodología de la Norma Oficial Mexicana el resultado fue de 81.1% obteniéndose el cumplimiento de la meta establecida en 78.9%, resultados del (Indicador 13 del IMAE).

En lo referente al porcentaje de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico que han sido referidos para atención médica por instituciones públicas de salud, para este periodo que se informa es de 97.9%, casi 100% de los pacientes son referidos de las instituciones públicas de salud del estado, resultados del (Indicador 14 del IMAE).

2.2.2.3 Principales causas de morbilidad y mortalidad.

Tabla 69. Principales causas de Egreso:

N.	10 Principales Causas de Morbilidad Hospitalaria	Código (CIE)	No. de Diagnósticos	Tasa
1	TUMORES [NEOPLASIAS]	C00-D48	181	29.5
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	K00-K93	86	14.0
3	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	N00-N99	79	12.9
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	I00-I99	60	9.8
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	S00-T98	56	9.1
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	M00-M99	35	5.7
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	A00-B99	24	3.9
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	J00-J99	23	3.8
9	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	Z00-Z99	18	2.9
10	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	G00-G99	15	2.4
OTROS			37	6.0
TOTAL			614	100.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

2.2.2.4 Egresos por mejoría.

Los resultados de los egresos por mejoría reportan en este periodo a 500 pacientes egresados por este motivo lo que representa el 81.4% resultados del (Indicador 15 del IMAE), en comparación con el año pasado en el cual se egresó a 658 pacientes por mejoría o sea un 88.9 por este motivo, se expresa un decremento del 24.0%.

Para este periodo se estableció una meta de 592 egresos por mejoría, obteniendo el 84.5% de cumplimiento (Tabla 70), la variación obedece a la disminución de ingresos en este periodo debido las incidencias de personal médico y a falta de insumos debido a la transición de empresa proveedora de servicios.

Tabla 70. Egresos por Mejoría.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Egresos por Mejoría	658	500	-24.0	592	84.5

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

El porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE, conforme a los criterios de clasificación internacional de enfermedades CIE-10 es del 100%. (Indicador 16 del IMAE).

2.2.2.5 Tasas de mortalidad

Durante este periodo del 2018 se registra una tasa de mortalidad bruta de 53.75 como lo expresa los indicadores del IMAE en el que se multiplica por mil, y un valor esperado que es de 50 al 70. (Indicador 19 del IMAE), con relación a la tasa de mortalidad ajustada en este año se obtuvo una tasa del 39.09, como lo expresa los indicadores del IMAE en el que se multiplica por mil, y un valor esperado en este indicador de 30 a 50 ubicándose en este indicador dentro de un rango aceptable, resultados del (Indicador 20 del IMAE) (Tabla 71).

Tabla 71. Tasa de Mortalidad.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Valor Esperado
Tasa de Mortalidad Bruta	43.29	53.75	24.2	50-70
Tasa de Mortalidad Ajustada	25.69	39.09	52.2	30-50

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-marzo 2018.

Tabla 72. Mortalidad hospitalaria

N.	10 Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria	Código (CIE)	No. de Diagnósticos	Tasa
1	NEOPLASIAS	C00-D48	9	14.7
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	K00-K93	6	9.8
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I99	6	9.8
4	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	A00-B99	5	8.1
5	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	S00-T98	3	4.9
6	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	E00-E90	2	3.2
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00-G99	1	1.6
8	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	D50-D89	1	1.6
9				
10				
OTROS				
TOTAL			33	53.7

TASA DE MORTALIDAD		
MORTALIDAD BRUTA	33	53.7
MORTALIDAD AJUSTADA	24	39.1
EGRESOS HOSPITALARIOS	614	

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

El grado de aceptación se refleja en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida y es del 95.4%, comparado con el mismo periodo del año anterior tenemos ligero decremento del 1.4% ya que el resultado de ese año fue de 96.8% (Indicador 21 del IMAE).

2.2.2.6 Productividad y utilización de quirófanos.

Durante este Primer Trimestre 2018 que se informa, se realizaron 602 Cirugías, con relación al periodo del año pasado, en el que se realizaron 785 Cirugías, con un 95.10% de cumplimiento de la meta, ya que se programaron 633 Cirugías. Brindando beneficios en este periodo que se informa a un total de 347 pacientes, de los cuales 157 son del género femenino y 190 del género masculino. La edad promedio de los pacientes intervenidos es de 47 años (Tabla 73).

Tabla 73. Cirugías.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Cirugías	785	602	-23.31	633	95.10
Cirugías Ambulatorias	57	36	-36.8	59	61.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

En relación al índice de utilización de salas de cirugía o medida de la utilización de salas de operaciones en relación a la duración programada de las intervenciones quirúrgicas, durante el periodo el indicador refleja 3.16%. (Indicador 24 del IMAE).

La proporción de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas a pacientes ambulatorios en relación con el total de cirugías mayores realizadas durante el periodo fue del 5.98%. (Indicador 25 del IMAE).

El porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva o proporción de procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo 7 días después de programados durante el periodo es de 0.58% (Indicador 26 del IMAE).

El porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva o proporción de cirugías electivas con diferimiento posterior a 7 días de establecida su necesidad de realización de la cirugía durante el periodo es de 0.77%. (Indicador 27 del IMAE).

La tasa de mortalidad quirúrgica por mil o proporción de defunciones post-intervención quirúrgica en relación con el total de cirugías realizadas es de 21.6 resultado del (Indicador 32 del IMAE).

La tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 hras.) por mil o proporción de defunciones post-intervención quirúrgica ajustada (72 hras.) en relación con el total de cirugías realizadas es de 11.6 resultado del (Indicador 33 del IMAE).

Año con año hemos logrado proporcionar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes y familiares, gracias a que contamos con un equipo multidisciplinario altamente capacitado y tecnología, para dar tratamientos de alta calidad dando solución a patologías mas complejas. Esto se ve reflejado en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos que a continuación se describen:

Urología. Con un total de 168 procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan: Reseccion transuretral (próstata y vesical), nefrolitotomias, litotricias (ureter, renal y vejiga), uretrotomía, nefrectomía unilateral, nefrostomía, nefrotomía, orquiectomía (unilateral y bilateral) y prostatectomía.

Cirugía General. Con un total de 86 procedimientos, entre los que sobresalen: Colectomía abierta, traqueostomía, gastrostomía, anastomosis de intestino delgado e intestino grueso, cierre de perforación de colón, colostomía, esplenectomía, hemicolectomía izquierda, hepatoportoenterostomía de kasai, pancreatomectomía total, reconstrucción de pared abdominal, ileostomía, y plastía de pared, umbilical e inguinal con malla.

Ginecología Oncologica. Con un total de 86 procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan: Histerectomía (total abdominal y radical), salpingooforectomía (unilateral y bilateral), mastectomía radical modificada unilateral, apendicectomía, colpoperineoplastia, colposuspension burch, excercis de lesion de mama y ovario, omentectomía, linfadenectomía, ooforectomía unilateral y salpingectomía (unilateral y bilateral).

Neurocirugía. Con un total de 57 procedimientos quirúrgicos, resaltando: Craneotomía, craneectomía, clipaje de aneurisma, colocacion de pericráneo, excercis tumoral, artrodesis, craneoplastia, discectomía, esquirectomía, reseccion transesfenoidal de hipofisis, retiro de mos de plastia craneal y plastia dural.

Oncología Quirúrgica. Con un total de 56 procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan: Disección ganglionar (axilar, iliaca y paraaortica), disección radical (cuello y axila unilateral), enterotomía, hemicolectomía derecha, hemitiroidectomía unilateral, histerectomía radical, ooforectomía bilateral, parotidectomía superficial, reconstrucción mamaria lateral, tiroidectomía total, gastrectomía total, salpingooforectomía bilateral, tumorectomía de mama unilateral, linfadenectomía, mastectomía radical modificada unilateral y yeyunostomía.

Traumatología y Ortopedia. Con un total de 55 procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan: Reducción abierta de fractura con fijación interna (cadera, fémur, tibia y peroné, clavícula, radio y cubito, carpianos y metacarpianos), artroplastía de rodilla unilateral, retiros de mos de tibia y clavícula unilateral, sinovectomía de rodilla unilateral, toma y aplicación de injerto oseo, acromioplastia, artrodesis, bursectomía, discectomía, colocacion y retiro de fijadores externos y amputacion supracondilea femoral unilateral.

Cirugía Máxilofacial. Con un total de 32 procedimientos quirúrgicos, entre los que sobresalen: Reducción abierta de fractura mandibular, reducción abierta de fractura malar y cigomática, reducción abierta de fractura maxilar, artroplastia temporomandibular, reconstrucción de orbita unilateral, reducción cerrada de fractura mandibular y retiro de mos de maxilar inferior.

Coloproctología. Con un total de 21 procedimientos quirúrgicos, en el que se realizó Fistulotomía, colectomía total, hemicolectomía derecha, plastia anal, ileostomía, esfinterotomía, y restitucion de tránsito intestinal, entre otros.

Cirugía Cardiovascular. Con un total de 14 procedimientos quirúrgicos, destacando: Drenaje y decorticacion de pleura, toma y aplicación de injerto radial, reconstrucción toracica de costillas, ventana pericardica, safenectomia y revascularización coronaria.

Otorrinolaringología. Con un total de 14 procedimientos quirúrgicos, destacando: Antrostomia bilateral, exanteración de órbita unilateral, miringoplastia unilateral, rinoseptoplastia, turbinoplastía, traqueostomia, septoplastia, maxilectomia radical unilateral y reseccion de lesion.

Oftalmología. Con un total de 8 procedimientos quirúrgicos, entre los que sobresalen: Extracción extracapsular de cristalino unilateral, colocación de lente intraocular unilateral, evisceración de ojo unilateral con implante ocular y queratectomia.

Trasplantología. Con un total de 2 procedimientos quirúrgicos derivados de trasplante los cuales son: Cistoscopia y retiro de cateter JJ.

Cirugía Vasculat Periférica. Con un total de 2 procedimientos quirúrgicos, siendo 2 Safenectomías.

Cirugía Cardioracica. Con un total de 1 procedimientos quirúrgico, realizándose: Biopsia pulmonar a cielo abierto.

2.2.2.7 Terapia intensiva.

En terapia intensiva se ha proporcionado atención a 49 pacientes que requirieron atención en este Servicio hospitalario. Comparado con el año pasado en el que se ingresó a 57 pacientes, lo que nos refleja un decremento del 14.0%.

En este periodo se egresaron un total de 47 pacientes, obteniendo un decremento del 13.0% en relación al año pasado en el que se egresó a 54 pacientes.

El porcentaje de ocupación en el servicio de terapia intensiva se expresa para este 2018 en 25.95%, teniendo un balance negativo de 21.1% respecto al 2017 en el que se reflejó un 32.87%, esto debido a una pronta estabilización que se ha logrado de los pacientes

en estado crítico en este servicio; (Indicador 34 del IMAE) y un cumplimiento del 77.7%, de una programación estipulada en 33.4% de ocupación en este servicio (Tabla 74).

Tabla 74. Servicio de Terapia Intensiva.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2017	% Cumplimiento de Meta Programada
Ingresos	57	49	-14.0	58	84.5
Egresos	54	47	-13.0	57	82.5
% de ocupación	32.87	25.95	-21.1	33.4	77.7

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

2.2.2.8 Infecciones Nosocomiales.

Durante el primer trimestre del 2018 el Comité para la detección y control de Infecciones intrahospitalarias, realizó 3 sesiones ordinarias.

Se realizaron actividades del programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS), seguimiento de la cédula de control de las IAAS, y capacitaciones; así mismo se realizan actividades de vigilancia de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica con notificación oportuna de los casos, entre otras actividades.

Las actividades en comento se realizaron en el turno matutino; el turno vespertino realiza seguimiento y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica.

Se realizaron actividades en la Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria (UVEH) derivadas del Programa de control de Infecciones en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, así como de los Estándares de Certificación de Hospitales 2015, editado por el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica y el Secretariado de Salubridad General; buscando dirigir las actividades a los estándares centrados en la gestión "Prevención y Control de Infecciones" de dicho documento.

A partir de estos lineamientos, se realizó vigilancia activa y continua, con el fin de mantener la prevención y el control permanentes de las infecciones nosocomiales, así como la detección y control de forma inmediata de cualquier brote infeccioso que pudiera presentarse.

Durante éste trimestre se realizó un seguimiento constante a la prevalencia e incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, presentándose los resultados de la vigilancia y seguimiento en cada reunión del CODECIN.

El día 26 de enero de 2018 fue re-instalado el CODECIN mediante la lectura y firma del Acta Constitutiva correspondiente, sin embargo, por cambio de personal en los puestos que integran el Comité como vocales, se realizó nuevamente re-instalación del comité el día 16 de marzo de 2018.

Las actividades de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria se basan en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, incluyendo la Cédula de Control de IAAS. Se hace énfasis en la notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica (morbilidad materna, dengue, Chikungunya, Zika, Leptospirosis, Brucelosis, Hepatitis, Parálisis flácida aguda, entre otras).

Se ha participado en las capacitaciones de personal estudiantil, becario (pasantes de enfermería, médicos internos de pregrado residentes) en higiene de manos y Vigilancia epidemiológica hospitalaria.

Se ha realizado capacitación de higiene de manos a pacientes y familiares diariamente, así mismo se ha capacitado nuevamente a personal de enfermería de las distintas áreas y turnos en el llenado del formato de check list de paquetes preventivos de las IAAS.

Con lo descrito anteriormente, se hace necesaria la participación activa del CODECIN con todos sus componentes para todas las actividades que se requieren en la Prevención, Detección y Control de las IAAS.

La tasa de infecciones nosocomiales x 1000 días estancia para este periodo ene-mar 2018 fue de 4.73%, teniendo una disminución del 9.3%, con respecto al año al año anterior que fue del 5.10. (Tabla 76), (Indicador 38 del IMAE).

Tabla 76. Tasa de Infecciones Nosocomiales x 1000 días estancia.

Indicador	Ene-Mar 2017	Ene-Mar 2018	% de Variación	Valor Esperado
Tasa de Infecciones nosocomiales x 1000 días estancia	5.10	4.73	-9.3	7.6

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

La tasa de infecciones nosocomiales por egresos de este primer trimestre del año es de 4.07%, lo que da como resultado un incremento del 7.6% respecto al ejercicio anterior, que fue de 3.78% (Tabla 75).

Tabla 75. Tasa de Infecciones Nosocomiales.

