

CIUDAD DE MÉXICO, A 31 DE OCTUBRE DE 2018.

I. Marco jurídico de actuación

El Instituto Nacional De Cardiología Ignacio Chávez (INCICH) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal: Atención de los padecimientos cardiovasculares de alta especialidad, investigación científica, formación de recursos humanos calificados en el territorio nacional.

Legislación federal e internacional

El fundamento jurídico del INCICH parte de los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los EUM que se refieren a la garantía, al derecho natural de la población, a la salud como compromiso con tratados internacionales relacionados a derechos civiles y políticos, la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU.

El ejercicio de las acciones se justifican por los ordenamientos de leyes encabezadas por la Ley General de Salud y la de Institutos Nacionales de Salud que regulan las acciones sustantivas: Investigación, Enseñanza y Atención Médica.

El desempeño gerencial se regula por leyes globalizadoras de la función pública (LOAPF), la actuación de órganos paraestatales y de responsabilidades de servidores públicos. Las acciones relacionadas con el manejo de recursos financieros, laborales y de los bienes patrimoniales de las entidades públicas del Gobierno Federal.

Los Reglamentos a las leyes federales son pauta para acciones tácticas del funcionamiento institucional, tales reglamentos los encabezan aquellos relacionados con leyes administrativas y presupuestales, como el de la Ley de Entidades Paraestatales, Arbitraje Médico, Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas, Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Bienes nacionales y reglamentos sobre archivos institucionales. Recientemente los reglamentos sobre sistemas informáticos atendiendo a las iniciativas del Ejecutivo Federal sobre todo en el ahorro al consumo de energéticos, agua y papel mediante el uso de internet y correo electrónico.

Otra serie de reglamentos que dan pauta a las acciones tácticas y operativas son las relacionadas con la administración de los recursos humanos, el medio ambiente y protección civil y telecomunicaciones. Lo anterior tiende a alinear en el uso racional de los recursos gubernamentales acciones transversales de austeridad gubernamental.

Plan Nacional de Desarrollo (PND) y Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

La vertiente ejecutiva que norma al INCICH Plan Nacional de Desarrollo (PND), que da pauta al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) en sus 47 programas de acción y 52 Normas Oficiales Mexicanas (NOM), de cumplimiento obligatorio, que regulan las acciones de infraestructura, equipamiento, procesos hospitalarios y sanitarios. Así como la vigilancia y prevención de enfermedades y control de calidad de los procesos en el otorgamiento de atención médica, investigación y formación de recursos humanos en el ámbito de su competencia.

En los 47 Programas Nacionales de Acción prioritaria marcados por el PROSESA el INCICH participa en 14 de ellos relacionados con Investigación Científica y Desarrollo tecnológico; Atención Médica de Alta Especialidad y programas de prevención de enfermedades principalmente crónico degenerativas y del metabolismo, así como en programas de insumos para la atención a la salud; Enseñanza y formación de recursos humanos para la salud; Programa de enfermería; Programas de infraestructura y medio ambiente así como salud en el trabajo.

El INCICH es una entidad consejera del Sector Salud en materia de control de enfermedades crónico degenerativas y colabora con el Consejo de Salubridad General (CSG), con el Nacional de Salud, con las diversas Subsecretarías y las Comisiones Nacionales de Seguro Popular, COFEPRIS, como asesor en materia de control de enfermedades cardiovasculares. Por lo que una de sus principales acciones es la presidencia del Consejo Nacional contra las Enfermedades Crónico Degenerativas (CONACRO) en donde colabora con las diferentes Subsecretarías de la SS en su desarrollo y acuerdos.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

De las 52 NOM corresponden a atención médica 36, de las cuales 2 son para atención ambulatoria, 5 para infraestructura y

equipamiento, 4 relativas a la protección ambiental, 3 para cirugía, 3 para información en salud y expediente clínico, 4 para vigilancia epidemiológica y control de enfermedades nosocomiales; 2 para farmacia hospitalaria, 9 para prevención de enfermedades, 5 son para servicios auxiliares y de diagnóstico y otras 5 para vigilancia médica de la mujer, el niño y el adolescente.

Corresponden a investigación 2 NOM relacionadas con la investigación clínica y biomédica. Es este sentido, investigación se fundamenta también en las NOM de bioética y de Comités de Investigación biomédica.

Enseñanza se fundamenta en 2 NOM para la formación de pre y posgrado ya que la formación de especialistas y subespecialistas médicos y de enfermería es uno de los pilares institucionales.

Enfermería tiene su fundamento en la NOM 019 que corresponde a la práctica de los cuidados y que contiene 27 reglamentos interiores para la actuación clínica y hospitalaria.

Existen vacíos regulatorios en la práctica de enfermería y de investigación sobre todo porque se hace importante que la CCINSHAE sugiera reglas específicas para este campo en cuanto a publicaciones y criterios de clasificación y remuneraciones a investigadores, así como CONACYT delegue procesos regulatorios sobre el control de resultados de investigación a los INSALUD.

(FUENTE: Oficio INC/AJ/032/04/01/2018, de fecha 17 de enero de 2018, firmado por la Lic. Rosa Jarillo García, Personal Adscrito al Departamento de Asuntos Jurídicos.)

Convergencias del INCICH con las estrategias del PND y el PROSESA

Concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo. El PND expone la ruta para contribuir a que la población cumpla con el objetivo de llevar al país a su máximo potencial. Plantea cinco metas: La Paz; Inclusión social; Educación de calidad; Prosperidad; y Responsabilidad global.

Plantea como apertura programática una pregunta que da relevancia a la productividad y es ¿Por qué algunos países han logrado desarrollarse y proveer a su población de una mejor calidad de vida mientras que otros han quedado rezagados? ¿Por qué existen regiones del país más avanzadas que otras? Señala como respuesta el dinamismo de la productividad. Los países que han establecido las condiciones para que su productividad crezca de manera sostenida, han podido generar mayor riqueza y establecer una plataforma en la que su población tiene la oportunidad de desarrollarse plenamente.

El INCICH en el período 2012 a 2018 da respuesta al Desarrollo de un México Incluyente, apartado de desarrollo social que es prioridad por la polaridad social, los factores que mantienen en situación de marginación y exclusión social a las personas están derivados de la políticas de programas educativos, laborales y de salud.

En el caso de las enfermedades cardiovasculares (ECV) las causas están en la pobreza, mala calidad de vida, adicción al tabaco, mala alimentación, sedentarismo, vida prolongada y estrés de la urbanización.

Estos factores de riesgo son la base de la hipertensión, enfermedades metabólicas, respiratorias crónicas que finalmente derivan en trastornos cardiovasculares como infarto del miocardio y enfermedad vascular cerebral.

El INCICH debe realizar pautas para la promoción de la salud desde el hogar, políticas públicas sobre alimentación y activación física, derivadas de los centros escolares, laborales, así como de acciones extendidas a todos los niveles de atención sobre prevención y control en todo el ciclo de vida de las personas genera un control de las enfermedades. Esta hipótesis y muchas otras deben darse en torno a la oportunidad del PND que tiene como prioridad activar la buena salud en pro de potenciar todas nuestras capacidades.

Por ello el acceso a los servicios de alta calidad y con apoyo al gasto en salud de las familias es un motor que reactivará a la sociedad desde la perspectiva del INCICH, en términos de la justicia social, se da acceso a las personas en forma igualitaria y se agrega el apoyo a la formación de recursos humanos e implementación de modelos eficaces de promoción, prevención y atención de ECV, que afectan el estilo de vida de la población.

Atender oportunamente con cirugía, cateterismo cardíaco entre otras, previene la discapacidad de personas que no gozaban de buena salud, esta contribución efectiva además se agrega la transferencia tecnológica cuando se difunden conocimientos e intervenciones cardiovasculares a todos los niveles de atención y cuando se da acceso a servicios de alta y mediana especialidad sobre todo en forma preventiva.

El financiamiento de los gastos médicos debe tender a universalizar la protección social en salud e incrementar el pago por medio de estrategias institucionales mediante el cobro al Seguro Popular. El INCICH propone desde el inicio del período de gobierno la facturación cruzada con otras dependencias del Sector Salud, así como el apoyo con tecnología y recursos humanos a las entidades

federativas mediante la estrategia de control de enfermedades ECV.

Como respuesta al Ejecutivo Federal el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), generó seis objetivos durante el período 2013-2018, estos objetivos tienen como prioridad el mejoramiento de la salud, la promoción sanitaria y la prevención de las enfermedades. Tiene como ejes horizontales perspectiva de género y multiculturalidad e incorpora intervenciones sanitarias públicas y hacia los estilos de vida de las personas que pongan en riesgo la vida y la integridad física y mental.