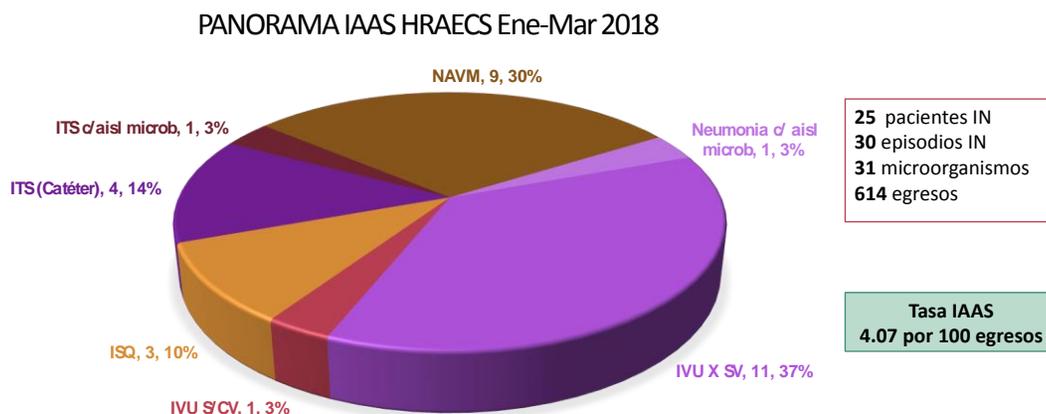
Indicador	Ene-Mar 2017	Ene-Mar 2018	% de Variación	Valor Esperado
Tasa de Infecciones Nosocomiales x 100 egresos	3.78	4.07	7.67	5.5

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

La tasa de infección nosocomial en terapia intensiva x 1000 días estancia para este primer trimestre que se reporta fue de 24.39, (Indicador 39 del IMAE), que

comparativamente con el periodo anterior denoto el incremento, ya que fue de 0% en la tasa.

Grafica 1. Tasa de Infecciones Nosocomiales



Microorganismos aislados de IN HRAECS Ene-Mar 2018

Microorganismos	Total	%
Pseudomonas aeruginosa	11	35.5
Acinetobacter baumannii	5	16.1
Klebsiella pneumoniae	3	9.7
Escherichia coli	3	9.7
Stenotrophomona maltophilia	2	6.5
Pseudomonas putida	1	3.2
Staphylococcus aureus	1	3.2
Candida albicans	1	3.2
Staphylococcus haemolyticus	1	3.2
Candida tropicalis	1	3.2
Enterobacter cloacae	1	3.2
Enterobacter faecalis	1	3.2
Total: 31 microorganismos	BLEE POSIT	

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria HRAECS, 2018

Tabla 77. ACCIONES ACORDADAS

ACUERDOS	RESPONSABLE	FECHA DE SOLUCIÓN
Reforzamiento de la campaña de lavado de manos (Estudio de sombra)	CODECIN / UVEH	Permanente
Verificación y seguimiento de la implementación del Check List de Auditoría clínica y paquetes preventivos	Personal de enfermería / UVEH	Permanente
Mejorar la supervisión de procesos de manejo y cuidados postquirúrgicos inmediatos y tardíos	Atención hospitalaria / Clínica de heridas	Permanente
Continuar con los programas de educación continua para la capacitación, adiestramiento y evaluación del personal respecto a las IAAS	Atención hospitalaria, enseñanza, CODECIN, UVEH	Permanente

2.2.2.9 Indicadores de utilización de equipos:

Los equipos de radiología en este 1er. trimestre del año 2018, presentaron un porcentaje de utilización de 86.8%, comparado con el mismo periodo del 2017 donde el porcentaje de utilización fue de 96.8%.

El porcentaje de utilización de los equipos de ultrasonido para este año de 2018 se ubica en 26.0%. Comparado con el mismo periodo del 2017 donde el porcentaje de utilización fue de 33.2%.

La utilización de equipos de tomografía axial en este periodo evaluado, se obtiene el 64.8%, en este tipo estudio de si hubo un incremento considerable del 57.3% comparado con el mismo periodo del año anterior 2017 que fue de 41.2%.

El porcentaje de utilización de los equipos de resonancia magnética para este periodo es de 24.5% reportándose un decremento del 10% comparado con el mismo periodo del 2017 de un porcentaje de utilización del 27.2%.

2.2.2.10 Indicadores de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (procedimientos ambulatorios):

Se registraron en este primer trimestre del año los siguientes procedimientos:

81 estudios de Audiología,



20 Procedimientos de Oftalmología

45 en el servicio de Hemodinamia,

17,206 en Inhaloterapia,

377 estudios de Electrocardiogramas,

140 Ecocardiogramas,

588 estudios de Anatomía Patológica,

1,613 estudios de Rayos X,

481 Ultrasonidos,

1,122 Tomografías Axiales Computarizadas,

275 Resonancias Magnéticas,

31 Procedimientos de Cirugía Máxilofacial,

55,183 estudios de Laboratorio de los cuales 47,279 fueron Generales y 7,904 Especializados.

Con relación al porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados tenemos un indicador del 41.16% y en el mismo periodo del año anterior fue del 33.82 y con esto obteniendo un incremento del 21.7%, resultados del (Indicador 47 del IMAE).

El porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados para este periodo es del 100%, ya que las quimios deben ser consideradas como procedimientos terapeuticos complejos por que involucra la asistencia de equipo especializado y anteriormente se consideraban como no complejas, resultados del (Indicador 48 del IMAE).

Estudios de Rayos X:

En este primer trimestre de 2018 se realizaron 1,613 estudios, lo que indica decremento de 11.4% respecto a los 1,821 estudios realizados el primer trimestre del año anterior; pero logrando un cumplimiento del 97.2% de una meta programada en 1660 estudios y brindándose atención a 985 pacientes (Tabla 78).

Tabla 78. Estudios de Rayos X.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Rayos X	1,821	1,613	-11.4	1,660	97.2

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS Enero-Marzo 2018.

Estudios de Ultrasonidos:

En este periodo se realizaron 481 estudios, obteniendo un decremento del 23.0% con respecto al número obtenido el año anterior que fue de 625 estudios. En lo que respecta a la meta programada para este año de 596 estudios, el porcentaje de cumplimiento que se logró fue de un 80.7% otorgando el servicio a 424 pacientes (Tabla 78a).

Tabla 78a. Estudios de Ultrasonido.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Ultrasonido	625	481	-23.0	596	80.7

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

Estudios de Tomografía:

En este periodo del año se han realizado 1,122 estudios, obteniendo un incremento del 52.0% con respecto al año anterior que fue de 738 estudios, y en cuanto al porcentaje de cumplimiento se consiguió un 174.0%, ya que se programaron 645 estudios para este año, y se ofreció atención a 512 pacientes (Tabla 79).

Tabla 79. Estudios de Tomografía.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Tomografía	738	1,122	52.0	645	174.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

Estudios de Resonancia Magnética:

En este periodo que se informa se han realizado 275 estudios, obteniendo un decremento del 13.2% con respecto al año anterior que fue de 317 estudios, pero

logrando un cumplimiento de la meta programada que fue de 360 estudios del 76.4% y se Brindó atención a 166 pacientes (Tabla 80).

Tabla 80. Estudios de Resonancia Magnética.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2017	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Resonancia Magnética	317	275	-13.2	360	76.4

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

Estudios de Mastografías:

Incluimos para este periodo que se informa las mastografías, realizándose 217 estudios, obteniendo un incremento del 239% con respecto al año anterior en el que se realizaron 64 estudios en este mismo periodo, esto debido a la apertura de estudios de este tipo por la creciente demanda en la localidad y se Brindó atención a 161 pacientes (Tabla 81).

Tabla 81. Estudios de Mastografías.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2017	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Mastografía	64	217	239	209	103.8

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

En otros estudios realizados por el servicio de Imagenología se encuentran los siguientes:

Fluoroscopias: 43 estudios, atendiendo a un total de 41 pacientes.

Ortopantomografías: 32 estudios, proporcionando atención a 30 pacientes.

Estudios de Anatomía Patológica:

En este periodo del año se han realizado 588 estudios, observándose un decremento del 6.8% con respecto al año anterior en que se realizaron 631 estudios. En relación al cumplimiento de la meta se consiguió un 87.0%, ya que se programaron 676 estudios y se proporcionó atención a 378 pacientes (Tabla 82).

Tabla 82. Estudios de Anatomía Patológica.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Anatomía Patológica	631	588	-6.8	676	87.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018 .

Estudios de Electrocardiogramas:

En este periodo se han realizado 377 estudios, obteniendo un decremento del 14.9% con respecto al año anterior que fue de 443 estudios. En lo que concierne a la meta programada para este año de 449 estudios, el porcentaje de cumplimiento fue de un 84.0%, otorgando el servicio a 374 pacientes (Tabla 83).

Tabla 83. Estudios de Electrocardiogramas.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Electrocardiogramas	443	377	-14.9	449	84.0

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

Procedimientos de Inhaloterapia.

Se han realizado 17,206 Procedimientos (Tabla 84), y se ha logrado brindar atención a 75 pacientes. La meta alcanzada para este servicio es de 90.2 %, ya que se programaron 19,070 Procedimientos.

Tabla 84. Procedimientos de Inhaloterapia.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Inhaloterapia	23,548	17,206	-26.9	19,070	90.2

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística HCS. Enero-Marzo 2018.

Servicio de Hemodinamia.

En este periodo del año se han realizado 45 procedimientos, teniendo un decremento del 4.3% con respecto al año anterior en el que se llevaron a cabo 47 Procedimientos.

Esta baja en la productividad se debió principalmente a los periodos vacacionales tomados en enero y marzo de este año.

Los procedimientos que se realizaron en este primer trimestre 2018 se clasifican de la siguiente manera: 18 estudios contrastados, 10 procedimientos terapéuticos, 14 procedimientos de la clínica de marcapasos y 3 procedimientos del taller de hemodinamia. La atención de este servicio se otorgó a un total de 31 pacientes (Tabla 85).

Tabla 85. Servicio de Hemodinamia.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Acciones de Hemodinamia	47	45	-4.3	59	76.3

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

2.2.2.11 Estudios de laboratorio.

En este periodo que se evalúa se han realizado 55,183 estudios de Laboratorio, lo cual refleja un incremento en la productividad del 2.6% en comparación con el año anterior en el que se realizaron 53,806 estudios. La meta programada para este año fue de 55,694 estudios, lo cual indica un porcentaje de cumplimiento del 99.1 % (Tabla 86).

Tabla 86. Estudios de Laboratorio.

Indicador	Enero-Marzo 2017	Enero-Marzo 2018	% de Variación	Meta Programada Enero-Marzo 2018	% Cumplimiento de Meta Programada
Estudios de Laboratorio	53,806	55,183	2.6	55,694	99.1

FUENTE: Concentrado de Productividad Hospitalaria del Área de Estadística del HRAECS. Enero-Marzo 2018.

Cabe mencionar que por cada paciente egresado se realiza un promedio de 35 estudios y por cada paciente de Consulta Externa un promedio de 3.5 estudios.

El 85.68 % de los estudios realizados en el servicio de laboratorio son estudios generales (química clínica, hematología, coagulación, uroanálisis y microbiología) y el 14.32 % restante son estudios especializados (gasometría, genética molecular aplicada, inmunología, servicio transfusional y estudios subcontratados externos).

El total de pacientes atendidos en este servicio fue de 6,704 y el número de unidades trasfundidas es de 399, sin presentar incidentes.

2.2.2.12 Atención social integral en Salud.

La Contribución eficaz del equipo de trabajo social es muy importante, ya que no solo orientan, si no que también proporcionan información, gestionan y promocionan nuestros servicios con calidez de una manera adecuada y oportuna, facilitando así a nuestros usuarios los trámites y servicios necesarios que requieren.

Cabe destacar que gracias al análisis realizado por el nivel o status socioeconómico se logra identificar los niveles, atributos o carencias de nuestros usuarios ya sean estos (as) laborales, económicos o educativos por mencionar algunos, asignando así una categoría de acuerdo a su status social.

A continuación, se observa la distribución de población atendida por nivel socioeconómico en este primer trimestre Ene-Mar 2018:

NIVEL SOCIOECONOMICO	PORCENTAJE
1X, 1 y 2	97.90%
3 y 4	1.91%
5 y 6	0.19%

Dentro de las funciones realizadas por el equipo de trabajo social que han beneficiado oportunamente a nuestros usuarios tenemos las siguientes:

Tabla 87. ACCIONES DE TRABAJO SOCIAL

ACCIONES	TOTAL ENE-MAR 2018
ORIENTACIONES	2527
PASES PERMANENTES PARA FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	385
CAPTACION DE REFERENCIAS	1,489
ESTUDIOS SOCIOECONOMICOS	524
VISITAS HOSPITALARIAS	240
CONSTANCIA DE ATENCION MEDICA CUANDO ES SOLICITADA POR EL PACIENTE	13
VISITAS DOMICILIARIAS	10
CONTRARREFERENCIAS	120
INTEGRACION DE EXPEDIENTES PARA SOLICITUD DE APOYO (MARCAPASO, TRASPLANTE RENAL Y CORNEA)	2
TRASLADOS	12

El índice de estudios socioeconómicos por trabajador(a) social o estudios socioeconómicos realizados por trabajadora social, en el periodo a evaluar es de 15.4, resultados del (Indicador 75 del IMAE).

El índice de camas por trabajador(a) social o número de camas censables por trabajadora social para este periodo a evaluar es igual a 2.6 resultados del (Indicador 76 del IMAE).

2.2.2.13 Indicadores de Farmacia (Abasto de Medicamentos).

El porcentaje de abasto de medicamentos fue de 99.06%, representa la proporción de recetas surtidas en relación al total de recetas emitidas en los servicios de atención médica, (Indicador 78 del IMAE).

El porcentaje de medicamentos genéricos adquiridos fue de 99.05%, esto representa la proporción de medicamentos genéricos surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos, (Indicador 79 del IMAE).

El Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos fue de 0.95%, se refiere a la proporción de medicamentos de patente surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos, (Indicador 80 del IMAE).

El Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación fue de 100%, se refiere a la proporción de medicamentos adquiridos por licitación pública en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución, esto denota que no hubo medicamentos adquiridos por adjudicación directa. (Indicador 81 y 82 del IMAE).

2.2.2.15 Planeación y Vinculación Social.

INFORME DE LA CLINICA DE TANATOLOGIA.

Durante el primer trimestre del año, la Clínica de Tanatología realizó diversas actividades que a continuación se describen:

- Se realizaron visitas hospitalarias de manera conjunta con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos abarcando los servicios de Hematología, Oncología Médica y el Servicio de Quimioterapia Ambulatoria, Hospitalización A, B y C, brindando el acompañamiento Tanatológico necesario, auxiliando a los pacientes y familiares en la identificación correcta de sus emociones para la correcta elaboración de su duelo, logrando la intervención de manera oportuna y eficiente.
- Los días dardes se cuenta con el apoyo de la Fundación Risas, Sonrisas y Tuerquitas para llevar Risoterapia a los pacientes hospitalizados y a sus familiares.



- Se distribuye trípticos para dar a conocer el horario de atención y servicios que se brindan en las Clínicas de Tanatología y del Dolor.
- Se cuenta con personal voluntario quienes colaboran en brindar terapia ocupacional con pacientes de larga estancia.
- Se proporciona material didáctico (juegos de crucigrama, sopas de letras, revistas, libros, etc) con la finalidad de combatir el estrés en el paciente o familiar.
- Se lleva a cabo la primera función de cine con motivo del Día del Amor y la amistad con pacientes hospitalizados y pacientes de la consulta externa. (Fotos en Anexos).



- Se lleva a cabo evento de cambio de imagen en pacientes mujeres con motivo del Día de la Mujer con el objetivo de realzar la belleza femenina, pero sobre todo mejor el estado de salud emocional en ellas; se cuenta con el apoyo de personal adscrito a la institución, personal del voluntariado de la clínica así como el apoyo de un Fotógrafo Profesional para realizar la toma de fotos de cambio de imagen mismas que fueron tomadas con el consentimiento de las pacientes y así mismo se les obsequio la impresión de las mismas. (Fotos en Anexos).



- Se realizan un total de 220 intervenciones de apoyo Tanatológico con pacientes y familiares de pacientes hospitalizados.

2.2.2.16 Funcionamiento de comités.

Los comités técnico-médicos son elementos fundamentales de vigilancia del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS), su misión es establecer o mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación; son el eje de la gestión hospitalaria para el cuidado de la salud de la población a la que servimos.

Se constituyen como órganos de asesoría para el cuerpo de gobierno del hospital con el objetivo de mejorar el desarrollo de los servicios de la institución mediante acciones que

favorezcan la implantación de recomendaciones específicas; así como garantizar la vigencia en los procesos de auditorías para acreditaciones por Catalogo Universal de los Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC).

En el HRAECS a partir de enero 2018, la Dirección General Adjunto y Coordinación de Calidad modificaron la programación de reuniones de comités con la finalidad de garantizar su operación y funcionamiento y como estrategia se programan reuniones de 8 a 9 horas (Imagen 1 y 2), considerando un solo comité por día con el objetivo de no afectar la funcionalidad y operatividad de los servicios con el personal que integran los comités.

Se modificaron y estandarizaron formatos de integración y funcionamiento de todos los comités permitiendo mejor organización y seguimiento de acuerdos de cada comité, se cuenta con un 80% de Manuales de Integración y Funcionamiento actualizado de cada comité, el 20% restante se encuentra en proceso de elaboración y revisión, permitiendo que todos los integrantes de cada comité conozcan el objetivo y su función como participante en el comité.

El presidente de los Comité considera de relevancia la reunión periódica con los Secretarios Técnico de cada comité para el seguimiento y cumplimiento de cada acuerdo.

Calendario de Reuniones de los Comités, ilustración 6.

COMITES		SECRETARIO TÉCNICO	HORARIO	MESES											
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COCASEP	P	MTRA. MA DEL ROSARIO NIEVES GARCÍA	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		12/02/2018		30/04/2018		12/06/2018		21/08/2018		31/10/2018		11/12/2018
	E														
CODECIN	P	DR. JOSÉ GABRIEL NAJERA CANCINO	09:00 - 10:00												
	R		HRAECS	26/01/2018	16/02/2018	16/03/2018	20/04/2018	18/05/2018	15/06/2018	13/07/2018	17/08/2018	21/09/2018	19/10/2018	16/11/2018	14/12/2018
	E														
MORBI-MORTALIDAD	P	DR.FERNANDO GEORGE AGUILAR	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		07/02/2018			23/05/2018			15/08/2018			15/11/2018	
	E														
EXPEDIENTE CLÍNICO	P	DR. JORGE ARMANDO QUEZADA RODRIGUEZ	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		01/02/2018	26/03/2018	27/04/2018	07/05/2018	01/06/2018	31/07/2018	27/08/2018	24/09/2018	29/10/2018	26/11/2018	21/12/2018
	E								25/06/2018						
FARMACIA Y TERAPÉUTICA	P	LF. FABIAN TOCHIHUILT BUENO	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		13/02/2018			11/05/2018			24/08/2018			19/11/2018	
	E														
MEDICINA TRANSFUSIONAL	P	M.C. BLANCA LIDIA GALVEZ CAMAS	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		23/02/2018			09/05/2018			31/08/2018			08/11/2018	
	E														
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	P	MTRA.JULIETA CONTRERAS MEJIA	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		14/02/2018	14/03/2018	11/04/2018	15/05/2018	13/06/2018	11/07/2018	22/08/2018	17/09/2018	17/10/2018	23/11/2018	06/12/2018
	E														
INSUMOS	P	CP.VERONICA AGUILAR CONSTANTINO	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		06/02/2018		03/04/2018		05/06/2018		07/08/2018		02/10/2018		04/12/2018
	E														
SUBCOCASEPSE	P	MTRA.KARINA ADRIANA ROJAS MENDOZA	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS	24/01/2018 10:00 A 11:00	15/02/2018	15/03/2018	12/04/2018	22/05/2018	14/06/2018	26/07/2018	13/08/2018	13/09/2018	11/10/2018	14/11/2018	05/12/2018
	E														
EVENTOS ADVERSOS	P	MTRA.KARINA ADRIANA ROJAS MENDOZA	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS	25/01/2018	22/02/2018	23/03/2018	26/04/2018	31/05/2018	28/06/2018	23/07/2018	30/08/2018	27/09/2018	25/10/2018	29/11/2018	10/12/2018
	E														
INVESTIGACIÓN	P	DRA. MA GUADALUPE TRUJILLO VIZUET	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS	23/01/2018		06/03/2018		17/05/2018		03/07/2018		04/09/2018		06/11/2018	
	E			23/01/2018											
ETICA DE LA INVESTIGACION	P	OFB: FABIOLA YESELINE ZAMUDIO CASTELLANOS	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		08/02/2018	20/03/2018		29/05/2018		16/07/2018		18/09/2018		20/11/2018	
	E														
BIOSEGURIDAD	P	OFB: FABIOLA YESELINE ZAMUDIO CASTELLANOS	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS		09/02/2018	22/03/2018			04/06/2018	17/07/2018		20/09/2018		22/11/2018	
	E														
BIOÉTICA	P	OFB. ROBERTO ALEJANDRO SANCHEZ GONZALEZ	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS	17/01/2018		21/03/2018		16/05/2018		18/07/2018		19/09/2018		21/11/2018	
	E			17/01/2018											
RPBI	P	MTR. FERNANDO ORDAZ COUTIÑO	08:00 - 09:00												
	R		HRAECS	30/01/2018		27/03/2018		28/05/2018		30/07/2018		25/09/2018		27/09/2018	
	E														

CONCEPTO		SECRETARIO TÉCNICO	HORARIO	MESES											
			LUGAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ENSEÑANZA	P	DR. SERGIO CONTRERAS LOPEZ	08:00 - 09:00 HRAECS			19/03/2018				12/07/2018				09/11/2018	
	R														
	E														
BIBLIOTECA	P	DR. SERGIO CONTRERAS LOPEZ	08:00 - 09:00 HRAECS			19/03/2018				12/07/2018				09/11/2018	
	R														
	E														
SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE DESASTRES	P	DR. JOSÉ A. VELÁZQUEZ DE LA ROSA	8:00 - 9:00 HRAECS		20/02/2018			24/05/2018			23/08/2018			13/11/2018	
	R														
	E														
DONACIÓN Y TRASPLANTES	P	LIC. DIANA LIZETH ALFARO SILVA	08:00 - 09:00 HRAECS	31/01/2018		28/03/2018		30/05/2018		25/07/2018		14/09/1900		28/11/2018	
	R														
	E														
SUBCOMITÉ DE EDIFICIO LIBRE DE HUMO DE TABACO	P	LTS. LUIS ENRIQUE HURTADO MORGA	8:00 - 9:00 HRAECS	29/01/2018		29/03/2018		14/05/2018		27/07/2018		26/09/2018		30/11/2018	
	R														
	E														
HEMODIALIS	P	MTRA. MONICA GRISEL RODAS COSSIO	08:00 - 09:00 HRAECS		21/02/2018			25/05/2018			29/08/2018			12/11/2018	
	R														
	E														
COMISION EVALUADORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULO A LA CALIDAD DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL EN SALUD	P	DR. SERGIO CONTRERAS LOPEZ	8:00 - 9:00 HRAECS												
	R														
	E														
SECRETARIOS TECNICOS	P	CORDINADORA MTRA MARIA DEL ROSARIO NIEVES GARCIA	8:00 - 9:00 HRAECS				05/04/2018			06/07/2018			05/10/2018		07/12/2018
	R														
	E														

COCASEP

El Comité coordina y analiza acciones en el ámbito de calidad de las unidades de salud para que favorezca la buena práctica profesional, la difusión de avances en calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería del HRAECS, así como la orientación a los usuarios, a favor de la calidad y el trabajo permanente de revisión y mejora continua.

A si mismo integra y dinamiza el funcionamiento de los Comités hospitalarios para dar cumplimiento a los requerimientos de calidad y seguridad de los usuarios.

Durante el primer trimestre del 2018 se reinstalo y se ha dado continuidad a los acuerdos en proceso y permanentes del Comité, se sigue trabajando con el Plan de Mejora continua, dando seguimiento a todas las acciones a realizar en el Hospital.

Se dio a conocer la Campaña “CAFÉ – ALBERGUE CD SALUD”. A los integrantes del comité con la finalidad se difunda a su personal a cargo. Con el albergue favorecerá a los familiares de los pacientes para una estancia favorable.

Se hizo entrega de reconocimientos a los secretarios técnicos del año 2017 por su compromiso y profesionalismo.

Se dio continuidad a los compromisos que se tienen para lograr la acreditación de Hepatitis “C”. Estaba programada para el 05 de marzo, se recibieron a los auditores del 05 al 09 de marzo, sin embargo por indicaciones de la Dirección de Calidad y Educación en Salud se cambió la fecha del 12 al 14 de marzo; y se realizó la trazabilidad de los procesos, las cédulas de hepatitis “C” estaban en 98% así mismo estaban pendiente las visitas por la re acreditación de Cáncer cérvico uterino y cáncer de mama.

Fortalecimiento con los proyectos de mejora se acordó en el CODECIN que se van a trabajar proyectos con los resultados de INDICAS II y proyectos encaminados a la certificación del laboratorios se invitó a los jefes a proponer proyectos de mejora que beneficie al Hospital.

Se presentaron los resultados de los Eventos Adversos del periodo y se informó a los servicios que notificaban cuasi falla eventos adversos y centinelas y Personal involucrado y concluyo con las acciones de mejora para la seguridad de los pacientes.

Se comentó el monitoreo continuo de los indicadores de calidad para dar cumplimiento a la captura en la plataforma INDICAS II y difundir los resultados visibles para los usuarios y personal de salud, las jefaturas que reportan son consulta externa, admisión continua, jefatura de cirugía, jefatura de epidemiología, coordinadora de calidad en enfermería.

El resguardo de información que se generó del Sistema Unificado de Gestión (SUG) estará en la Coordinación de Calidad.

Se dio seguimiento al Modelo de Gestión de Calidad se continua trabajando con todas las áreas, se fortalecerá los procesos y manuales y se tiene la fortaleza de contar con Hospital Verde, Hospital Seguro. El desarrollo del proyecto de café- albergue de Ciudad Salud es parte del Modelo de Gestión.

Se realizará las actividades relacionadas a las acciones esenciales para la seguridad del paciente, se presentará en sesión general para fortalecer al personal multidisciplinario.

COMITÉ DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Durante el primer trimestre del 2018, el Comité del Expediente Clínico se reestructura y reinstala; en este periodo se realizaron 3 sesiones Ordinarias, con la finalidad de Fortalecer el Llenado del Expediente Clínico, se autorizan 2 formatos de Enfermería:

1.- Hoja de notas y registros clínicos de enfermería en clínica del dolor y cuidados paliativos y Hojas de notas.

2.- Registros clínicos de hemodiálisis.

Se evaluaron 90 Expedientes Clínicos abiertos y cerrados, de los cuales 72 de estos cumplen con los criterios de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 obteniendo un 69% de cumplimiento de la revisión de expedientes.

CODECIN.

Durante el periodo a reportar, el Comité para la Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias, realizó 3 sesiones ordinarias, periodo en el que se contó con tres epidemiólogos turno matutino, vespertino y nocturno A, y dos enfermeras sanitaristas en el turno matutino.

Se realizaron actividades del Programa de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), seguimiento de la Cédula de Control de las IAAS, y capacitaciones; así mismo se realizaron actividades de vigilancia de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica con notificación oportuna de los casos, entre otras actividades.

Las actividades se realizaron en el turno matutino; el turno vespertino realizando seguimiento y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica.

En este periodo se programaron y realizaron actividades en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) derivadas del Programa de Control de Infecciones en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, así como de los Estándares de Certificación de Hospitales 2015, editado por el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica y el Secretariado de Salubridad General; buscando dirigir las actividades a los estándares centrados en la gestión "Prevención y Control de Infecciones" de dicho documento.

A partir de estos lineamientos, se realizó vigilancia activa y continua, con el fin de mantener la prevención y el control permanentes de las infecciones nosocomiales, así como la detección y control de forma inmediata de cualquier brote infeccioso que pudiera presentarse.

Durante este trimestre se realizó un seguimiento constante a la prevalencia e incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, presentándose los resultados de la vigilancia y seguimiento en cada reunión del CODECIN.

El día 26 de enero de 2018 fue re-instalado el CODECIN mediante la lectura y firma del Acta Constitutiva correspondiente, sin embargo, por cambio de personal en los puestos que integran el Comité como vocales, se realizó nuevamente re-instalación del comité el día 16 de marzo de 2018.

Las actividades de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria se basan en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, incluyendo la Cédula de Control de IAAS. Se hace énfasis en la notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica (morbilidad materna, dengue, Chikungunya, Zika, Leptospirosis, Brucelosis, Hepatitis, Parálisis flácida aguda, entre otras).