El INCICH responde a estos compromisos asegurando el acceso a servicios de alta calidad mediante la certificación del CSG y recertificaciones técnicas con ISO 9001-2015. Otro objetivo fue reducir las brechas entre los grupos sociales y regiones del país y asegurar el uso efectivo de los recursos en salud. Avanzar en la universalización del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Las convergencias del INCICH al PND y el PROSESA fueron, acciones de educación alimentaria, fortalecimiento de la investigación social y epidemiológica, y consolidación de la investigación clínica y básica biomédica. Activación de atención médica desde el primer contacto con modelos eficaces de prevención de enfermedades con énfasis en las ECV. Colaborar con estudios CV en los diferentes grupos etarios en padecimientos y riesgos específicos sobre todo en la prevención y control del infarto y en el estudio de las cardiopatías congénitas.

Otras convergencias fueron el fortalecimiento de la infraestructura física con adaptaciones para pacientes y familiares discapacitados y reducción de riesgos de incendio y contra fenómenos naturales asegurando la integridad de las personas y de las instalaciones. Acreditación y certificación de procesos técnicos y gerenciales. Desarrollo de cooperación general con el modelo de Prevención de ECV, alianzas estratégicas con centros académicos para desarrollo de conocimiento y una estrategia de mejora de producción y reproducción de conocimiento científico mediante formación y actualización de profesionales de la salud y desarrollo de la telemedicina para cursos presenciales y virtuales. Apoyo al registro nacional de casos de ECV en coordinación con otras dependencias del SNS. Complementación del apoyo a gastos catastróficos por parte del Seguro Popular. Proyecto de gestión financiera, con proyectos de mejoramiento de ingresos propios y de terceros, así como del uso exhaustivo de la planta física.

Programa de Acción del INCICH

Estas convergencias con el PND y el PROSESA se encuentran plasmadas en los programas de la Dirección General de 2013 a 2018.

Lo anterior da pauta para que se atienda de la misma forma a 14 ordenamientos de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2012) en donde plasman las atribuciones y responsabilidades del INCICH en forma vertical que en general implican:

1. Realizar investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promoción de la salud. Publicar sus resultados y difundir sus avances. Promover reuniones de intercambio científico, convenios de cooperación técnica.
2. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización mediante la formulación y ejecución de programas académicos y reconocer la educación otorgando constancias curriculares y grados académicos.
3. Prestar servicios de salud en todo el ciclo de la historia natural de las ECV y en las fases preventivas, ambulatorias y hospitalarias, urgentes, quirúrgicas y de terapia intensiva. Promover acciones de protección a la salud en ECV.
4. Asesorar y formar opinión a la SS cuando sea requerido y actuar como órgano de consulta, técnica y normativa de las dependencias de la APF así como otorgar consultoría a título oneroso a personas de derecho privado, centros de investigación, enseñanza o atención médica públicas o privadas. Colaborar con la SS en la actualización de la situación sanitaria del país respecto a las ECV.

El Programa del INCICH para el periodo 2013-2018 se compuso de dos documentos relacionados con los periodos de gobierno interno de 2009-2014 y otro 2014-2019. Ambos documentos dan continuidad a actividades centradas en la salud cardiovascular y contienen:

Misión

El compromiso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, es proporcionar atención cardiovascular de alta especialidad con calidad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social; asimismo, desarrolla investigación de vanguardia y forma especialistas en cardiología y ramas afines. El cumplimiento de estas funciones ha sido un instrumento de ayuda social y humana que pugna por la prevención de las cardiopatías y ayuda a la rehabilitación integral de los enfermos.

Visión

Continuar como una institución de liderazgo nacional en el campo de Cardiología, con respeto y presencia internacional siendo un modelo de organización pública que canalice con oportunidad y eficiencia los recursos disponibles para garantizar el cumplimiento de

los objetivos institucionales, lo que nos facilitará evolucionar al ritmo de los cambios vertiginosos del entorno internacional.

(FUENTE: Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Estos programas se desglosaron anualmente y se enfocan con a un modelo de acción contra: riesgos cardiovasculares; atención de cardiopatías; y el estudio y difusión de los modelos de atención y las bases biológicas de las ECV.

Las actividades sustantivas del programa se desarrollaron en torno a la producción y reproducción de conocimiento, la formación de recursos humanos para la salud y la prestación de servicios médicos y de enfermería.

Las actividades estratégicas estuvieron orientadas a la generación de políticas públicas, modelos de atención contra ECV y fortalecimiento de la Cardiología de Alta Especialidad.

En el análisis organizacional del Programa de trabajo se realizó un FODA, árbol de problemas y objetivos que posteriormente han servido para dar directriz a soluciones e indicadores de resultados a través del modelo de programación por resultados.

El problema central a vencer fue la baja eficiencia del sistema de atención que tenía como causa de base una falta de avance en acciones preventivas contra riesgos de ECV y falta de seguimiento a los pacientes bajo tratamiento. Una sobre demanda por falta de respuesta de los servicios de menor complejidad un bajo rendimiento en los servicios de atención desde 2005 hasta el 2012 en que se evalúan las acciones. La falta de regulación desde los niveles centrales, así como deficiencias en los indicadores de resultados, incremento de los costos de los insumos para la atención sobre todo de alto consumo y alto costo, aunado al continuo control presupuestal, generaron presión de gasto e insuficiente inversión en nuevos procesos de inversión y por ende dificultades para alcanzar la calidad de la atención que es característica del INCICH.

Actores involucrados.

Para el programa la población a ser atendida sobre todo aquella sin seguridad social y vulnerable fue el actor principal por lo que se requirió alinear procesos de atención, investigación y enseñanza para mejorar la calidad de la atención y en tanto continuar con el programa de mirar la atención a urgencias calificadas y control preventivo de los padecimientos mediante consejería a las instancias federales correspondientes para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

Se debieron realizar protocolos de atención para homologar procedimientos y el desarrollo de investigación clínica con enfoque a prioridades nacionales, así como optimizar la capacidad instalada y reducir el rezago en cirugía y procedimientos especiales racionalizando el consumo de medicamentos y materiales en general.

El segundo actor en el programa fue el personal que presta los servicios de salud donde se fortalecieron valores de humanismo y calidad en el servicio así como el reconocimiento al liderazgo de grupos e individuos expertos en la cardiología nacional e internacional, se generaron estrategias de consenso institucional para la evaluación del desempeño y el incremento de la profesionalización y el nivel de investigación que será explicado más adelante.

La solución central fue la eficiencia de los sistemas de administración y atención médica, se potenció con el valor de las investigaciones y el liderazgo académico renovado. Se fortaleció la transferencia tecnológica a unidades de la SS en el primer y segundos niveles de atención. La organización del programa en matrices de indicadores de resultados permitió procesos mejorados que consolidaron la certificación del Consejo de Salubridad General.

Políticas del Programas anuales INCICH 2013-2017

1. Mejorar el acceso a pacientes con ECV reorganizando la atención médica y consolidación de la preventiva en primero y segundo niveles.
2. Vincular a la atención médica, investigación y docencia con concepto traslacional.
3. Mantener un clima organizacional con protección a los derechos laborales y la mejora de las condiciones de trabajo.
4. Profesionalizar recursos humanos en particular a las áreas administrativas y enfermería.
5. Fortalecer el financiamiento controlando pérdidas y diversificando ingresos.

Estrategias

En este entorno se plantearon 3 estrategias: 1. Relacionada con investigación y enseñanza traslacionales para priorizar el control de ECV con 6 líneas de acción con un fuerte componente de vinculación con centros académicos; 2. Orientada a fortalecer las competencias en el desempeño de los recursos humanos, enfocar alta tecnología y con acciones multidisciplinarias, con 5 líneas de acción principalmente orientadas a la eficiencia institucional; 3. Una gestión financiera más eficiente y básicamente controlando

pérdidas y con ventaja de las fuentes de recursos disponibles. 5 líneas de acción en un tono de austeridad inteligente.

Proyectos de Desarrollo Institucional (DI)

Los proyectos de DI para cumplir con las estrategias y fortalecer las acciones sustantivas van desde el desarrollo de patentes y productos tecnológicos; telemedicina; reingeniería de la atención quirúrgica; Áreas nuevas para investigación; Unidad de prevención de riesgos; Gestión financiera; Recertificación por el CSG; Centro de adiestramiento en reanimación CV; Vigilancia de ECV; Farmacia hospitalaria; Unidad periférica UNAM; Consolidación de la Revista Archivos de Cardiología. Cada proyecto con un objetivo y metas para su desarrollo.