Se ha participado en las capacitaciones de personal estudiantil, becario (pasantes de enfermería, médicos internos de pregrado residentes) en higiene de manos y Vigilancia epidemiológica hospitalaria.

Se ha realizado capacitación de higiene de manos a pacientes y familiares diariamente, así mismo se ha capacitado nuevamente a personal de enfermería de las distintas áreas y turnos en el llenado del formato de check list de paquetes preventivos de las IAAS.

Con lo descrito anteriormente, se hace necesaria la participación activa del CODECIN con todos sus componentes para todas las actividades que se requieren en la Prevención, Detección y Control de las IAAS.

La tasa de infecciones nosocomiales durante el primer trimestre 2018 fue de 4.07%, teniendo una variación del -0.33% menos al año anterior. (Tabla 1)

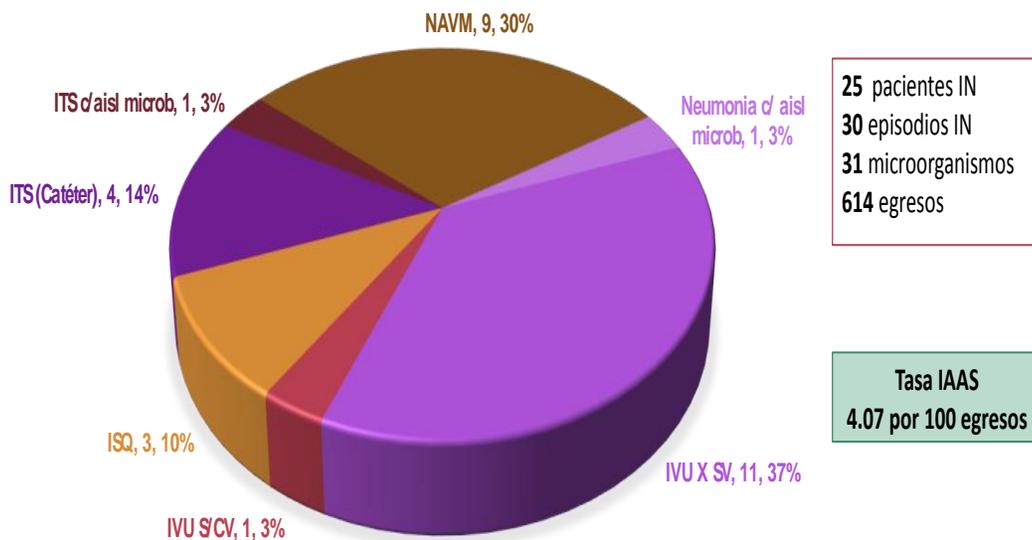
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Tabla 87. Tasa de Infecciones Nosocomiales.

Indicador	Enero – Marzo 2017	Enero – Marzo 2018	% de variación	Valor esperado
Tasa de Infecciones nosocomiales/100 egresos	4.40	4.07	-0.33	5.5

Fuente: Unidad de Vigilancia hospitalaria Epidemiológica HRAECS, Departamento de Estadística HRAECS 2018.

PANORAMA IAAS HRAECS Ene-Mar 2018



Microorganismos aislados de IN HRAECS Ene-Mar 2018

Microorganismos	Total	%
Pseudomonas aeruginosa	11	35.5
Acinetobacter baumannii	5	16.1
Klebsiella pneumoniae	3	9.7
Escherichia coli	3	9.7
Stenotrophomona maltophilia	2	6.5
Pseudomonas putida	1	3.2
Staphylococcus aureus	1	3.2
Candida albicans	1	3.2
Staphylococcus haemolyticus	1	3.2
Candida tropicalis	1	3.2
Enterobacter cloacae	1	3.2
Enterobacter faecalis	1	3.2
Total: 31 microorganismos	BLEE POSIT	

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria HRAECS, 2018

Tabla 88. ACCIONES ACORDADAS

ACUERDOS.	RESPONSABLE.	FECHA DE SOLUCIÓN.
Reforzamiento de la campaña de lavado de manos (Estudio de sombra).	CODECIN / UVEH	Permanente
Verificación y seguimiento de la implementación del Check List de Auditoría clínica y paquetes preventivos.	Personal de enfermería / UVEH	Permanente
Mejorar la supervisión de procesos de manejo y cuidados postquirúrgicos inmediatos y tardíos.	Atención hospitalaria / Clínica de heridas	Permanente
Continuar con los programas de educación continua para la capacitación, adiestramiento y evaluación del personal respecto a las IAAS.	Atención hospitalaria, enseñanza, CODECIN, UVEH	Permanente

COMITÉ DE MORBIMORTALIDAD.

Durante el primer trimestre del 2018 se reinstaló este Comité y se ha dado continuidad a los acuerdos en proceso y permanentes del Comité.

Presentación y revisión por el médico pasante del caso clínico con diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico severo de varios días de evolución.

Partiendo del caso clínico antes expuesto, Se tomaron acuerdos del correcto llenado de expedientes clínicos, como también mejorar la red de comunicación desde el sistema de referencias, personal médico, trabajo social, enfermería y entre otros servicios involucrados.

Se acordó que el traslado de pacientes graves siempre deberá ser trasladado con médico acompañante.

Tomando como referencia el caso clínico expuesto se tiene como tarea permanente verificar, corroborar y actualizar manuales de procedimientos de traslado, entrega, recepción de pacientes entre servicios.

Se ha llevado a cabo el Seguimiento a la solicitud realizada por jefaturas de servicios clínicos para la adquisición de nuevos ventiladores, equipos de PRISMA y un servicio.

Se corroboró que todas las computadoras cuenten con el formato en PDF de los diagnósticos CIE-10.

Seguimiento a análisis de casos y seguimiento en recomendaciones.

SUBCOCASEPSE

Durante el periodo a reportar se realizó la reinstalación del Subcomité de Calidad y Seguridad del paciente de la Subdirección de enfermería; realizando 3 sesiones Ordinarias.

En el mes de febrero se envía a las áreas el Modelo de Gestión de Calidad para conocimiento de las supervisoras y coordinaciones de enfermería, además de presentar a titular de la Subdirección de Enfermería con el objetivo de integrarla al Comité; con el objetivo de mejorar los procedimientos de terapia de infusión se programó un curso - taller, se informa sobre la programación del primer curso de seguridad del paciente, programado para el mes de abril de presente año; como acción de mejora se retoma el Formato de Vale para préstamo de material y equipo en la Subdirección de Enfermería que permitirá llevar un control con esto, se solventaría la problemática de pérdida de estos.

Se presentan los siguientes Manuales:

Manual de procedimiento en enfermería para estandarización de procesos básicos para la práctica profesional de enfermería.

Manual de procedimiento para Camillero en proceso de revisión.

Manual para la estandarización para los procesos administrativos en la Supervisión de Enfermería.

COMITÉ DE HEMODIALISIS.

Se instaló el comité el día 28 de febrero del 2018 y se agenda las reuniones Ordinarias y Extraordinarias 2018, se capacitó en el mes de marzo el curso adiestramiento del manejo



de equipos y consumibles para la práctica de hemodiálisis y hemodiafiltración 46 médicos y enfermeras.

En el primera sesión se presenta la propuesta del Manual de Integración y Funcionamiento de Comité para su validación por cada integrante y posteriormente presentarlo al área correspondiente para su revisión.

COMITÉ DE BIOÉTICA

En el primer trimestre del 2018, se reinstalo el Comité de Bioética, realizando 2 reuniones de manera ordinaria.

El secretario técnico del comité asistió a la CCINSHAE a una reunión de trabajo, con el objetivo de favorecer el desarrollo de los Comités Hospitalarios de Bioética instalados en las Entidades, acordándose colaborar en la escritura de un artículo de Investigación relacionado con temas bioéticos para la publicación en la revista.

Se aprobó el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité, con la finalidad de fortalecer los objetivos del Comité.

Se programó el curso de Bioética para el mes de Junio del presente año en las Instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud".

COMITÉ INTERNO DE BIOSEGURIDAD

Durante el periodo de enero a marzo 2018, se realizaron dos sesiones ordinarias.

Se conocieron los requisitos para el registro del Comité de Bioseguridad ante la Comisión Federal de Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) , situación que está en proceso debido al cambio de representante legal del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, resuelta esta situación se dará el seguimiento a la gestión ante la Comisión Federal de Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el mes antes citado se llevó a cabo la restructuración del Comité Interno de Bioseguridad; en el mes de marzo

Se aprobó el protocolo "Determinación de la proporción circunferencia de cuello distancia tiromentoniana (nc/ dtm), como predictor de intubación difícil, en pacientes sometidos a anestesia general en cirugía electiva"; responsable técnico: Irán Rubiel Cruz Recinos, Médico Especialista en Anestesiología.

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Se realizaron 3 reuniones durante el año 2017; se autorizaron 4 protocolos de investigación.

- Estudio de la diversidad genética intra-hospedero del Virus Zika”
- “caracterización molecular de klebsiella pneumoniae y escherichia coli resistentes a colistina en aislamientos clínicos de pacientes del HRAE “Ciudad Salud”
- “incidencia del ausentismo laboral en el personal de enfermería en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud”
- “Reacciones adversas a la transfusión de componentes sanguíneos en el tercer nivel de atención en salud”

COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES.

Durante el periodo a reportar se realizó la reinstalación del Comité, llevando a cabo 3 reuniones, 2 ordinarias y 1 extraordinaria, se validó por parte de los integrantes el Manual de integración y funcionamiento, para una mejor organización se hizo de conocimiento a los integrantes el calendario de reuniones ordinarias, se presentó el Protocolo Trasplante Renal Vivo programado durante el periodo 2018.

Se realizó un Curso con el objetivo de conmemorar el día Internacional del Riñón, en dicha actividad se contó con la asistencia de 167 participantes.

Con el objetivo de fortalecer el grupo de ayuda para este Comité se sugiere la participación de las diversas especialidades y el área de trabajo social para que los pacientes, donador y receptor, acudan a la consulta externa con la finalidad de dar el seguimiento médico y obtener datos estadísticos de la evolución a largo plazo de los pacientes trasplantados, igual manera se consideró retomar hoja de compromiso de la Unidad de Trasplante para que el paciente receptor se apegue a lineamientos internos, se programará una capacitación a distancia en el manejo de la plataforma del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplante con el apoyo del Centro Nacional de Trasplantes.

COMITÉ INTERNO DE RPBI

Durante el Primer Trimestre del 2018, se presentó el Manual de integración y funcionamiento del comité de RPBI 2018, se realizaron acuerdos de acciones de mejora con la finalidad que en el HRAECS para la realización de exámenes basales al personal al momento de ocurrir un accidente de trabajo, fortaleciendo la atención al personal que sufra un accidente de trabajo por punción o manejo de RPBI.

Se realizó la capacitación en Residuos Peligrosos y Auditoría Ambiental con apoyo de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA) contando con la participación de 105 asistentes.

Así mismo, se realizó la capacitación de Marco Jurídico y Manejo de RPBI dirigido a 57 pasantes de Enfermería con el objetivo de lograr el 100% de capacitación en el manejo de RPBI por el personal solicitando en la Cédulas de Acreditación y Certificación; En el mes de Marzo se colaboró con la Coordinación de Calidad del HRAECS en el proceso de Acreditación de la Patología Hepatitis “C”.

PROGRAMA HOSPITAL VERDE.

En el primer trimestre 2018 el Programa Hospital Verde participó en el informe sobre el trabajo de los miembros de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables en América Latina 2017 “hospitales que Curan El Planeta” en el Cap. 5 “Avances en la implementación de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables”.

En el punto de Liderazgo, publicado en Enero de este año; realizó un estudio de caso para la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, sobre el manejo del agua tratada y residuales utilizada en el HRAE Ciudad Salud, el cual fue aprobado para su publicación en el mes marzo del presente año, exponiendo las mejoras institucionales en el manejo y cuidado del vital líquido en nuestras instalaciones.

Se capacito a todo el personal de esta Unidad Hospitalaria en el tema “Cultura organizacional desarrollando el liderazgo en la atención en salud”, contando con la asistencia de 114 participantes, curso realizado en el auditorio del HRAE Ciudad Salud, como parte del programa anual de capacitación continua que brinda el programa de la red global de hospitales verdes y saludables.

COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCION MÉDICA PARA CASOS DE DESASTRE.

Este Comité tiene 2 reuniones, 1 de manera ordinaria y 1 de manera extraordinaria; en el mes de febrero se reúne para conformar el Equipo de Evaluación de Daños (EDAN), derivado de Sismo de 7,2 grados en febrero del 2018.

En el mes de marzo se lleva a cabo la reinstalación del comité, dando a conocer a todos los integrantes los objetivos, funciones, calendario de reuniones y manual para la integración y funcionamiento del comité para el plan de trabajo correspondiente al ejercicio 2018.

Actividades desarrolladas durante el trimestre.

Febrero:

Derivado del Sismo de magnitud 7.2 grados, suscitado el día 16 de febrero del 2018 a las 17:39 horas en el ámbito geográfico de esta Unidad Hospitalaria y con epicentro a 11 km. Al Sur de Pinotepa Nacional, Oaxaca, según reporte del Servicio Sismológico Nacional.

Se conformó el Equipo de Evaluación de Daños (EDAN) del HRAE Ciudad Salud, con el objetivo de evaluar las condiciones y/o daños que pudieron generarse por el movimiento telúrico, en lo Estructural, No Estructural y Funcional. Cuyo resultado fue:

“No se observó ningún daño adicional a los que ya se habían detectado con anterioridad y que se derivaron del Sismo del pasado 14 de Junio del 2017”.

Marzo-

Derivado de que nuestro Hospital esta ubicado en área geográfica de alto riesgo por presencia de fenómenos geológicos (sismos). Se participa en el mega simulacro de evacuación por sismo el 20 de Marzo del 2018, el cual es organizado por el Gobierno del Estado de Chiapas, a través del Sistema Estatal de Protección Civil.

ACTIVIDADES DEL MEGASIMULACRO POR SISMO



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS | **SEGOB** SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN | **SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL** MÉXICO | **SISTEMA ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL CHIAPAS**

ACCIONES A REALIZARSE

- 1. Activación de Alarma**

 - * Silbatos
 - * Campanas
 - * Chicharras
 - * Alarmas sonoras
- 2. Repliegue**

 - * A zonas seguras previamente identificadas
- 3. Evacuación**

 - A los puntos de reunión en:
 - * Viviendas
 - * Centros educativos
 - * Centros laborales
 - * Via pública
 - (Identificados y señalizados)
- 4. Evaluación**

 - * La participación de la ciudadanía en general

DONDE ESTÉS, PARTICIPA
LA PREVENCIÓN NOS UNE

Mega Simulacro Estatal de **Protección Civil** en Chiapas **2018**
20 de Marzo 12:00 h



ACTIVIDADES DEL MEGASIMULACRO POR SISMO



ACTIVIDADES DEL MEGASIMULACRO POR SISMO



ACTIVIDADES DEL MEGASIMULACRO POR SISMO.