(FUENTE: Instituto Nacional de Cardiología. Programa de Trabajo 2014-2019)

Diseño Organizacional

Se solicitó autorización de la modificación de la estructura orgánica aprobada el 30 de junio de 2017 y Estatuto Orgánico del INCICH publicado en el DOF quedando a nivel de estructura como sigue:

1. Órganos de administración: Junta de Gobierno y Dirección General;
2. Órganos de Consulta: Patronato; Consejo Asesor Externo; Consejo Técnico de Administración y Programación.
3. Unidades administrativas sustantivas: 5 direcciones de área; 11 subdirecciones.
4. Las unidades subalternas la constituyen: 61 departamentos; 20 coordinaciones; un total de 2104 plazas de base.
5. Cuenta con un Órgano Interno de Control a nivel de dirección de área con tres Subdirecciones de Área.

(FUENTE: Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

El INCICH se rige por un Manual de Organización Específico y Manuales de procedimientos para la Direcciones de Área y Subdirecciones que a su vez contienen 63 manuales de procedimientos específicos para actividades de las áreas sustantivas.

(FUENTE: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Normateca Interna)

En 2016 y 2017 se modificó el Estatuto Orgánico para adecuar el Artículo 45 bis agregando el Comité Interno para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio; el Comité de Innovación y Desarrollo Tecnológico; Comité Interno de Protección Civil y Hospital Seguro; Comité de farmacovigilancia. Se derogan dos subcomités.

Alineación de programas con el PND. Este programa contiene metas institucionales relacionadas con la Atención a la salud (E023); Formación y capacitación de recursos humanos (E010); Investigación y desarrollo tecnológico en salud (E022); Mantenimiento de la infraestructura (K027); Actividades de apoyo administrativo (M001).

Medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos.

El Instituto se basa en los 16 proyectos generales y especifica 2 más que son la mejora del Archivo clínico y la Automatización del censo hospitalario.

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.

Este programa está integrado por los siguientes temas: Acceso a la información; Archivos; Contrataciones públicas; Inversión e infraestructura; Mejora Regulatoria; Optimización del uso de los recursos en la APF; Participación ciudadana; Política de transparencia; Presupuesto basado en resultados; Procesos; Recursos humanos profesionalizados; Tecnologías de la información, trámites digitalizados, procesos administrativos optimizados digitalizados, Índice de datos abiertos.

Estos instrumentos federales permiten la transparencia en el uso de los recursos y la medición del desempeño y el avance en la contribución del INCICH a los propósitos federales así como la transparencia en las operaciones técnicas y administrativas basados en la austeridad regulatoria y la simplificación administrativa.

(FUENTE: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Programas de Trabajo anuales)

Durante el primer semestre del 2018, este apartado no tuvo cambios en relación al marco jurídico aplicable a diciembre de 2017.

Al periodo que se informa, este apartado no presenta cambios en relación a lo reportado a junio de 2018.

II. El Resultado de los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios

a. Los objetivos, metas, políticas y estrategias de gobierno

Los programas presupuestarios del INCICH se vincularon al Plan Nacional de Desarrollo y al Programa Sectorial de Salud de la siguiente manera:

Programa E023. Atención a la Salud. Como programa presupuestal corresponde a la Meta 2 del PND, México incluyente y a su estrategia transversal 2.3, asegurar el acceso a los servicios de salud (SS). Esta estrategia se relaciona con el objetivo 2 del PROSESA: Asegurar el acceso efectivo a SS con calidad; a su vez con el Objetivo 2 del PAEMAE. El objetivo del PAEMAE para Atención Médica es la generación de modelos de atención en la prevención, paliación y curación de los padecimientos cardiovasculares en apoyo a la reducción de la carga de la enfermedad y a la sobrevivencia de la población.

Los indicadores básicos de la atención médica para asegurar el acceso a SS de alta calidad son: consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, defunciones hospitalarias, calidad de la atención, abasto de medicamentos.

La atención ambulatoria tiene como base la consulta externa y su relación con el acceso, consulta de primera vez, nivel de subsecuencia, urgencias. La atención hospitalaria y la quirúrgica están ligadas a la disponibilidad de recursos para la atención, uso y extensión de uso así como la productividad del personal asignado a la atención.

Como resultados de la atención se encuentran los indicadores de egreso hospitalario, sus causas y defunciones, así como la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Entre los indicadores de calidad de la atención se encuentra el abasto de medicamentos en hospital y los indicadores de utilización de la capacidad instalada.

Programa E010. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

Este programa corresponde al Objetivo 4 del PND, México próspero así como a la estrategia transversal, Mantener la estabilidad macroeconómica del país. Para el PROSESA corresponde al objetivo 5, Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud; y del PAEMAE al objetivo 3, Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades coordinadas.

El objetivo fundamental de la formación de recursos humanos para la salud en el INCICH es la reproducción de conocimiento para la práctica de modelos de atención de vanguardia, el mejoramiento de la calidad de la atención y prevención de daños a la salud en problemas cardiovasculares con recursos humanos de excelencia académica, la investigación de los principios causales y de acciones de intervención efectivas.

Los indicadores principales son el número total de alumnos formados, el nivel de pre y posgrado, cursos de alta especialidad y la actualización y educación continua. También es indicativo del cumplimiento de los compromisos nacionales la formación de científicos de nivel maestría y doctorado. Como garantía de calidad se encuentran los reconocimientos y nivel de competitividad respecto a la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en el área cardiovascular.

Programa E022. Investigación y Desarrollo tecnológico en salud.

Este programa está ligado al objetivo 4. México próspero, del PND, así como a su estrategia transversal 4.1 Mantener la estabilidad macroeconómica del país. Así como al objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

En investigación el propósito fundamental es la generación de conocimiento básico, clínico, epidemiológico y social para el conocimiento de las causas, manejo y remediación de las enfermedades cardiovasculares y anticipar y prevenir los riesgos y el efecto de los determinantes desde el nivel molecular hasta el poblacional.

Como Instituto Nacional el INCICH tiene como compromiso la investigación científica, esta función sustantiva tiene como indicadores tres rubros principales: los investigadores, las investigaciones y las publicaciones.

Los investigadores tienen que ver con su número, productividad, nivel académico y las áreas en donde ponen énfasis en la producción de conocimiento. Las investigaciones tienen relación con el tipo de proyecto o protocolo, su calidad representada por la capacidad de financiamiento, el tiempo de evolución desde el registro hasta la conclusión, la eficiencia de los comités en cuanto a la recepción y aceptación de estudios. De estos mismos la asistencia a reuniones científicas para la difusión del conocimiento. El tipo de publicaciones y el nivel de calidad de los artículos en revistas indexadas.

Programa K027. Mantenimiento de la Infraestructura.

Este programa tiene relación con el Objetivo 2 del PND, México incluyente y con la estrategia 2.3. Asegurar el acceso a los SS. Así como con el Objetivo 5 del PROSESA Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y con el Objetivo 3 del PAEMAE, Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades coordinadas.

El indicador más importante fue el monto del gasto corriente que se aplicó anualmente a la conservación de la capacidad instalada, su

incremento y el gasto en bienes muebles, materiales y suministros así como en servicios generales. Otro indicador es el ejercicio de gasto en obra pública y mantenimiento y remodelación. Acciones para la seguridad del inmueble. Todas estas acciones de inversión y conservación de las instalaciones se consideran por el PAEMAE como elementos fundamentales del cumplimiento de los propósitos de gobierno para garantizar acceso efectivo y calidad de los servicios que se proporcionan en el INCICH.

Programa M001. Actividades de apoyo administrativo.

Las actividades de apoyo administrativo están vinculadas a la reducción de duplicidad y de omisiones. Están relacionadas al PND en su objetivo 2, México incluyente; a la estrategia 2.3, asegurar el acceso a los SS; con el PROSESA con el objetivo 5. Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud y con el Objetivo 3 del PAEMAE, Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades coordinadas.

En este programa se debe cumplir la renovación al equipamiento; uso de tecnologías de información vinculadas a redes de servicio en particular la telemedicina que es un puntal de trabajo en educación e investigación en el INCICH.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexos de capítulos. Programas de Trabajo Anuales)

Durante el primer semestre del 2018, este apartado no tuvo cambios en relación a lo reportado a diciembre de 2017.

(FUENTE: Programa de Trabajo 2018 del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Al periodo que se informa, este apartado no presenta cambios en relación a lo reportado a junio de 2018.

(FUENTE: Programa de Trabajo 2018 del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

b. Las acciones y los resultados de los programas sectoriales, institucionales, transversales, regionales y especiales; los programas sujetos a reglas de operación o cualquier otro, los proyectos estratégicos y/o prioritarios

El INCICH vinculó sus estrategias al PND con programas presupuestarios: E023. Atención a la Salud (AS) para acceso efectivo; E010. Formación y capacitación de los recursos para la salud; E022. Investigación y Desarrollo tecnológico.

E023. AS. Ligado a: objetivo 2 y estrategia 2.3 del PND; objetivo 2 del PROSESA; PAEMAE.

Se incrementó la consulta (externa y urgencias) 15.2%: 2013, 117,041; 2014, 122,227; 2015, 123,747; 2016, 131,719; 2017, 134,774.