COMITÉ DE INSUMOS.

Durante el primer trimestre se realizaron 2 reuniones, una ordinaria y una extraordinaria; en el mes de enero se reinstaló el comité, estableciendo el Manual de Integración y Funcionamiento, cabe mencionar que en este comité por cuerdo de los integrantes no habrán suplentes, en esta reunión se validó el catalogo y listado de medicamentos, materiales de curación e insumos para el periodo comprendido del abril –diciembre del 2018.

En el mes de febrero se asignó claves 000040 Sutura sintética no absorbible de polipropileno de 2/0 de ½ círculo doble armado ahusado 000041 Sutura sintética no absorbible de polipropileno de 3/0 de ½ círculo doble armado ahusado.

Se acordó cotizar la inclusión para prótesis mamarias externas del programa Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

COMITÉ DE ENSEÑANZA .

Durante el periodo de Enero-Marzo del 2018, se elaboró el análisis de la solicitud de médicos internos de pregrado con la que se consensó a 15 para el siguiente ciclo, los profesores titulares se comprometen a llevar registro de sus clases para completar el programa operativo y se pedirá el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México para la especialidad de medicina interna.

COMITÉ DE BIBLIOTECA.

Los profesores de cada especialidad proporcionarán a la Jefatura de Enseñanza la lista de libros, para compra, por otro lado; se intentara equipar con un escritorio la sala de casos clínicos de la biblioteca del HRAECS, y se hace mención sobre la suscripción a la revista neurology.

COMITÉ DE EVENTOS ADVERSOS.

Durante el primer trimestre se realizaron 4 reuniones, 2 ordinarias y 2 extraordinarias.

En el mes de enero se llevó a cabo la reinstalación del Comité; además de presentar el total de cuasifallas, eventos adversos y centinela registrados en el 2017 y la comparativa con el 2016, proponiendo la clasificación por servicio y personal involucrado en los eventos, para continuar con la capacitación de eventos adversos se propone el curso de seguridad del paciente durante el 2018.

En el mes febrero se instaló nuevamente este comité debido al cambio de la Titular de la Subdirección de Enfermería.

Durante este periodo se presentan los resultados del monitoreo del reporte de eventos adversos, teniendo un total de 6 incidentes evaluados en este Comité, tabla 90.

TIPO DE INCIDENTE	VARIABLE	CASOS
Incidente de Medicación	Error en la Dosis o Frecuencia de la Administración	1
	Paciente Equivocado	1
Procedimiento Clínico: Problema	Incompleto/Inadecuado	1
Caídas: Lugar	De la cama	1
Dispositivo y Equipos Médicos	Desconexión/Mala Conexión/Separación	1
Nutrición	Consistencia Equivocada	1

PROCESO DE CERTIFICACION.

En el primer trimestre del 2018 se dio continuidad a los trabajos con los líderes de los estándares de certificación, en el que se han realizado diversos compromisos para dar cumplimiento a los requerimientos del manual para las acciones esenciales de certificación por parte del Consejo de Salubridad General.

Se ha trabajado con la líder de las metas internacionales dando énfasis a cada una de las metas, se han llevado a cabo diversos recorridos y reuniones de trabajo con la finalidad de ir dando cumplimiento a cada uno de los puntos que marcan las metas internacionales, así mismo a la par de cada reunión se va actualizando el manual de procedimiento de cada meta.

El área de calidad en enfermería diseño y difundió un díptico de las acciones esenciales y se actualizó el manual de metas internacionales alineando a las acciones esenciales.

Se encuentra en proceso la gestión ante Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, con el objetivo de obtener la Licencia Sanitaria Q070890155 que refiere a Servicios de Hospitalización donde se practica actos quirúrgicos y obstétricos, esta gestión se realiza a través del Departamento Jurídico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas.

Se publicó estudio de caso para la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, sobre el manejo del agua tratada y residuales utilizada en el HRAE Ciudad Salud, Se capacito a todo el personal de esta Unidad Hospitalaria en el tema “Cultura organizacional desarrollando el liderazgo en la atención en salud”, contando con la asistencia de 114 participantes, curso realizado en el auditorio del HRAE Ciudad Salud, como parte del programa anual de capacitación continua que brinda el programa de la red global de hospitales verdes y saludables.

Se participó en el mega simulacro de evacuación por sismo el 20 de Marzo del 2018, el cual es organizado por el Gobierno del Estado de Chiapas, a través del Sistema Estatal de Protección Civil.

Se conformó el Equipo de Evaluación de Daños (EDAN) del HRAE Ciudad Salud, con el objetivo de evaluar las condiciones y/o daños que pudieron generarse por el movimiento telúrico, en lo Estructural, No Estructural y Funcional.

Para el seguimiento de la seguridad del paciente se realizaron las acciones siguientes:

Programa Educativo

- Seguridad del paciente.
- Notificación de eventos adversos centinela y cuasifalla.



- Lavado de manos.
- Código de Ética y Trato Digno dirigido al personal de Enfermería.
- Estrategias y acciones para la seguridad del paciente en Terapia de Infusión del paciente en Terapia de Infusión.
- Entrega de Boletín de Normas Oficiales Mexicanas a los Servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”.

SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN.

Atención a Quejas y Felicitaciones:

Durante el primer trimestre se llevo a cabo tres aperturas de buzones del Sistema Unificado de Gestión (SUG), en la que se atendió un total de 117 papeletas, 60 fueron quejan dándoles atención oportuna, 9 sugerencias y 48 felicitaciones, se entregó reconocimientos al personal de las felicitaciones.

INDICADORES DE CALIDAD.

Se presentan los resultados del primer trimestre de los indicadores de calidad reportados en el sistema INDICAS II 2018.

TRATO DIGNO EN CONSULTA EXTERNA.

Informe de los resultados del primer trimestre por variable con el cumplimiento que presenta la tabla siguiente:

Tabla 91. CRITERIOS	
95% Estándar de cumplimiento.	PRIMER TRIMESTRE
Trato digno en consulta externa.	91.2%
Satisfacción por la oportunidad en la atención.	93.77%
Satisfacción por información proporcionada por el médico.	89.15%
Satisfacción por el trato recibido	90.84%

TRATO DIGNO EN ADMISIÓN Y HOSPITALIZACIÓN.

Informe de los resultados del primer trimestre por variable con el cumplimiento que presentó la tabla siguiente:

Tabla 91a. CRITERIOS	
95% Estándar de cumplimiento.	PRIMER TRIMESTRE
Trato digno en admisión	98.84%
Satisfacción por la oportunidad en la atención de cumplimiento.	97.64%
Satisfacción por información proporcionada por el médico	98.89%
Satisfacción por el trato recibido	100%

TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA.

Informe de los resultados por variable con el cumplimiento que presenta la tabla siguiente: en coordinación con el jefe de consulta externa se llevan a cabo las acciones

Tabla 91b. CRITERIOS	
30 minutos el estándar de cumplimiento	PRIMER TRIMESTRE
TIEMPO DE ESPERA MAXIMO PARA RECIBIR UNA CONSULTA	106 MINUTOS
TIEMPO PROMEDIO PARA RECIBIR LA CONSULTA	21.9 MINUTOS
PORCENTAJE DE USUARIOS QUE ESPERAN TIEMPO ESTÁNDAR	76.62%

TIEMPO DE ESPERA EN ADMISION CONTINUA.

Con base en el análisis del indicador la jefatura de admisión continua se realizó el proyecto de mejora del triage con apego a SUMAR, la cual se llevan las acciones actualmente con la finalidad de disminuir el incumplimiento del indicador.

Tabla 91c. CRITERIOS	
15 minutos el estándar de cumplimiento	PRIMER TRIMESTRE
TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS	8.71 %
TIEMPO DE ESPERA MAXIMO PARA RECIBIR LA CONSULTA	480 MINUTOS
TIEMPO PROMEDIO PARA RECIBIR LA CONSULTA	8.7 MINUTOS

PORCENTAJE DE USUARIOS QUE ESPERAN TIEMPO ESTÁNDAR	92.23%
---	---------------

DIFERIMIENTO QUIRÚRGICO

Para dar cumplimiento a los resultados del indicador de diferimiento quirúrgico la Subdirección de servicios quirúrgicos presentó el proyecto de mejora con la finalidad de disminuir la tasa del indicador en los siguientes meses.

Tabla 91d. CRITERIOS	
DIFERIMIENTO QUIRURGICO Estándar de cumplimiento 7 días	PRIMER TRIMESTRE
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE OPERAN DESPUÉS DE 7 DÍAS DE SOLICITADA LA CIRUGÍA ELECTIVA	30.30%
PROMEDIO DE DÍAS DE ESPERA ENTRE LA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA	9.83%
MAYOR NÚMERO DE DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA.	126.00 DIAS

INFECCIONES NOSOCOMIALES

Tabla 91e. CRITERIOS	
TASAS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	PRIMER TRIMESTRE
6 A 7.4 MENSUAL 100 EGRESADOS X SERVICIO	
PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL CON RESPECTO AL TOTAL DE EGRESOS EN EL PERIODO	3.7
PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	2.9
PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ADULTO	10.6

PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	3.7
---	-----

PAQUETES PREVENTIVOS.

Con base al análisis en los paquetes preventivos para mejorar la tasa de cada uno de ellos. En relaciona de al indicador de infección de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical. El Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud. Se realizaron acciones en apego al proyecto de mejora **Actualización de estrategias basadas en evidencia científica para el cuidado de pacientes con sonda vesical.**

Tabla 91f. CRITERIOS	
PAQUETES PREVENTIVOS	TCUATRIMESTRE
CATETER VENOSO CENTRAL.	4.3%
INFECCIONES EN SITIO QUIRURGICO.	5.03%
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS ASOCIADAS AL USO DE SONDA VESICAL	10.9%
NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MÉCANICA	21.3%

INDICADORES DE ENFERMERIA.

Para dar cumplimiento al indicador de Prevención de infección en vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada se da seguimiento a las acciones que se planearon en el proyecto de mejora **“Actualización de estrategias basadas en evidencia científica para el cuidado de pacientes con sonda vesical “.** El objetivo es concientizar al personal de enfermería la importancia de realizar registros en la hoja de enfermería, tabla 92.

TRATO DIGNO EN ENFERMERIA.	100 %
MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VIA ORAL.	99.82 %

PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN VIAS URINARIAS EN PACIENTES CON SONDA VESICAL INSTALADA.	99.62 %
PREVENCIÓN DE CAÍDAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS.	99.94 %
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS.	99.79 %
VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADA.	100 %
REGISTROS CLINICOS Y NOTAS DE ENFERMERIA	98%

ACTIVIDADES RELEVANTES ENERO-MARZO 2018

1. Se realizó la 2ª Reunión interinstitucional con las autoridades del Hospital General Chiapas nos Une "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza", participaron el Director del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" José Manuel Pérez Tirado, Anselmo Muguerza Lara Director Médico del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud", por el Hospital General Chiapas Nos Une, el Dr. Zein Nazar Morales, Director General, la Dra. Auria Cecilia Roque Leyva, subdirector médico, así como los jefes del área de cardiología, neurocirugía, trabajo social, admisión continua, jefe de urgencias y jefe de terapia de ambos hospitales.
2. En el Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" se realizó la reunión sobre "Derechos Humanos y Salud" con (OIM) Organización Internacional para los migrantes, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) ,Policía Federal(PF)y Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos en contra de Migrantes, para dar a conocer la cartera de servicios de la institución, así como las actividades realizadas a favor de la atención de pacientes migrantes.
3. Se llevó a cabo la ceremonia de clausura de 5 médicos residentes de la generación 2014-2018 y 2015-2018, culminando sus estudios de especialidad, en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud", tras 4 años de dedicación y esfuerzo, los médicos culminaron con sus estudios en las especialidades de anestesiología, imagenología, diagnóstico y terapéutica.

4. La institución, participó activamente en el Simulacro Estatal 2018, donde personal médico, paramédico, familiares y pacientes, realizaron el repliegue, evacuación y evaluación según las acciones emitidas por las autoridades estatales.
5. Se realizó la colecta de donación voluntaria de sangre, auspiciada por el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, en la Facultad de Ciencias Químicas Campus IV de la Universidad Autónoma de Chiapas, con la participación activa de los alumnos universitarios y personal docente de la institución.
6. Se realizó el 1° Concurso Institucional de fotografía sobre los Derechos Humanos y la Salud”, resultando ganador personal del servicio de patología clínica de la institución.
7. El Hospital Regional de Alta Especialidad, presentó el Proyecto arquitectónico para la construcción de la Cafetería y Albergue para esta institución, actividad que se llevó a cabo en el auditorio, con la presencia de personal médico, paramédico y administrativo, así como asistentes de la sociedad civil.
8. El Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, realiza el 1° Curso Regional de Actualización en Tuberculosis Farmaco Resistente, en el auditorio de la institución, con la asistencia de personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 7.

ADMINISTRACIÓN

Informe del ejercicio del presupuesto

El Presupuesto Original autorizado para el periodo de enero a marzo del Ejercicio Fiscal 2018, ascendió a \$326'391,335.00 (\$281'391,335.00 de Recursos Federales y \$45'000,000.00 de Recursos Propios), distribuidos en los capítulos 1000 "Servicios Personales", 2000 "Materiales y Suministros" y 3000 "Servicios Generales" del clasificador por Objeto del Gasto; al mes de marzo se ha ejercido un total de \$301'123,372.87 (\$291'191,009.14 de Recursos Federales y \$9'932,363.73 de Recursos Propios). Cabe destacar que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, aplicó movimiento presupuestal en gasto de operación, resultando una reducción presupuestal líquida de \$4'500,000.00 (Cuatro millones, quinientos mil pesos 00/100 M.N.)

Tabla 93. Adecuaciones presupuestales hechas por la SHCP enero-marzo 2018.

MES	REDUCCION	TOTAL
Febrero	4'500,000.00	4'500,000.00
Total	4'500,000.00	4'500,000.00

Tabla 94. Presupuesto autorizado enero-marzo 2018

	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO/CAPTA DO
Presupuesto Federal	281'391,335.00	291'333,971.29	291'191,009.14
Recursos Propios	45'000,000.00	45'000,000.00	9'932,363.73
TOTAL	326'391,335.00	336'333,971.29	301'123,372.87

Tabla 95. Integración del Presupuesto Autorizado a Nivel Capítulo:

CAPITULO	CONCEPTO	RECURSOS FISCALES	RECURSOS PROPIOS	TOTAL
1000	SERV. PERSONALES	184'439,320.00	0.00	184'439,320.00
2000	MAT. Y SUMINISTROS	32'496,082.00	3'500,522.00	35'996,604.00
3000	SERV. GENERALES	64'455,933.00	41'499,478.00	105'955,411.00
TOTAL		281'391,335.00	45'000,000.00	326'391,335.00

En el periodo de enero a marzo se ha ejercido en Recursos Fiscales un monto de \$291'191,009.14 (Capítulo 1000 "Servicios Personales" \$185'185,996.54, Capítulo 2000 "Materiales y Suministros" \$14'622,002.12 y Capítulo 3000 "Servicios Generales" \$91'383,010.48).

En Recursos Propios se ha ejercido en el periodo de enero a marzo la cantidad de \$9'932,363.73 (Capítulo 2000 "Materiales y Suministros" \$2'562,929.32, Capítulo 3000 "Servicios Generales" \$7'369.434.41).

Tabla 96. Presupuesto ejercido por Capítulo en el periodo de enero-marzo de 2018

CAPÍTULO	CONCEPTO	RECURSOS FISCALES	RECURSOS PROPIOS	TOTAL
1000	SERVS. PERSONALES	185'185,996.54	0.00	185'185,996.54
2000	MATERIALES Y SUM.	14'622,002.12	2'562,929.32	17'184,931.44
3000	SERVS. GENERALES	91'383,010.48	7'369,434.41	98'752,444.89
TOTAL		291'191,009.14	9'932,363.73	301'123,372.87

Mismo que se ha ejercido por proyectos de la siguiente manera:

Tabla 97. Presupuesto ejercido por proyecto de enero a marzo de 2018.

EJERCIDO POR PROYECTO	RECURSOS FISCALES	RECURSOS PROPIOS*	TOTAL	% S/PTTO. AUTORIZADO
SP010 SERVICIOS PERSONALES	185'185,996.54	0.00	185'185,996.54	56.74
AD010 OTORGAR APOYO ADMINISTRATIVO Y SUSTANTIVO.	0.00	211,441.35	211,441.35	0.06
AM030 OTORGAR ATENCION AMBULATORIA	0.00	0.00	0.00	0.00
AM040 OTORGAR ATENCIÓN HOSPITALARIA	68'666,492.88	6'311,470.01	74'977,962.89	22.97
CM020 PROPORCIONAR DIGNIFICACION, CONSERVACION Y MANTENIMIENTOCORRECTIVO Y PREVENTIVODE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.	0.00	3'342,881.39	3'342,881.39	1.02
D1801 ANEXO 41 DEL DECRETO. AMPLIACION ATENCION A LA SALUD	22'546,972.39	0.00	22'546,972.39	6.91
MD010 ABASTO DE MEDICAMENTOS	12'381,992.21	9,470.98	12'391,463.19	3.80
CPO10 REALIZAR LA CAPACITACION DE PERSONAL ADMINISTRATIVO, TECNICO Y OPERATIVO.	0.00	0.00	0.00	0.00
CP020 CAPACITAR AL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO Y AFIN, Y A OTROS PROFESIONISTAS EN MATERIA DE SALUD.	0.00	0.00	0.00	0.00
FO010 FORMAR MEDICOS ESPECIALISTAS.	75,778.11	0.00	75'778.11	0.02
IV010 FOMENTAR LA INVESTIGACION EN SALUD.	0.00	0.00	0.00	0.00
SPG00 GASTO DE OPERACIÓN ASOCIADO A SERVICIOS PERSONALES	2'290,440.00	0.00	2'290,440.00	0.70
AU01 AUDITAR A LA GESTIÓN PÚBLICA Y MEJORAR PROCESOS.	43,337.01	57,100.00	100,437.01	0.03

EJERCIDO POR PROYECTO	RECURSOS FISCALES	RECURSOS PROPIOS*	TOTAL	% S/PTTO. AUTORIZADO
T O T A L	291'191,009.14	9'932,363.73	301'123,372.87	92.26

En resumen, en el periodo del 1 de enero al 31 de marzo de 2018, se ejerció el 89.53% del presupuesto modificado.

En comparación con el periodo de enero a marzo del ejercicio 2017, se tiene lo siguiente:

Tabla 98. Comparativo del presupuesto autorizado 2018 contra 2017 a nivel capítulo:

CAPÍTULO	PRESUPUESTO AUTORIZADO	PRESUPUESTO AUTORIZADO	DIFERENCIA	
	2017	2018	NOMINAL	PORCENTUAL
1000	174'404,689.00	184'439,320.00	10'034,631.00	5.75
2000	13'414,495.00	35'996,604.00	22'582,109.00	168.34
3000	105'589,928.00	105'955,411.00	365,483.00	0.35
TOTAL	293'409,112.00	326'391,335.00	32'982,223.00	11.24

Tabla 99. Comparativo de Presupuesto ejercido por capítulo Enero-marzo 2018 contra enero-marzo 2017.

CAPITULO	EJERCIDO 2017	EJERCIDO 2018	DIFERENCIA NOMINAL	DIFERENCIA PORCENTUAL
1000 Servicios Personales	168'128,977.18	185'185,996.54	17'057,019.36	10.15
2000 Materiales y Suministros	9'463,763.96	17'184,931.44	7'721,167.48	81.59
3000 Servicios Generales	62'023,371.64	98'752,444.89	36'729,073.25	59.22
5000	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	239'616,112.78	301'123,372.87	61'507,260.09	25.67

Se anexan estados financieros preliminares al periodo.

Adecuaciones Presupuestarias

Se realizaron durante los meses de enero a marzo de 2018, en total 35 adecuaciones autorizadas: 34 adecuaciones internas por el Módulo de Adecuaciones Presupuestarias (MAP), compensadas por cambio de calendario y para alimentar partidas deficitarias con partidas que tienen economías presupuestales y 1 adecuación por reducción interna por el MAP; de acuerdo al reporte de Adecuaciones que emite el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), al periodo que se informa. Se anexa en CD, informe detallado de Adecuaciones.

Cadenas Productivas

De acuerdo al Informe de Registro y Operación del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas en el periodo que se informa, en Cadenas Productivas se han registrado 478 documentos por un importe de \$83'032,816.23 y operado 28 documentos por un importe de \$11'596,676.97.

Informe sobre Administración de Recursos Humanos

En el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) en el primer trimestre de 2018, se realizaron 99 modificaciones salariales ante el ISSSTE por concepto de tope salarial, 4 altas por reanudación de licencias sin goce, 1 de personal interino y 1 de personal de confianza. Asimismo, se reportan 7 bajas por motivos de falta administrativa, rescisión laboral, licencias sin goce de sueldo y por renuncia.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS), se registraron ante el ISSSTE un total de 4 altas, 1 baja de personal y 57 modificaciones salariales; lo anterior derivado a contrataciones, reingreso por licencia sin goce de sueldo, renuncia, profesionalización y cambios de código.

Tabla 100. Plantilla actualizada al mes de enero- marzo de 2018 del CRAE

RAMA	AUTORIZADAS	OCUPADAS	VACANTES DEFINITIVAS	LICENCIAS SIN GOCE
MANDOS MEDIOS	53	51	2	0
CONFIANZA	66	66	0	0
MÉDICOS	301	299	2	12
ENFERMERÍA	812	793	19	2
PARAMÉDICOS	450	430	20	3
ADMINISTRATIVOS	240	231	9	17
TOTAL	1922	1870	52	34

El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas (CRAE), durante el periodo que se reporta, realizó un total de 7 contrataciones en sus dos Unidades Hospitalarias. De éstas, corresponden 3 al Hospital de Especialidades Pediátricas y 4 al Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS).

Así mismo el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, contó con 34 plazas con licencia sin goce de sueldo, de las cuales 28 trabajadores cubren interinatos por dichas licencias, corresponden 16 al Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) y 12 al Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS).

Comités de Capacitación del Centro Regional de Alta Especialidad

La Comisión Central de Capacitación del CRAE, llevó a cabo 2 sesiones ordinarias y 2 extraordinarias, en las que se otorgaron 2 becas tiempo con autorización tipo comisión oficial y 1 beca sin goce de sueldo.

La Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación del HEP realizó 3 sesiones ordinarias y 2 extraordinarias, en las que se otorgaron un total de 53 becas tiempo.

Así también, la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación del HRAECS, realizó 3 sesiones ordinarias y 1 extraordinaria, en las que se otorgaron 39 becas tiempo.

Comités de Escalafón del Centro Regional de Alta Especialidad

El Comité de Escalafón del HEP, realizó 1 sesión ordinaria, en la cual se trató lo relativo a 10 convocatorias para diversos códigos; en este periodo se hizo la publicación y recepción de documentación para iniciar los procesos escalafonarios.

El Comité de Escalafón del HRAECS, realizó 2 sesiones ordinarias y 1 extraordinaria, a través de las cuáles se efectuaron movimientos escalafonarios, otorgándose 1 puesto de Apoyo Administrativo en Salud A4.

Comités de Productividad del Centro Regional de Alta Especialidad

Por su parte, el Comité de Productividad del HEP llevó a cabo: 2 sesiones extraordinarias, en la cual se autorizaron 90 estímulos para el personal, correspondiente a los meses de septiembre y octubre 2017.

En lo referente a las actividades realizadas por el Comité de Productividad del HRAECS, fueron: 3 sesiones ordinarias, en las cuales se autorizaron 126 estímulos para el personal, correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2017 y enero de 2018.

Comités de Seguridad e Higiene del Centro Regional de Alta Especialidad.

El Comité de Seguridad e Higiene del HEP realizó 1 sesión ordinaria y 3 extraordinarias. Otorgó compensación adicional por riesgo laboral a 49 trabajadores, en apego al manual correspondiente.

Asimismo, el Comité de Seguridad e Higiene del HRAECS celebró 3 reuniones ordinarias y 1 extraordinaria, en las que se dictaminaron 60 casos de Compensación Adicional por Riesgo Laboral. También este comité realizó las actividades inherentes al cuarto recorrido correspondiente al ejercicio 2017 y primer recorrido correspondiente al ejercicio de 2018, por diversas áreas hospitalarias.

Comité de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles

El Comité de Evaluación de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles del HEP realizó entrega de cédulas de evaluación a todos los trabajadores para el llenado del apartado de funciones y establecimiento de metas en conjunto con su jefe inmediato.



Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés

Por lo que respecta a las actividades desarrolladas por este Comité, se realizaron 2 sesiones extraordinarias.

Se realizó la aprobación del Informe Anual de Actividades de Trabajo 2017, y se atendieron las quejas por incumplimiento al Código de Conducta del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, presentada por Servidores Públicos de este Organismo Federal.

Aspectos cualitativos relevantes y acciones implementadas para elevar la productividad y eficiencia en el uso de los recursos

En el mes de febrero en ambas unidades aplicativas se llevó a cabo el registro de Mejores Prácticas en materia de Recursos Humanos, profesionalización y Organización ante la Unidad de Política de Recursos Humanos de la Administración Pública Federal de la Dirección General de Desarrollo Humano y Servicio Profesional de Carrera (ECCO 2018) y se inició la difusión de resultados de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO-2017).

En las unidades aplicativas del CRAE, el Servicio de Administración Tributaria (SAT) realizó asesorías y la instalación de un Módulo Móvil para la Renovación y Actualización de la e.firma y Contraseña, para facilitar la declaración anual a los trabajadores.

Se realizó la entrega y presentación de un total de 22 dictámenes resultantes de la etapa de evaluación de aspirantes convocados para fines de contratación y promoción de personal en las dos unidades aplicativas del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, correspondiendo al HRAECS con la emisión de un total de 1 dictamen de evaluación y 21 dictámenes de evaluación más para el HEP; el principal beneficio de esta actividad emprendida, es la formalización de procesos de desarrollo de personal mediante la aplicación de exámenes psicométricos, de conocimientos teórico - prácticos, análisis y presentación de resultados de las evaluaciones correspondientes por parte de personal local y calificado, evitando con ello el gasto que implica la movilidad de personal foráneo y/o de los candidatos para dar cumplimiento a este proceso.

En materia de evaluación del desempeño del personal operativo y para estar en condiciones de atender la convocatoria de los premios, estímulos y recompensas, Directivos del HEP recibieron capacitación en esta materia por parte de funcionarios de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

El Comité de Información durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de Marzo de 2018, ha realizado 3 sesiones ordinarias. En este periodo se atendieron 79 solicitudes de información por la Unidad de Enlace como marca la ley, de las cuales el 100% fueron respondidas.



Actualizaciones a Sistemas / Política de Transparencia / Participación Ciudadana

- Se solicitó a los sujetos obligados (áreas correspondientes) la actualización de formatos contenidos en los artículos 70 y 71 para atender las obligaciones de transparencia del primer trimestre del año.
- En el marco de la 3ª Reunión Ordinaria del Comité de Transparencia se validó la versión definitiva del aviso de privacidad con el que se garantiza el uso de los datos personales de los usuarios y trabajadores. Pendiente de firmas para su posterior difusión.
- El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas inició con la atención de las acciones contempladas en la Guía Anual de Gobierno Abierto 2018. Se atendió la actividad 1 para ratificar el enlace de transparencia proactiva.
- Como parte de la Guía Anual de Gobierno Abierto 2018 se atendió la actividad 1 Nombrar o ratificar al enlace de Participación Ciudadana de la institución ante SEGOB y SFP, con nivel mínimo de dirección general u homólogo, quien podrá designar a su suplente.
- Se está en proceso de carga de información de los MPC en el Sistema Base de Datos de Mecanismos de Participación Ciudadana en la Administración Pública Federal.

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

En el periodo de enero a marzo de 2018, se realizaron adquisiciones y contrataciones por un monto de \$261'138,880.00 de acuerdo con lo siguiente:

Se realizaron licitaciones públicas nacionales e internacionales por un importe de \$135'737,218.99, todas de forma electrónica en el Sistema Compranet 5.0 regulado por la Secretaría de la Función Pública.

Con respecto a las ampliaciones a los contratos, en el periodo se realizaron por un monto de \$64'060,422.18.

Se han realizado contrataciones bajo el amparo del Artículo 1 Adjudicaciones a empresas y entidades de la Administración Pública Federal, por un importe de \$140,256.00.