El promedio de incremento anual fue 3.1% con incremento de 50% para la consulta de urgencia o admisión continua, esto redujo la defunción por infarto (20%) y de la Enfermedad Vascular Cerebral (32%). Las urgencias calificadas, estables a razón de 1:1.7, ante el compromiso de cero rechazo.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexo Estadístico. Atención Médica)

Se incrementaron las consultas de 1a vez 28.8%: 2013: 3,758; 2014: 4,054; 2015: 3,310; 2016: 4,839; 2017: 3,643. Se mantuvo estable el índice de subsecuencia: 2013: 26.2; 2014: 25.0; 2015: 31.0; 2016: 21.8; 2017: 30.2, refleja precisión del diagnóstico y tratamiento.

Hospitalización. Se mantiene estable de 2013 a 2017, con promedio de 5,285 egresos anuales (EH), ocupación hospitalaria (OH) de 79.8% y promedio de estancia hospitalaria (PEH) de 10.8 días, las cifras anuales en ese orden son: 2013, 4,979 EH, 78.8% OH y 11 PEH; 2014, 5,086 EH, 80.4% OH y 10.4 PEH; 2015, 4,983 EH, 80% OH y 10.1 PEH; 2016, 5,792 EH, 80.8% OH y 10.2 PEH; 2017, 5,584, EH, 79.0% de OH y 10.4 PEH.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexo Estadístico. Atención Médica)

En hospitalización ingresaron por urgencias en 2013, 40.3%; 2014, 42.2%; 2015, 41.3%; 2016, 39.1%; 2017, 40.8%. Se propuso mejorar el acceso mediante: 1. Formación de personal; 2. Acciones extramuros; y 3. Telemedicina.

El índice de rotación (IR), fue 26.4 en promedio y el de Sustitución (IS) 2.6 días. Para 2013, IR de 26.1 y IS de 2.7; 2014, IR de 26.5 y IS de 2.5; 2015, IR de 26.7 y IS de 2.5; 2016, IR de 27.2 y IS de 2.4; 2017, IR de 26.2 y IS de 2.8. Esto propicia una mejor higiene de las áreas y la disminución de la tasa de infección intrahospitalaria, en promedio de 3.7 por 100 egresos: 2013, 3.9%; 2014, 3.6%; 2015, 3.7%; 2016, 3.5%; 2017, 3.6%. Implicó que se extendiera el programa de control de extubaciones, clínica de catéter y estomas.

Las defunciones en el periodo presentaron una tasa bruta (TB) de 6% y la tasa ajustada (TA) fue 4.0%. Las cifras para la TB son como sigue: 2013, 319 casos, 5.7% TB; 2014 295 casos y 5.2%; 2015, 315 casos y 5.5%; 2016, 350 casos y 6.0%; 2017, 354 casos y 6.3%.

La TA fue para: 2013, 233 y 4.2%; 2014, 210, 3.7%; 2015, 221 y 3.9%; 2016, 251 y 4.3%; 2017, 264 casos y 4.7%.

El grado de satisfacción de los usuarios se encontró en niveles superiores al 88% en atención ambulatoria y 89.2% en hospital en promedio hasta 2017.

Se realizaron 1,788 cirugías (PT) en promedio anual (1,120 mayores –Ma- y 668 menores –Me-): Para 2013, 1,831 PT, 1,183 MA y 648 ME; 2014 1,807 PT, 1151 MA, 656 ME; 2015, 1,726 PT, 1,070 MA y 656 ME; 2016, 1,736 PT, 1,044 MA y 692 ME; 2017, 1,841 PT, 1,151 MA y 690 ME; se realizó un proyecto para optimizar las instalaciones con incremento del desempeño de los cirujanos y uso extensivo de quirófanos.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General. Aspectos Cuantitativos de Asistencia) E022. Investigación y desarrollo tecnológico en salud.

La inversión en investigación científica (Recursos de Terceros) se incrementó 2.4 veces, de 25.1 Mdp hasta 61.6 Mdp, de 2013 a 2017. 2013, 25.1 Mdp; 2014, 22.7 Mdp; 2015, 30.8 Mdp; 2016, 61.6 Mdp; 2017, 59.8 Mdp Implicó investigaciones de mayor complejidad, incremento en el área clínica, 20 a 38 tesis anuales de especialistas publicadas. Disminuyeron publicaciones en libros y se incrementaron los artículos científicos quedando en promedio de 138 anuales.

Incremento de protocolos de investigación de 52 a 140 y a 95% el indicador de proyectos realizados/ programados, haciendo más eficiente la asistencia a congresos para difusión de resultados, reducidas: 429 en 2013; 280 en 2014; 258 en 2015; 190 en 2016; y 168 en 2017. Se redujo el monto de investigaciones pendientes: 110.1% en 2014 a 68.2% en 2016; y 76% en 2017.

En investigación los temas: genómica y proteómica, malformaciones congénitas del corazón, hipertensión, inmunológicas y nefropatías; en investigación clínica electrocardiografía y arritmias, cardiología pediátrica, hemodinámica, intervencionismo, imagenología cardiaca, estimulación cardiaca.

Para evaluar los productos de investigación, se establecieron tres criterios: 1) Publicaciones; 2) Factor de impacto; y 3) Formación de recursos humanos.

Se publicaron de 2013 a 2017, 834 artículos; 2013, 132; 2014, 130; 2015, 137; 2016, 136; 2017, 168. El promedio de artículos por plaza de investigador autorizada fue de 1.7 para cada año. En la producción editorial: libros (L) y capítulos de libro (CL): 2013, 6 L, 110 CL; 2014, 8 L, 98 CL; 2015, 3 L, 44 CL; 2016, 2 L, 5 CL; 2017, 2 L, 33 CL.

La razón de artículos de alto impacto/ bajo impacto se inició a partir de 2014 por la reclasificación del impacto: 2014, 3.9; 2015, 3.8; 2016, 5.6; 2017, 2.5.

De 2013 a 2017, los investigadores calificados por el Sistema Institucional de Investigadores (SII) se incrementaron de 91 a 102, aunque solamente se tienen de 2014 a la fecha, autorizadas 80 plazas (78.4%) del total. De los 102 del SII, 54% pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI- 103). Los investigadores del SII en el último año del periodo constituyeron un promedio de 42% a los niveles altos D a F. En el SNI se tienen 103 investigadores, el INCICH cuenta con 14 de nivel III hasta 2017. Por año SII SNI: 2013, 78, 88; 2014, 88, 95; 2015, 98, 100; 2016, 100, 104; 2017, 102, 103.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexos Estadísticos. Investigación)

E010. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

Se forman profesionales de salud en pregrado, posgrado, maestría y doctorado, en cardiología. Cuenta con una infraestructura integrada por 27 aulas de enseñanza, una escuela de enfermería y 32 centros de reunión para discusión clínica y científica. El INCICH es anfitrión de las sociedades de médicos y enfermeras cardiovasculares más importantes de América Latina y del Consejo de Certificación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Se formaron un promedio de 242 residentes de 6 especialidades, de los cuales, 191 mexicanos y 57 extranjeros, al 2017. Se incrementaron de 2013 a la fecha del reporte, 15 plazas: 2013, 227; 2014, 238; 2015, 238; 2016, 242; 2017, 254. Se incrementaron los estudiantes en servicio social en investigación. Se apoyó a los estados de Hidalgo, Chiapas, Guerrero con incremento de 283 a 392 rotaciones al año, en hemodinámica y de cirugía cardiovascular. Rotaciones anuales: 2013, 310; 2014, 376; 2015, 378; 2016, 392; 2017, 206.

Los residentes graduados se incorporan a hospitales públicos y privados en el año siguiente. Se ha hecho una mejor utilización de la TIC incrementando las teleconferencias de 0 en 2013 a 35 a finales de 2016 y 10 en 2017. Se premió 10 ocasiones el desempeño educativo del INCICH.

Las especialidades, conforme al último ciclo escolar, Cardiología (105 alumnos); Cardiología pediátrica (20); Cardiología cardioráica (13); Cirugía cardioráica Pediátrica (4); Nefrología (20); Reumatología (9).

Cursos de alta especialidad CV: 2013, 72; 2014, 79 ; 2015, 77; 2016, 75; 2017, 83. Programa de Maestría y Doctorado (PMDCMOS): 2013, 14; 2014, 13; 2015, 14; 2016, 9; y 2017, 18.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexo Estadístico. Enseñanza)

La Enseñanza en enfermería incrementó el personal con licenciatura de 27.9% en 2012 (766), hasta 40.0% en 2017 (809).