En el periodo que se reporta se realizaron contrataciones mediante procedimientos de excepción del artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, fracción I "Bienes o servicios para los cuales no existen alternativos o sustitutos técnicamente razonables o bien que en el mercado sólo existe un posible oferente, o se trate de una persona que posee la titularidad o el licenciamiento exclusivo de patentes, derecho de autor, u otros derechos exclusivos", por un monto de \$19'767,195.27, protegiendo con esto a los servicios médicos y al equipamiento de Alta Especialidad de ambas unidades hospitalarias.



En apego a lo establecido en el Art. 41, fracción V “Adjudicaciones derivadas de caso fortuito o fuerza mayor, no sea posible obtener bienes o servicios mediante el procedimiento de Licitación Pública en el tiempo requerido para atender la eventualidad de que se trate”, se realizaron contrataciones por un monto de \$21’155,190.07.

De igual forma, en apego a lo establecido en el Art. 41, fracción VII “Adjudicaciones por haberse declarado desierta una licitación”, se realizaron contrataciones por un monto de \$9’902,749.25.

A través del procedimiento de Adjudicación Directa se realizaron compras con un importe de \$10’375,848.68 con fundamento en el artículo 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Tabla 101. Adjudicaciones al primer trimestre del ejercicio 2018.

Modalidad	Monto 1er. Trimestre	% Total Acum.
Licitaciones Pub. Nacionales e int.	135’737,218.99	51.98
Ampliaciones del 20%	64’060,422.18	24.53
Adjudicaciones con entidades de la APF	140,256.00	0.05
Art. 41, Fracción I	19’767,195.27	7.57
Art. 41, Fracción II	0.00	0.00
Art. 41 Fracción V	21’155,190.07	8.11
Art. 41, Fracción III	0.00	0.00
Art. 41 Fracción VII	9’902,749.25	3.79
Directas por monto Art. 42	10’375,848.68	3.97
TOTAL	\$261’138,880.44	100

De acuerdo al presupuesto original autorizado y al Programa Anual de Adquisiciones por un monto de \$401’393,853.00, correspondiente a los capítulos 2000 y 3000, se contrató en el periodo de enero a marzo de 2018, un importe de \$261’138,880.44, de los cuales \$10’375,848.68, se realizó bajo el artículo 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y al realizar el cálculo y determinación del porcentaje del 30% a que refiere este artículo queda de la siguiente manera:

CONFORME AL ARTÍCULO 42 DE LA LAASP Menor o igual al 30%
2.58%

En lo que se refiere a las contrataciones plurianuales, el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, por el periodo que se reporta, realizó dos contrataciones plurianuales, con autorización especial de plurianualidad presupuestaria, para Seguro

Institucional folio 2017-12-M7A-332, y Seguros de Gastos Médicos Mayores folio 2017-12-M7A-569; a que se refieren los artículos 35 y 50 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y 146 y 147 de su Reglamento, tramitada vía electrónica en el Modulo de Administración y Seguimiento de Contratos Plurianuales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para los ejercicios fiscales, 2017, 2018, 2019 y 2020, siendo las siguientes:

Tabla 102. Contrataciones Plurianuales realizadas vigentes en el ejercicio 2018.

LICITACIÓN	CONCEPTO	VIGENCIA
LA-006000998-E303-2017	“Seguros de Gastos Médicos Mayores”	16 de noviembre de 2017 al 15 de mayo de 2019.
LA-006000998-E-26-2017	“Seguro Institucional”	1 de abril de 2017 al 31 de marzo de 2020.

Es importante mencionar que la Consolidadora de estos procesos fue la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.

Programa de Fomento al Ahorro

En lo que respecta al Programa de Fomento al Ahorro 2018, se implementaron los controles para el uso eficiente y racional de los recursos, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 103. Consumo de servicios del 1 de enero al 31 de marzo de 2018.

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TOTALES PROGRAMADOS PRIMER TRIMESTRE 2018	CONSUMOS AL PRIMER TRIMESTRE	VARIACIÓN	PORCENTAJE %	MOTIVOS DE LA VARIACIÓN
SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA	Kwh	2,730,749	2,688,108	42,641	156	Se da continuidad a las medidas de ahorro establecidas por la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de Energía (CONUEE).
GASOLINA	Litros	7,263	2,472	4,791	65.97	Se han establecido medidas de control en el uso del servicio de traslado de personal para tramites oficiales en el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, así como en las dos unidades aplicativas.
DIESEL	Litros	9,932	7,433	2,499	25.16	El consumo de diesel ha tenido incremento debido a la ocupación hospitalaria y con ello aumenta la demanda de agua caliente y por ende el consumo de diesel. en las calderas del HEP.
GAS LP.	Litros	7,837	6,780	1,057	13.49	Se han establecido medidas de control en el uso del servicio de gas Lp en el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, así como en las dos unidades aplicativas, el cual se debe destinar al uso exclusivo de laboratorio y calentar agua para los usuarios para los procedimientos hospitalarios correspondientes.
SERVICIO TELEFÓNICO	Llamadas	7,391	8,314	-923	-12.48	El servicio telefónico se incrementó debido a los procesos de licitaciones y acreditaciones de ambas unidades aplicativas, los equipos de computo como son las impresoras debido a la antigüedad se contrató dentro del arrendamiento de los equipos de fotocopiado se anexaran las impresiones.
SERVICIO DE AGUA POTABLE	m ³	18,889	10,277	8,612	45.59	Se establecieron medidas de control en el uso del consumo de agua potable en el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas y sus dos unidades aplicativas.
MATERIALES Y ÚTILES DE IMPRESIÓN Y REPRODUCCIÓN	Número de impresiones	419,337	600,211	-180,874	-43.13	El consumo de fotocopias se incrementó debido a los procesos de licitaciones y acreditaciones de ambas unidades aplicativas, los equipos de computo como son las impresoras debido a la antigüedad se contrató dentro del arrendamiento de los equipos de fotocopiado se anexaran las impresiones.

Evaluación correspondiente al primer trimestre del ejercicio 2018 para los consumos de Servicios Básicos del Programa de Ahorro de las Unidades del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas: Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" y Hospital de Especialidades Pediátricas.

5. Sistema de Evaluación al Desempeño

Conforme se establece en la normatividad correspondiente en el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, se lleva a cabo un seguimiento puntual del ejercicio financiero a través del Sistema de Información, respecto a los resultados alcanzados en los siete programas presupuestarios, contribuyendo así a generar una organización de gestión para resultados.

Del periodo de reporte, se obtuvo un ejercido del gasto 301.1 millones de pesos del programado de 326.4 millones, lo que arroja una variación de -7.8%.

Se anexa en CD formato de Sistema de Evaluación al Desempeño.

6. Programa para un Gobierno Cercano y Moderno

Para dar cumplimiento a los avances de los objetivos y metas que derivan de los compromisos firmados por la Titular del CRAE en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, se realizó el Reporte de avances de los 12 temas que integran el PGCM, correspondiente al primer trimestre de 2018 y fue incorporado al Sistema MSSN de la SHCP.