La Escuela de Enfermería, tiene una matrícula de alumnas especializadas en clínica, administración y educación, así como posgrados en cardiovascular, nefrología y tecnología extracorpórea. Anualmente: 2013, 279; 2014, 375; 2015, 405; 2016, 268; 2017, 366.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

El INCICH vinculó sus estrategias al PND con los programas presupuestarios: E023. Atención a la Salud (AS) para acceso efectivo; E010. Formación y capacitación de los recursos para la salud; E022. Investigación y Desarrollo tecnológico en salud.

E023. AS. Ligado a: objetivo 2 y estrategia 2.3 del PND; objetivo 2 del PROSESA; PAEMAE.

Consulta externa. En el primer semestre de 2018 se otorgaron 54,350 consultas con un promedio de 4.8 consultas por hora médico estando en el rango de 3 a 5 por hora. Las consultas de primera vez fueron 1,263 y las subsecuentes 51,600 con una razón de subsecuencia de 40.9. Todo lo anterior con 11,316 horas/médico y con una eficiencia del 91.2% en primera vez y con 98% en subsecuentes.

Del total de consultas se otorgaron 1,487 preconsultas que permitieron atender a 1,263 pacientes de primera vez con un filtro de 84.9%.

En urgencias se tuvieron 8,310 consultas con una eficiencia ajustada de 98% al subir la meta a 8,400 consultas. La proporción de internamientos a urgencias fue de 8.9% y a su vez del total de consultas de urgencias se derivaron un 13.1% de los internamientos a hospital y un total de 28 defunciones en urgencias.

Se realizaron 938 consultas de rehabilitación cardiaca teniendo una eficiencia de 99% para el semestre una vez que se ajustó la meta a 947 consultas.

El promedio de consultas por consultorio fue de 8.9.

Hospitalización. Se tuvieron un total de 2,579 egresos hospitalarios, con un total de 26,889 días de estancia hospitalaria y un promedio de 10.4 días por egreso. Para un total de 29,836 días paciente y una disponibilidad de 38,553 días con 213 camas censables. El promedio de ocupación fue de 77.4% y el índice de rotación anualizado de 24.2 ocupaciones por cama así como un intervalo de sustitución de 3 días por cama.

Esto propicia una mejor higiene de las áreas y la disminución de la tasa de infección intrahospitalaria, en promedio de 3.7 a 4.0 por 100 egresos. En terapia intensiva se presentaron 35 episodios con una tasa elevada de 11% lo que implicó que se extendiera el programa de control de extubaciones, clínica de catéter y estomas. No se presentaron brotes de enfermedad durante el semestre.

El promedio diario de egresos hospitalarios fue de 14.2.

Se realizaron 856 cirugías de las cuales 563 fueron mayores y 293 fueron menores y representaron 33.2% de los egresos hospitalarios.

El promedio diario de cirugías por quirófano fue de 0.8 para un total de 6 salas de operación.

Las defunciones en el periodo fueron un total de 147 con una tasa bruta de 5.7% y una tasa ajustada de 4.2% para un total de 2,579 egresos. La tasa de mortalidad en urgencias se conservó en 0.3% con 28 defunciones excediendo el promedio semestral en 6 casos sin ser estadísticamente significativo y a expensas de un incremento en la notificación y atención de casos de infarto. En cirugía se presentó una reducción de la mortalidad, se esperaba entre 45 y 52 casos y se presentaron 31 defunciones derivadas de pacientes con defectos valvulares y así mismo a la reducción del diferimiento quirúrgico y una mejor clasificación de las cirugías electivas.

Se practicaron 14 autopsias entre 147 defunciones (9.5%).

E022. Investigación y desarrollo tecnológico en salud.

La inversión en investigación científica el fondo federal apoyó con 48.7 Mdp y se obtuvieron 30.3 Mdp de recursos de terceros, se elevó la razón entre estos dos conceptos de 1.2 a 1.6 pesos federales por cada peso de recursos de terceros. El promedio de financiamiento federal anualizado por cada proyecto de investigación (128) es de 735,575 pesos corrientes.

En el 1er semestre de 2018 se concluyeron 9 tesis de especialistas publicadas y se publicaron 88 artículos.

Durante el 1er semestre de 2018 presentaron 40 protocolos a la Comisión de Investigación del Instituto de 130 programados para el año (30.8%). Se han realizado 128 investigaciones de 130 programadas (98.4% del indicador de proyectos realizados/ programados), la asistencia a congresos para presentación de resultados ha sido de 29 y de 80 anualizadas ya que la mayor parte de los congresos se darán en el segundo semestre de 2018 donde se espera la presentación de 51 trabajos en congresos científicos.

Se publicaron durante el 1er semestre de 2018, 88 artículos científicos entre 80 investigadores con plaza autorizada. Se obtuvo un promedio anualizado de 1.1 artículos por investigador.

En la producción editorial, para el 1er semestre fue de 2 libros editados y 25 capítulos de libro; así como entre los grados de maestría y doctorado se realizaron 7 tesis de especialidad y 1 de doctorado.

La razón de artículos de alto impacto/ bajo impacto se inició a partir de 2014 por la reclasificación del impacto: en el 1er semestre de 2018 se realizaron 6 artículos de los grupos I y II; de los grupos III, IV y V, se publicaron 39 artículos por los investigadores evaluados por el SII, es decir la razón fue de 6.5 artículos de alto por cada uno de bajo impacto. Durante el periodo 2012 a 2017 la razón más alta fue de 3.3.

Durante el 1er semestre, los investigadores calificados por el Sistema Institucional de Investigadores (SII) se redujo de 102 a 98, aunque a la fecha se tienen autorizadas solamente 80 plazas (81.6%) del total.

De los 98 investigadores del SII, 78% pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI- 110). Los investigadores del SII en el último año del periodo constituyeron un promedio de 45.9% a los niveles altos D a F.

En el SNI se tienen 110 investigadores, el INCICH cuenta con 16 de nivel III hasta el 1er semestre de 2018. Por tanto SII SNI: 1er semestre de 2018, 98 y 110 respectivamente.

E010. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

Se forman profesionales de salud en pregrado, posgrado, maestría y doctorado, en cardiología. Cuenta con una infraestructura integrada por 27 aulas de enseñanza, una escuela de enfermería y 32 centros de reunión para discusión clínica y científica. El INCICH es anfitrión de las sociedades de médicos y enfermeras cardiovasculares más importantes de América Latina y del Consejo de Certificación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Se formaron un promedio anual de 242 residentes de 6 especialidades durante el periodo 2012 a 2018, en el 1er semestre de 2018 se tiene un registro de 256 alumnos de posgrado en especialidades.

Las especialidades, conforme al último ciclo escolar, 2017-2018, Cardiología (105 alumnos); Cardiología pediátrica (22); Cardiología cardiorátrica (11); Cirugía cardiorátrica Pediátrica (5); Nefrología (20); Reumatología (8).

Del total de residentes son 200 mexicanos y 56 extranjeros, al 1er semestre de 2018.

En el 1er semestre de 2018 se realizó 1 videoconferencia, con un ahorro de \$296,305.13.

Se realizaron 174 rotaciones durante el periodo de diversos servicios.

Cursos de alta especialidad Cardio Vascular: 1er semestre de 2018, 85; Programa de Maestría ingreso de 12 alumnos y 6 concluyeron; en el grado de doctorado terminaron 5 alumnos, 3 continúan y 2 de nuevo ingreso (PMDCMOS).

La Escuela de Enfermería, tiene una matrícula de alumnas especializadas en clínica, administración y educación, así como posgrados en cardiovascular, nefrología y tecnología extracorpórea. 1er semestre de 2018, 349.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

E023. Atención a la salud

Consulta externa. Se estima que al término de noviembre de 2018 se otorguen un total de 103,352 consultas con un promedio de 5.2 consultas por hora médico estando en el rango de 3 a 5 por hora. Las consultas de primera vez llegarán a 2,475 y las subsecuentes 98,464 con una razón de subsecuencia de 39.8, todo lo anterior con 20,005 horas/médico y con una eficiencia del 91.2% en primera vez y con 98% en subsecuentes respecto a lo programado.

Del total de consultas se proyecta otorgar 2,933 preconsultas para atender a 2,475 pacientes de primera vez con un filtro de 84.4%. El promedio de consultas por consultorio será de 8.6.

En urgencias se prevén 15,767 consultas con una eficiencia ajustada de 92% al programar la meta anual en 17,200 consultas. La proporción de internamientos a urgencias, respecto del total de consultas otorgadas se estima en un 9.4% y a su vez del total de consultas de urgencias se derivan un 13.5% de los internamientos a hospital y se prevén alrededor de 42 defunciones en esta área. Se realizarán 1,576 consultas de rehabilitación cardíaca teniendo una eficiencia de 132.3% una vez que se programó una meta anual a 1,300 consultas.

Hospitalización. Se estima completar 5,225 egresos hospitalarios, con 53,295 días de estancia hospitalaria y un promedio de 10.2 días por egreso; se proyectan 57,013 días paciente para una disponibilidad esperada de 71,266 días con 213 camas censables actuales. El promedio de ocupación se espera sea 80.0% y el índice de rotación 24.5 ocupaciones por cama y un intervalo de sustitución de 2.5 días por cama.

La tasa de infección intrahospitalaria, se espera de 3.6% de los egresos. En terapia intensiva se esperan 28 episodios con una tasa de 2.7% lo que será un logro derivado de la aplicación del programa de control de extubaciones, clínica de catéter y estomas. El promedio diario de egresos hospitalarios será de 15.6.

Se calculan 1,620 cirugías, de las cuales 1,263 corresponderán a mayores y 356 menores, que representarán 24.2% de los egresos hospitalarios. El promedio diario de cirugías por quirófano será de 0.8 para un total de 6 quirófanos.

Se esperan para noviembre de 2018, 323 defunciones con una tasa bruta de 6.2% de los egresos (5,225) y una tasa ajustada de 4.2%. La tasa de mortalidad en urgencias se conservará en 0.3% con 42 defunciones, estando en el promedio sexenal.

En cirugía se espera una reducción de la mortalidad, (observada entre 100 a 120 casos) a 92 defunciones derivadas de pacientes con defectos valvulares, por la reducción del diferimiento quirúrgico y una mejora clasificación de las cirugías electivas.

Se espera una práctica de 22 autopsias entre las 323 defunciones (6.8%).

E022. Investigación y desarrollo tecnológico en salud.

La inversión en investigación científica, a noviembre de 2018 se prevé con el apoyo del fondo con 110.3 Mdp y se estima la captación de 30.3 Mdp de recursos externos. El promedio de financiamiento federal anualizado por cada proyecto de investigación (128) se calcula de 861.9 miles de pesos corrientes.

En general implica investigaciones de mayor complejidad, incremento en el área clínica, 28 tesis publicadas de especialidad; se estima se publicarán 98 artículos.

Se presentarán hasta 120 protocolos de 130 (92.6%) programados y se estima rebasar ligeramente el indicador de proyectos realizados/ programados. La asistencia a congresos para presentación de resultados se prevé reducirá a 73.6 de una meta de 80.

En investigación los temas: genómica y proteómica, malformaciones congénitas del corazón, hipertensión, inmunológicas y nefropatías; en investigación clínica electrocardiografía y arritmias, cardiología pediátrica, hemodinámica, intervencionismo, imagenología cardíaca, estimulación cardíaca, continúan vigentes.

Para evaluar los productos de investigación, se establecieron tres criterios: 1) Publicaciones; 2) Factor de impacto; y 3) Formación de recursos humanos.

Se estima publicar alrededor de 121 artículos científicos entre 80 investigadores con plaza autorizada para un promedio anualizado de 1.5 artículos por investigador.

En la producción editorial a finales de noviembre de 2018 se prevé la edición de 2 libros, 42.1 capítulos de libro; así como entre los grados de maestría y doctorado se proyectan hasta 19 tesis de especialidad, 4 de doctorado.

La razón de artículos de bajo/alto impacto se proyecta a 18 de los grupos I y II; de los grupos III, IV y V, se proyecta la publicación de al menos 79 artículos, es decir la razón será de 4 artículos de alto por cada uno de bajo impacto.

Los investigadores calificados por el Sistema Institucional de Investigadores (SII) se redujo de 102 a 98, aunque a la fecha se tienen autorizadas solamente 80 plazas desde 2014. (81.6%).

De los 98 investigadores del SII, 82% pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores quienes correspondieron 41.3% a los niveles altos D a F. En el SNI, se tienen 110 investigadores, el INCICh cuenta con 16 de nivel III. De todo lo anterior no se prevén cambios a noviembre de 2018.

E010. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

Esta información está relacionada con los ciclos académicos de los centros de procedencia y en consecuencia se forman profesionales

de salud en pregrado, posgrado, maestría y doctorado, en cardiología. Se cuenta con una infraestructura integrada por 27 aulas de enseñanza, una escuela de enfermería y 32 centros de reunión para discusión clínica y científica. El INCICH es anfitrión de las sociedades de médicos y enfermeras cardiovasculares más importantes de América Latina y del Consejo de Certificación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Se formarán, en promedio, 253 residentes de 6 especialidades. En 2018 se programó un registro de 289 alumnos de posgrado en especialidades.

Las especialidades, conforme al último ciclo escolar, 2017-2018, Cardiología (105 alumnos); Cardiología pediátrica (22); Cardiología cardiorrágica (11); Cirugía cardiorrágica Pediátrica (5); Nefrología (20); Reumatología (8).

Del total de residentes son 200 mexicanos y 56 extranjeros.

Se ha mejorado la utilización de las TIC's, incrementando las teleconferencias de 0 en 2013 a noviembre de 2018, se calculan 14, con un impacto mayor y un ahorro efectivo de más de 235 mil pesos.

Se continuará con el apoyo a los Estados con 344 rotaciones. En relación a los cursos de alta especialidad, a noviembre no se presentarán cambios, debido a las fechas de término del ciclo.

De la misma manera, la Escuela de Enfermería, a noviembre 2018, mantiene la matrícula de alumnas especializadas en clínica, administración y educación, así como posgrados en cardiovascular, nefrología y tecnología extracorpórea.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

c. Los avances en los programas sustantivos, con base en la información reportada en las cuentas públicas que correspondan a cada año de gobierno

El presupuesto ejercido anual del INCICH fue en millones de pesos: 2013, 1,197.9; 2014, 1,313.8; 2015, 1,315.0; 2016, 1,416.2; 2017, 1,536.9. El gasto por programa quedó distribuido de la siguiente manera:

Investigación. Para informar el gasto de investigación se tomaron en cuenta: el gasto total en Mdp (GT); No de investigaciones (NI); promedio del gasto por investigación (PI en miles de pesos), quedando de la siguiente manera: 2013, 120.5 GT, 161 NI, 748.7 PI; 2014, 144.6 GT, 182 NI, 794.3 PI; 2015, 100.4 GT, 155 NI, 647.7 PI; 2016, 101.8 GT, 162 NI, 628.3 PI; 2017, 133.4 GT, 140 NI, 953.0 PI. El gasto del periodo fue de 600.8 Mdp para promedio anual de 156 investigaciones y 770 Mdp por investigación.

En capacitación el gasto (TG) en el periodo fue de 23.0 Mdp para 23,956 personas capacitadas (PC) con una inversión media de 960 pesos (IM). El personal se capacitó en un promedio de 10 ocasiones durante el periodo (plantilla media 2,104 personas AL 2017). Los datos anuales fueron: 2013, 3,216 TG, 4,200 PC, 0.77 IM; 2014, 4,093 GT, 3,849 PC, 1,060 IM; 2015, 3,628 GT, 3,294 PC, 1,100 IM; 2016, 3,718 GT, 5,970 PC, 620 IM; 2017, 4,050 GT, 3,119 PC, 1.3 IM.

En la formación de personal el gasto fue de 167 Mdp (media anual, 33.4 Mdp) para un promedio de 580 alumnos (PF) el gasto por alumno (GA) en el periodo fue de 58.3 miles dp. 2013, 34,304 miles TG, 563 PF, 60.9 GA; 2014, 33,235 miles GT, 574 PC, 57.9 GA; 2015, 32,655 miles GT, 642 PF, 50.9 GA; 2016, 33,461 miles GT, 623 PF, 53.7 GA; 2017, 36,450 miles GT, 592 PF, 61.6 GA.

En el programa médico: gasto total en consulta (GT) externa fue de 1,487.1 Mdp (media anual de 219.5 Mdp; mín 164.2 -2014-; máx 378.5 -2013-) para un total de 666,424 consultas (NC) (media anual de 112,468; mín 104,122 -2012-; máx 117,946 -2017-); se ha reducido el presupuesto 2.37 veces y las consultas han aumentado en 2,765 al año. 2013, 378.5 GT, 106,884 TC, 3,540 pesos por consulta (GC); 2014, 164.2 GT, 110,847 TC, 1,480 GC; 2015, 171.3 GT, 110,847 TC, 1,550 GC; 2016, 187.7 GT, 115,818 TC, 1,620 GC; 2017, 195.9 GT, 117,946 TC, 1,700 GC.

El gasto total (GT) en egresos hospitalarios se incrementó de 567.7 Mdp en 2013 a 973.1 en 2017; la media de gasto por egreso (GE) fue 139.2 miles dp; es decir 37.3 miles de pesos más por egreso (TE), cuando el esperado máximo fue de 105 miles. 2013, 567.7 GT, 5,569 egresos, 101.9 miles promedio; 2014, 815.6 GT, 5,651 TE, 144.3 GE; 2015, 850.9 GT, 5,689 TE, 149.6 GE; 2016, 932.3 GT, 5,792 TE, 161.0 GE; 2017, 973.1 GT, 5,584 egresos, 174.3 miles promedio.