A continuación, se describen las acciones relevantes y el avance de compromisos de bases de colaboración, que derivan de las líneas de acción generales del PGCM.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Acceso a la Información	Promover la práctica sistemática de la desclasificación de expedientes reservados e información bajo el principio de máxima publicidad.	Acciones realizadas	El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas no cuenta con expedientes reservados registrados en el IECR.
Acceso a la Información	Fomentar la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental.	Acciones realizadas	El centro regional de Alta Especialidad de Chiapas no tiene registro alguno sobre declaraciones de inexistencias respecto de solicitudes referentes a documentos que se deban generar con motivo del ejercicio de las facultades, relacionadas con el artículo 141, fracción III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
Acceso a la Información	Recabar y tratar a los datos personales con estricto apego al derecho de protección constitucional de los mismos.	Acciones realizadas	Se generó la versión definitiva del aviso de privacidad con el que se garantiza el uso de los datos personales de los usuarios y trabajadores, mismo que está en proceso de validación por Comité de Transparencia.
Acceso a la Información	Mejorar los tiempos de respuesta optimizando la gestión documental y la atención a solicitudes y recursos de revisión.	Acciones realizadas	Mediante cada solicitud de información enviada se define el periodo de respuesta de las mismas para atender lo conducente.
Acceso a la Información	Fomentar entre los servidores públicos la generación de información que asegure: calidad, veracidad, oportunidad y confiabilidad.	Acciones realizadas	Derivado de la carga en el Sistema del Portales de Obligaciones de Transparencia (SIPOT) se generó una solicitud para que a partir del primer trimestre se entreguen los formatos correspondientes para su carga.
Acceso a la Información	Buscar los mecanismos para cumplir con los programas de capacitación respecto a acceso a la información pública y protección de datos personales definidos por cada Dependencia y Entidad y notificados al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).	Acciones realizadas	Aún pendiente de entrega a Unidad de Transparencia el Programa de Capacitación Interno 2018, mismo que fue solicitado al Enlace ante el INAI.
Acceso a la Información	Diseñar estrategias para concientizar a las personas sobre el ejercicio de su derecho a la protección de sus datos.	Acciones realizadas	Mediante el Comité de Transparencia del CRAE se insistió en la 2a. Reunión de 2018, definir un calendario de promoción sobre la implementación del aviso de privacidad al interior y exterior de la institución.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Acceso a la Información	Promover la publicidad de los resultados de consultas ciudadanas.	Acciones realizadas	Se mantiene en nuestro portal web los ejercicios de participación ciudadana realizados y su seguimiento.
Archivos	Establecer los instrumentos de consulta y control que propicien la organización, conservación y localización expedita de los archivos administrativos, mediante: Cuadro general de clasificación archivística; Catálogo de disposición documental; Inventarios documentales: general, de transferencia, de baja. Guía simple de archivos.	Acciones realizadas	En Cumplimiento a la Normatividad en el Décimo Séptimo Párrafo del Capítulo III de los Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos, se recibió del Archivo General de la Nación el 09 de enero de 2018 el Dictamen de Validación del CADIDO y Cuadro General de Clasificación Archivística (No. Dictamen DV/25/17, Núm. de Oficio DSNA/1212/2017 fecha 30 de noviembre 2017), por lo que a partir de esa fecha se autoriza al CRAE a iniciar con la clasificación documental. Se envió en soporte físico y electrónico en fecha estipulada los Instrumentos de Control y Consulta Archivística (CADIDO, Cuadro General de Clasificación, Fichas Técnicas de Valoración Documental 2018) al Archivo General de la Nación para su Registro y Validación No. de Oficio CRAE/DG/DAF/051/2018 y CRAE/DG/DAF/052/2018. Se Conformó el Grupo Interdisciplinario del Hospital de Especialidades Pediátricas el 18 de enero y el del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" 02 de febrero.
Archivos	Implementar la estrategia de comunicación clara y sencilla, sobre la necesidad de mantener el control del sistema institucional de archivos como prueba de la transparencia de sus acciones, mediante la difusión de buenas prácticas archivísticas en la dependencia o entidad, así como la impartición de conferencias archivísticas institucionales y capacitación a los servidores públicos para la profesionalización de su gestión en materia de archivos.	Acciones realizadas	En cumplimiento a la Normatividad (Art. 14 de la Ley Federal de Archivo y 11 de su Reglamento) se envió Circular No. CRAE/DAF/018/2017 donde se reitera a los Titulares de las áreas del CRAE dar inicio con la clasificación de los documentos. Se realizaron reuniones de trabajo con unidades administrativas del CRAE (Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación el 12 de enero, Subdirección de Recursos Humanos 19 de enero, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación 26 de febrero, Reunión con los Responsables de Archivos de Trámite de Ciudad Salud 02 de febrero), en la que se abordaron los temas: Normatividad para la Clasificación Archivística, Ciclo Vital de los Documentos, Uso de los Instrumentos de Control y Consulta Archivística y Valoración Documental.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Contrataciones Públicas	Dar a conocer al sector privado los requisitos de la denuncia, la autoridad ante quien debe presentarla y las sanciones establecidas en la LAASSP, LOPSRM, LFACTP, LAPP y RISFP. Capacitar a los servidores públicos de las áreas compradoras de las dependencias y entidades, en materia de sanciones a licitantes, proveedores y contratistas en términos de las leyes anteriormente citadas.	Acciones realizadas	El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas a través de las convocatorias públicas de los procedimientos de contratación que ha llevado a cabo de enero a marzo de 2018, difunde en su sección VII la forma en que los particulares pueden presentar sus denuncias e inconformidades; así mismo, se difunde folletos en las instalaciones del CRAE. En materia de capacitación, asistieron 2 personas del área de compras al curso denominado "Instancia de Inconformidad" que impartió la Secretaría de la Función Pública el pasado 25 de agosto de 2016; así mismo de acuerdo a la programación de los cursos que tiene la Secretaría de la Función Pública para el ejercicio 2018 en la liga sisexa.funcionpublica.gob.mx , se estará pendientes de los cursos relacionados con el tema de este compromiso, para asistir a los mismos y continuar con la capacitación del personal.
Contrataciones Públicas	Promover la reducción de costos y generar eficiencias mediante el uso de las estrategias de contratación (Compras Consolidadas, Contratos Marco y Ofertas Subsecuentes de Descuentos), así como evaluar los ahorros en materia de contrataciones obtenidos por el uso de las mismas.	Acciones realizadas	Durante el periodo de enero a marzo de 2018, se realizaron un total de 21 licitaciones públicas nacionales e internacionales, de las cuales 7 corresponden a compras consolidadas internas entre los dos hospitales del CRAE y 1 consolidada entre los 2 hospitales del CRAE y el HRAE de Oaxaca; así mismo, adicional a lo anterior, en el mes de septiembre y octubre del ejercicio 2017 se realizaron 2 procedimientos de contrataciones de manera consolidada con entidades y/o dependencia de la Administración pública Federal, con periodos de vigencia para el ejercicio 2018; fungiendo como consolidadora en los dos casos el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Contrataciones Públicas	Utilizar preferentemente el sistema electrónico CompraNet en los procedimientos de contratación conforme a la normatividad en la materia.	Acciones realizadas	Durante los meses de enero a marzo de 2018, se llevaron a cabo un total de 21 licitaciones públicas nacionales e internacionales, las cuales el 100% fueron a través de medios electrónicos, de conformidad a lo estipulado en el artículo 26 Bis, fracción II y 27 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
Contrataciones Públicas	Pactar, en los contratos que suscriban las dependencias y entidades de la APF, cláusulas en las que se indiquen que en caso de desavenencia durante su ejecución, las partes pueden iniciar el procedimiento de conciliación previsto en la LAASSP y LOPSRM, los requisitos que debe cumplir la solicitud y la autoridad ante quien debe presentarla.	Acciones realizadas	En las convocatorias de los procedimientos de contratación de licitaciones públicas (numeral II.12 ó II.13 de la sección II, según el tipo de licitación), así como en la cláusula vigésima octava (para bienes) y vigésima novena (para servicios) de los contratos, se prevén y se pactan conciliaciones por desavenencia; en apego a los artículos 77, 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público y los artículos aplicables del reglamento de la citada ley.
Inversión e Infraestructura	Alinear los programas y proyectos al Plan Nacional de Desarrollo, así como a los programas sectoriales y presupuestarios, con base en el registro en la Cartera de Inversión.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Inversión e Infraestructura	Fomentar la realización de proyectos de inversión con alto beneficio social, mediante el esquema de Asociaciones Público Privadas.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Inversión e Infraestructura	Realizar las evaluaciones socioeconómicas de programas y proyectos de inversión que garanticen el registro en la cartera de inversión de aquellos de mayor rentabilidad social, así como las evaluaciones ex-post de programas y proyectos de inversión seleccionados anualmente por la Unidad de Inversiones y atender, en su caso, los hallazgos derivados de las mismas para garantizar su rentabilidad social.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Inversión e Infraestructura	Capacitar a servidores públicos para elevar la calidad de las evaluaciones socioeconómicas con base en las directrices que establezca la Unidad de Inversiones de la SHCP.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Inversión e Infraestructura	Actualizar mensualmente el seguimiento al ejercicio de programas y proyectos de inversión en el Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Mejora Regulatoria	Identificar y realizar modificaciones a los trámites que tienen impacto en el ciudadano, a fin de permitir la digitalización de procesos e incluirlos, en su caso, en los Programas Bienales de Mejora Regulatoria.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Mejora Regulatoria	Implementar revisiones periódicas de las normas internas sustantivas y administrativas para simplificar -mejorar o eliminar- el marco normativo interno vigente.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Ajustar las estructuras orgánicas de las dependencias y entidades, de acuerdo con las atribuciones conferidas a las mismas.	Acciones realizadas	Derivado del análisis de la estructura referente a las plazas que conforman esta institución, de acuerdo a lo estipulado en relación a sus atribuciones en el estatuto orgánico y el manual de organización se determina que la estructura no es susceptible de cambios, por lo que la institución continua teniendo la misma estructura que contempla el estatuto orgánico.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Evitar el gasto en impresión de libros y publicaciones que no tengan relación con la función sustantiva de la Dependencia o Entidad	Acciones realizadas	Durante el primer trimestre no se ha realizado ningún gasto en la impresión de libros y publicaciones.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Promover la celebración de conferencias remotas, a través de internet y medios digitales, con la finalidad de reducir el gasto de viáticos y transportación.	Acciones realizadas	Se realizaron 25 conferencias remotas con diversas áreas del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, Hospital de Especialidades Pediátricas, Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad. Estimando un costo en ahorros de viáticos de aproximadamente \$ 253,080.00.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Realizar aportaciones, donativos, cuotas y contribuciones a organismos internacionales, sólo cuando éstas se encuentren previstas en los presupuestos.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Racionalizar el gasto en comunicación social con una adecuada coordinación y programación del mismo.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Racionalizar el uso de vehículos e incentivar la compartición de equipos de transporte y la elaboración de planes de logística que permitan obtener ahorros en costos de traslado.	Acciones realizadas	Se programan las salidas de los vehículos oficiales de acuerdo de las solicitudes realizadas por las diversas áreas del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, Hospital de Especialidades Pediátricas y Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud".
Optimización del uso de los Recursos en la APF	En los casos en los que se apruebe la construcción o adecuación de inmuebles, se fomentarán medidas tales como: captación de agua de lluvia, uso de paneles fotovoltaicos, separación y reciclaje de basura, azoteas verdes e instalaciones inteligentes.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Mantener permanentemente actualizada la información de los inmuebles en el Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal (PIFP), Sistema de contratos de arrendamientos y el Registro Único de Servidores Públicos (RUSP) en los campos de "Superficie construida en metros cuadrados" y "Número de empleados-servidores públicos-por inmueble", promoviendo el mejor uso y aprovechamiento de los inmuebles en Destino, uso o arrendamiento.	Acciones realizadas	Se encuentra actualizada la información de los inmuebles en el Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal (PIFP) y el Registro Único de Servidores Públicos (RUSP) en los campos de "Superficie construida en metros cuadrados" y "Número de empleados-servidores públicos-por inmueble".
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Eliminar la duplicidad de funciones en las unidades administrativas o áreas de las dependencias y entidades, así como en las plazas adscritas a las mismas.	Acciones realizadas	Derivado del análisis de la estructura, las plazas que conforman esta institución, según lo contenido en el manual de organización, se ha determinado que no existe la duplicidad de funciones.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Eliminar las plazas de mandos medios y superiores cuya existencia no tenga justificación.	Acciones realizadas	Derivado del análisis de la estructura, las plazas que conforman esta institución de acuerdo a los estipulado en relación a sus atribuciones en el estatuto orgánico y el manual de organización se determina que no existen plazas que no tengan justificación, por lo que la institución sigue contando con el total de sus plazas de estructura.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Restringir la contratación de prestación de servicios profesionales de personas físicas por honorarios.	Acciones realizadas	No se han realizado contrataciones de servicios por Honorarios con cargo al capítulo 1000.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Presentar propuestas de modificación organizacional que consideren funciones transversales susceptibles a compactarse.	Acciones realizadas	Derivado del análisis de la estructura, las plazas que conforman esta institución, de acuerdo a los estipulado en relación a sus atribuciones en el estatuto orgánico y el manual de organización se determina que no es necesaria la modificación de estructuras y por lo tal, la no existencia de plazas de mando medio y superior susceptibles de compactarse o eliminarse.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Privilegiar la distribución de plazas asignadas al sector para fortalecer las áreas de atención directa a la sociedad y/o las áreas sustantivas.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Disminuir de manera anual y gradualmente el nivel de proporción observado en 2012, del gasto en servicios personales con relación al gasto programable.	Acciones realizadas	El gasto destinado a servicios personales como proporción de gasto fue de 63.60%. Sin embargo de conformidad al Programa para un gobierno cercano y moderno se exceptúa de esta medida a la rama médica.
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Ejercer el gasto de operación administrativo por debajo de la inflación.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Optimización del uso de los Recursos en la APF	Reducir el presupuesto destinado a viáticos convenciones y gastos de representación.	Acciones realizadas	Para el arranque del presente año 2018, se continúan aplicando las medidas implementadas desde ejercicios anteriores, para la reducción del gasto de viáticos y pasajes, en el desempeño de comisiones oficiales, privilegiando que en su motivación sean estrictamente necesarias y plenamente justificadas, para dar cumplimiento a los objetivos institucionales, los programas o las funciones conferidas a esta Entidad, tales como: el intercambio de conocimientos e información institucional; la ejecución de proyectos prioritarios; y la verificación de acciones o actividades de la Administración Pública Federal, entre otros.
Participación Ciudadana	Llevar a cabo Ejercicios de Participación ciudadana con grupos estratégicos de los sectores social y privado, y atender las propuestas ciudadanas que de ahí se deriven.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Política de Transparencia	Identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Política de Transparencia	Difundir en audiencias estratégicas la información socialmente útil publicada por las dependencias y entidades.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Política de Transparencia	Incentivar el uso, intercambio y difusión de la información socialmente útil en la población.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Presupuesto basado en Resultados	Revisar anualmente las Matrices de Indicadores para Resultados, para garantizar que las mismas sean el instrumento de planeación estratégica y de gestión que propicien el logro de los objetivos sectoriales, así como de monitoreo permanente de resultados, involucrando a las áreas de planeación, programación, presupuesto, ejecutoras del gasto y de evaluación.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Presupuesto basado en Resultados	Considerar la información de desempeño en las decisiones presupuestales y mantener una estructura programática eficiente mediante la eliminación, fusión o modificación de aquellos programas que no sean eficaces, eficientes o que presenten duplicidades con otros programas.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Presupuesto basado en Resultados	Identificar y transparentar los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de las evaluaciones externas a los Programas presupuestarios que transfieran recursos a las entidades federativas a través de aportaciones federales, subsidios o convenios.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Procesos	Optimizar los procesos, previa alineación y mapeo, implementando mejoras y redistribuyendo las actividades asignadas al recurso humano, a través de proyectos en los que participen una o más dependencias y entidades.	Acciones realizadas	El 9 de enero de 2018, se validó la fase 4 del proyecto "Mejorar el proceso de consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud" y se finalizó la documentación del cierre del proyecto. Actualmente el proyecto "Mejorar el proceso de consulta externa en el Hospital de Especialidades Pediátricas", se encuentra en la fase 3 y se espera concluir en el 2o. trimestre de 2018.
Procesos	Estandarizar, a través de proyectos, los procesos con fines similares para homologar su operación y garantizar la calidad de sus resultados, previa alineación y mapeo.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Recursos Humanos	Establecer convenios de cooperación técnica con instituciones públicas y privadas en materia de gestión de recursos humanos y SPC.	Acciones realizadas	Actualmente se cuenta con 19 convenios vigentes los cuales son de colaboración, cooperación, capacitación, investigación, docencia con las siguientes instituciones: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Instituto Nacional de Pediatría, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Universidad Autónoma de Chiapas, CRIT Teletón Chiapas, Secretaría de Educación del Estado de Chiapas, Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" y el Hospital General de Tapachula, Instituto de Salud de Chiapas, Instituto de Profesionalización del Servidor Público, el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas (IESCH), Conalep, Universidad del Sur.
Recursos Humanos	Gestionar los procesos de recursos humanos, incluyendo el SPC, por competencias y con base en el mérito.	Acciones realizadas	La institución elabora un programa de trabajo para contar con la capacitación para la profesionalización y mejora del desempeño de los mandos medios de la Institución.
Recursos Humanos	Promover convenios de intercambio de servidores públicos con fines de desarrollo profesional.	Acciones realizadas	No se cuenta con intercambio de servidores públicos, se hace el análisis para determinar con qué institución pudiera ser factible tal convenio.
Recursos Humanos	Establecer, de conformidad con la normatividad aplicable, evaluaciones de desempeño eficientes para los servidores públicos.	Acciones realizadas	Se realizó la evaluación de los mandos medios y se envió el archivo layout a la Dirección General Adjunta del Servicio Profesional de Carrera.
Recursos Humanos	Elaborar estudios de prospectiva en materia de recursos humanos, profesionalización y organización.	Acciones realizadas	Se está realizando el análisis de la información, para determinar la elaboración de los componentes del estudio prospectivo en materia de recursos humanos.
Recursos Humanos	Fortalecer la calidad y oportunidad de la información que se registra en materia de recursos humanos.	Acciones realizadas	Se ha realizado la carga a los sistemas RUSP (Registro Único de Servidores Públicos), SINERHIAS (Subsistema de Información en Salud/ Subsistema de Información y Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud) la información de todos los trabajadores que integran la plantilla autorizada en tiempo y forma durante el actual trimestre y así como también se llevó a cabo la actualización del SIARHE (Sistema de Información Administrativa de Recursos humanos en Enfermería)
Recursos Humanos	Fortalecer la vinculación entre los objetivos estratégicos, el tipo de organización y las previsiones de los recursos humanos.	Acciones realizadas	La institución se encuentra realizando el programa de trabajo en en relaciona a los objetivos estratégicos y su relación con los recursos humanos.

Tema	Compromiso	Tipo de Respuesta	Avances en el cumplimiento
Tecnologías de la Información	Efectuar desarrollos y/o adecuaciones de los sistemas informáticos a fin de que se tengan los trámites y servicios de la dependencia o entidad de manera digitalizada, incluyendo su integración al portal www.gob.mx y asimismo se habiliten procedimientos para proveer éstos en los diversos canales de atención de la Ventanilla Única Nacional.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Tecnologías de la Información	Efectuar desarrollos y/o adecuaciones de los sistemas informáticos de la dependencia o entidad para habilitar procesos administrativos digitalizados, incluyendo el uso del correo electrónico y/o la firma electrónica avanzada cuando sea procedente, con el fin de privilegiar el gobierno digital por medio del uso de documentos electrónicos para promover un gobierno sin papel.	Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar	
Tecnologías de la Información	Contratar, implementar y gestionar las TIC con apego a las disposiciones, estándares y guías técnicas, así como el manual administrativo de aplicación general en las materias de TIC y de seguridad de la información (MAAGTICSI), que se expidan por las instancias facultadas y que apliquen a la dependencia o entidad.	Acciones realizadas	La Unidad de Gobierno Digital dictaminó dos proyectos como favorables: ARRENDAMIENTO DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA GUBERNAMENTAL con número de referencia: UGD/409/DGAENG/202/2018 y Servicio digital de Almacenamiento y gestión de imágenes y reportes de estudios de Imagenología en el área de Imagenología para el Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud con número de referencia: UGD/409/DGAENG/500/2018 , este último ya cuenta con contrato; dos proyectos más se encuentran en proceso de dictaminación: Arrendamiento del Servidor de Nómina con Sistema Operativo Theos y Servicio en nube digital de Almacenamiento y gestión de imágenes y reportes de estudios de Imagenología para el Hospital de Especialidades Pediátricas; todo ello en cumplimiento al Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información.
Tecnologías de la Información	Establecer los mecanismos y, en su caso, adecuar los sistemas informáticos en la dependencia o entidad a fin de que se propicie la disponibilidad de información al ciudadano en forma de datos abiertos.	Acciones realizadas	Se dio cumplimiento a la segunda Guía de implementación de la Política de Datos Abiertos en específico a los 1.1 Formar un grupo de trabajo y designar un Enlace y Administrador de Datos Abiertos, 1.2 Priorizar los datos de valor y 1.3 Generar, publicar y actualizar el Plan de Apertura Institucional de Datos Abiertos los cuales se encuentra publicado en la herramienta ADELA.

Informe de avances sobre Convenio con el FONDEN.

Referente a los daños causados por los sismos del pasado 14 de junio de 2017 en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, el día 14 de mayo de 2018 se presentó la empresa Constructora GERMER, S.A. de C.V. quien está en proceso de reparación de los daños; dicha empresa fue contratada a través Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física de la Secretaría de Salud.

Los trabajos en el Hospital de Especialidades Pediátricas ya concluyeron, las facturas con sus respectivos soportes ya fueron presentados el pasado 11 de mayo de 2018 en Banobras para su pago; el día lunes 28 de mayo de 2018 se recibieron a través de correo electrónico observaciones de los expedientes, los cuales ya fueron solventadas el día viernes 01 de junio de 2018. Por lo que únicamente estamos pendientes de los pagos a los proveedores.