El promedio del gasto por día cama de hospitalización, en miles de pesos (GDC) incrementó desde 7.5 miles dp en 2013 hasta 12.3 miles de pesos en 2017. 2013, 7.3, GDC; 2014, 10.5 GDC; 2015, 10.9 GDC; 2016, 12.0 GDC; 2017, 12.3 GDC.

El gasto por día paciente en hospitalización (GDP) se presentó de la siguiente manera: 2013, 9,270; 2014, 13,050 pesos; 2015, 13,690

pesos; 2016, 14,810 pesos; 2017, 15.6 pesos GDC.

A este foco rojo se establecieron programas de control de insumos de alto costo y medicamentos, para reducir el impacto de las pérdidas por sustracción, incremento de precios y dispendio de materiales, sobre todo energéticos y gases medicinales.

El gasto en rehabilitación se incrementó en 2.9 veces más entre 2013 a 2017, el incremento en el volumen de atenciones fue de 11,231 a 15,601 con un promedio de gasto por paciente de 400 pesos (mín 210; máximo 490); aquí se observa un incremento en la productividad acompañado del gasto en una $r=0.93$; y que se encuentra en sus niveles adecuados de gasto por lo que se debe vigilar el crecimiento de los recursos.

El gasto en atención de urgencias por paciente varió de 5.26 miles de pesos a 7.8 en el periodo (1.7 veces mayor gasto); y un incremento del gasto entre 53.5 Mdp en 2013 hasta 130.6 Mdp en 2017, con una media anual de 106.6 Mdp; el número de atenciones se incrementó de 10,157 a 16,828 consultas (CU) (65.7%) a pesar del incremento en atenciones de primera vez y el nivel de subsecuencias. 2013, gasto 53.5 Mdp, 10,157 consultas, 5,260 pesos por consulta; 2014, gasto 109.5 Mdp, 11,380 consultas, 9,620 pesos por consulta; 2015, 114.2 Mdp, 13,680 consultas, 8,350 pesos por consulta; 2016, 125.1 Mdp, 15,901 consultas, 7,870 pesos por consulta; 2017, 130.6 Mdp, 16,828 consultas, 7.8 pesos por consulta.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Anexo Estadístico. Administración)

Las transferencias fiscales del presupuesto total ascienden a 76%. El presupuesto total (asignación modificada) para el 1er semestre de 2018 fue de 725.7 Mdp, de los cuales se han recibido 551.5 Mdp de recursos fiscales al periodo y 174.2 Mdp de ingresos propios captados que representan 24% del presupuesto total.

El gasto por programa quedó distribuido de la siguiente manera:

Investigación. Para informar el gasto de investigación se tomaron en cuenta: el gasto total en Mdp (GT); No de investigaciones (NI); promedio del gasto por investigación (PI en miles de pesos), quedando para el 1er semestre de 2018, un gasto total en investigación de 48.7 Mdp pesos con promedio anualizado de 133.6 Mdp por un total de 128 investigaciones realizadas.

En capacitación el gasto (TG) en el periodo fue de 1.0 Mdp para 1,509 personas capacitadas (PC) con una inversión media anualizada de 1,325.4 pesos (IM). El personal se capacitó en un promedio de 1.2 ocasiones durante el periodo (plantilla media 2,104 personas al 1º semestre de 2018).

En la formación de personal el gasto fue de 8.9 Mdp, para un promedio de 488 alumnos (PF) el gasto anualizado por alumno (GA) en el periodo fue de 18.3 miles dp.

En el programa médico: El gasto total en atención médica fue de 762.7 Mdp (90.9% del presupuesto total del INCICH); gasto total en consulta (GT) externa fue de 114.4 Mdp para 54,350 consultas con un promedio de 2.1 miles de pesos; el gasto en hospitalización fue de 556.7 Mdp para 2,579 egresos hospitalarios con un costo de 215.9 miles de pesos promedio por egreso; el día cama (38,553) tuvo un gasto promedio de 14.4 miles de pesos; y el promedio del gasto por día paciente en hospitalización (29,836 días paciente) fue de 18.7 miles de pesos. El día cama se incrementó en más de 2 mil pesos y el día paciente en 3.2 miles de pesos.

En rehabilitación se realizaron 6,884 sesiones con un gasto de 15.3 Mdp y un promedio de 2.2 miles de pesos por sesión.

El gasto en rehabilitación se incrementó en 2.9 veces más entre 2013 a 2017, el incremento en el volumen de atenciones fue de 11,231 a 15,601 con un promedio de gasto por paciente de 400 pesos (mínimo 210; máximo 490); aquí se observa un incremento en la productividad acompañado del gasto en una $r=0.93$; y que se encuentra en sus niveles adecuados de gasto por lo que se debe vigilar el crecimiento de los recursos.

En urgencias se gastaron 76.3 Mdp para un total de 8,310 consultas con un promedio de 9.2 miles de pesos por consulta.

El gasto en atención de urgencias por paciente varió de 5.3 miles de pesos a 9.2 en el periodo (1.7 veces mayor gasto); y un incremento del gasto entre 53.5 Mdp en 2013 hasta 130.6 Mdp en 2017 y un anualizado de 140.5 Mdp al 1er semestre de 2018, con una media anual de 107.8 Mdp; el número de atenciones se incrementó de 10,157 a 16,828 consultas (CU) (65.7%) a pesar del incremento en atenciones de primera vez y el nivel de subsecuencias.

A este foco rojo se establecieron programas de control de insumos de alto costo y medicamentos, para reducir el impacto de las pérdidas por sustracción, incremento de precios y dispendio de materiales, sobre todo energéticos y gases medicinales.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología)

Ignacio Chávez)

Las transferencias fiscales ascienden de forma programada para el 30 de noviembre de 2018 a 72.4% del presupuesto total (asignación modificada), que será de 1,331.0 Mdp, de los cuales se proyecta recibir 420 Mdp.

El gasto por programa queda distribuido de la siguiente manera para noviembre de 2018: Investigación 110.3 Mdp pesos con promedio de 861.9 miles de pesos por investigación realizada (128).

En capacitación el gasto en el periodo será de 2.1 Mdp para 2,767 personas (media 1,300 pesos por persona) quienes serán capacitados en un promedio de 1.32 ocasiones durante el período (plantilla de 2,104 personas). En la formación de personal el gasto será de 18.9 Mdp, para 592 alumnos, (media por alumno de 31.3 miles de pesos).

En el programa médico: El gasto total en atención médica será de 1,160.2 Mdp (85.4.% del presupuesto total 1,395.3 Mdp); gasto total en consulta externa de 174.0 Mdp para 103,352 consultas con un promedio de 1.7 miles de pesos; el gasto en hospitalización fue de 986,180.5 Mdp para 5,225 egresos hospitalarios (media de 188.7 miles de pesos); el día cama (77,745) tuvo un gasto promedio de 12.7 miles de pesos; y el promedio del gasto por día paciente en hospitalización (62,196 días paciente) fue de 15.9 miles de pesos. El día cama se incrementó en más de 2 mil pesos y el día paciente en 3.2 miles de pesos de 2012 a 2018.

En rehabilitación se realizarán 15,253 sesiones con un gasto de 6.9 Mdp y un promedio de 452 pesos por sesión.

En urgencias se estima un gasto 98,618.1 Mdp para un total de 15,717 consultas con un promedio de 6.3 miles de pesos por consulta.

El gasto en atención de urgencias por paciente se prevé que varíe de 5.3 miles de pesos a 6.3 en el periodo (1.3 veces mayor gasto); y un incremento del gasto anualizado entre 53.5 Mdp en 2013 hasta 129.7 Mdp en 2018.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

d. Las reformas de gobierno aprobadas

Acceso a la información. Con tiempo de respuesta y calidad de solicitudes de información se cumplió al 71.9%. Se recibieron 6,579 solicitudes (media anual=2,193; 90% fueron confidenciales, 9.5% información pública. No quedaron pendientes al cierre. En 2014 se remitió el índice de expedientes reservados (IER), se clasificaron 13 y reportaron 25 reservados y se desclasificaron 39. Se unificaron los archivos en apego a la LFA para evitar inexistencia de información. Tiempo de respuesta (TR) 19 días, 9 recursos de revisión, 2 desechados, 1 no presentado, 4 sobreseídos, 2 modificados. Se acreditó al titular de la unidad de enlace. Se modificó el portal de acceso a la información. 2015. Se desclasificaron 22 expedientes. TR 11.3 días. Actualizados funcionarios al INAI. 1,329 solicitudes de acceso a datos personales. 2016 Actualización del sistema persona. TR 25.4 días. 9 recursos de revisión. Carga de información en SIPOT. Capacitación a personal UT. 2017. TR 7.2 días. 7 recursos de revisión. Capacitación a personal UT.

Archivos. Se organizaron los archivos institucionales, ocupa un total de 600 m2 y 11,207 expedientes activos actualizados. El Comité de Información aprobó el índice de 51 expedientes reservados, 4 corresponden a asuntos jurídicos, 15 investigación; 23 a Control y Auditoría de Actividades Públicas. Se desclasificaron 5 de Jurídicos. Todas las áreas indizaron y se actualizó el CADIDO desde 2013. Se autorizó la baja de la bibliohemeroteca de 1916 a 2001. En 2014 se cerró la gestión de bajas documentales, pendiente a la fecha. Los pendientes son: reacomodo posterior a sismos, envío de bajas documentales de 32% del acervo documental. Se capacitó al personal responsable de archivos de trámite (AT), concentración y generales en gestión documental. 2015. Liberación de espacios para AT. 2016. Validación del CADIDO. Solicitud de baja documental. 2017. 17 solicitudes de baja documental. Asesoría en archivos. Talleres de gestión documental en marzo y octubre.

Contrataciones públicas. Corresponde a la LAASSP para la proporción de licitaciones de adjudicación directa y aquellas públicas. Se ajustaron a políticas federales y se licitó en las siguientes proporciones: 2013, 69%; 2014, 77%; 2015, 75%; 2016, 80%; 2017, 85.8%; quedando dentro de los márgenes establecidos por la normatividad vigente. En 2014 se difunde la cultura de denuncia ante actos irregulares mediante buzones de opinión. Se adhiere a estrategia de compras consolidadas para medicamentos. Se utiliza el sistema COMPRANET para la adquisición y contratación de bienes y servicios. 2015. Inclusión del procedimiento de conciliación previsto por la Ley. 2016. Fallo de licitaciones públicas para compras consolidadas con el IMSS. 2017. Página web con formato para denuncia

ciudadana. Adquisiciones consolidadas con el IMSS.

Inversión en Infraestructura. 2014. Se contó con 2 proyectos de inversión alineados al PND y al Programa sectorial de salud. Estos proyectos contaron con evaluaciones socioeconómicas conforme a los lineamientos. Se programaron capacitaciones y se dio seguimiento al ejercicio de proyectos de inversión en el Sistema PIPP. 2017. 5 proyectos de inversión con evaluaciones socioeconómicas.

Mejora regulatoria. 2014. Se incorporaron 4 trámites en forma electrónica para permitir en forma digital procesos y trámites de servicios de la aplicación indicada por la SFP. Se aprobó el Plan de mejora regulatoria aprobado por el COMERI; se verificó la normatividad interna sustantiva y administrativa para identificar normas susceptibles de abrogar y mejorar, de lo que derivó la eliminación de 2 áreas administrativas y reducción de manuales de procedimientos en lavandería e intendencia de Servicios Generales y se actualizó la normatividad. 2015. Actualización de inventario de normas 2016 y 2017.

Optimización del uso de los recursos de la APF. 2014. Se refrendó la estructura del INCICH para la alineación de estructuras y mejora de procesos. Se implementó la telemedicina con hospitales regionales. Disposiciones de transportación terrestre sobre la economía de combustible y mantenimiento de vehículos oficiales, control de kilometraje y revisión trimestral de ahorro de combustible. Actualización de bienes inmuebles y registro en INDABIN. Eliminación de contrataciones por honorarios. Cumplimiento al 100% de los lineamientos de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestaria así como de ahorro. Viáticos internacionales solo con autorización de la Dirección General y apegados a tarifas estándar para la control del gasto. 2015. Refrendo de la estructura orgánica a la SFP. 2015. Continuidad al programa de ahorro vehicular. Actualización del inventario, valor catastral, levantamiento topográfico, donación de inmuebles solicitada a INDABIN. Decrecieron los viáticos 47%. Partida de congresos aumento 6%. 2016. Evaluación de puestos mandos medios. Uso de 35 teleconferencias, ahorro de 3.2 Mdp. Acreditación de propiedad inmueble de Culhuacán. Refrendo de la estructura orgánica. Disminución del gasto de operación en 0.31%. reducción de viáticos 53.6%. 2017. Impresión de la revista "Archivos de Cardiología". 10 videoconferencias con ahorro de 1,4 Mdp. Actualizados los inventarios de los inmuebles del INCICH. Alineación con actualización del manual de organización. Nuevas plazas autorizadas. Gasto de operación administrativa 0.66%. Presupuesto anual se redujo 0.47%. 2017: Durante el primer trimestre del 2017 se realizaron los cambios en el SAREO (Oficio No. DGPOP-7 0598-2017) a fin de dar cumplimiento al Manual de Percepciones de la Administración Pública Federal, modificando el grupo, grado y nivel con los nuevos códigos, de acuerdo al Tabulador de Sueldos; en el segundo trimestre se realizó la alineación de la Estructura Orgánica con el Estatuto Orgánico y con el Manual de Organización Específico de este Instituto (Oficio No. DG/137/2017); y en el cuarto trimestre del año se notificó mediante Oficio DGPOP-73025-2017, el registro del refrendo de la Estructura Orgánica del Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez, ante la Secretaría de la Función Pública, con vigencia 2017. Las impresiones de publicaciones que se realizaron en el ejercicio 2017 son de la Revista "Archivos de Cardiología de México", y el presupuesto ejercido es para el desarrollo de las actividades sustantivas del Instituto. Durante el ejercicio 2017 se realizaron diez videoconferencias, solicitadas por las áreas Médica, de Enseñanza y Enfermería, con las cuales se estimó un ahorro total de \$1'424,771.50

Participación ciudadana. 2014. Nombramiento de 5 actores sociales, 5 servidores públicos y el OIC. 2015. Cumplimiento de los preceptos de la Guía de acciones de participación ciudadana. 2016. Estudio Tlalpan 2020. Invitación actores sociales. Encuesta de mejora. 2017: Durante el ejercicio 2017, el INCARD llevó a cabo las Acciones establecidas en el Cronograma de Actividades del componente de Participación Ciudadana, de la Guía de Gobierno Abierto 2017, cumpliendo con la publicación de información en la plataforma de datos.gob.mx, y con la entrega de los documentos correspondientes a la SFP.

Presupuesto basado en resultados. 2014. Se mantuvo una liga de información con los indicadores de programas presupuestarios cumpliendo con la relación del PND y el PROSESA así como con el PAEMAE. La actualización de las matrices de indicadores para resultados se reflejan en el Portal de la SHCP (PASH). La base de la estructura eficiente para la información de desempeño fue la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación. 2015. Actualización de metas de indicadores. Construcción de base para el anteproyecto de PEF. 2016. Revisión de la matriz de indicadores para resultados. 2017: Acorde a los "Criterios para el registro y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios para el Ejercicio Fiscal 2018", emitidos por la Unidad de Evaluación del Desempeño, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fecha 30 de junio de 2017. El documento enuncia los criterios que deben observar las dependencias y entidades para el registro, revisión y actualización de la MIR y la FID para el ciclo presupuestario 2018, a fin de integrar la información para el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación

2018 y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2018 de acuerdo con los calendarios de trabajo. Los criterios fueron publicados en junio de 2017.

Política de transparencia. Actualización de la sección de transparencia, identificación de necesidades de información útil mediante el portal de internet. 2016. Aplicación de la Guía de Transparencia focalizada. Diagnóstico de necesidades y proyecto de publicación de información útil. 2017: se realizó un diagnóstico de necesidades y/o demandas de información, definiendo el listado de los temas de interés público y elaboración del proyecto de publicación proactiva de información útil. Se realizaron 2 actividades en seguimiento al cumplimiento de la Guía de Gobierno Abierto 2017, mismas que consistieron en definir y construir el medio de difusión de la información, y la publicación y difusión de la información que se determinó como socialmente útil. Se diseñaron herramientas e indicadores de medición de reutilización e impacto de la información socialmente útil y se consideró la implementación de mecanismos de accesibilidad para grupos en situación de vulnerabilidad, con la finalidad de garantizar su derecho humano de acceso a la información.

Procesos. 2014. Se alinearon y mapearon procesos sustantivos así como la identificación de los trámites de cada proceso. Se adhirió el INCICH a 4 proyectos de la CCINSHAE; 1 proyecto de mejora. Se participó en el taller de alineación de estructuras y mejora de procesos. Optimización del proceso de ecocardiografía para reducir el diferimiento. 2016. Evaluación de avance de mejora regulatoria. 2017: En el ejercicio 2017 el Asesor de la UPMGP adscrito a la SFP, emitió su Informe de Cierre a los proyectos de Mejora "Solicitud de Trámite de Resumen Clínico" y "Disminución del Diferimiento de Citas de Ecocardiografía", se llevaron a cabo las firmas correspondientes en el SIPMG y se dio por concluidos ambos proyectos. Durante el mismo período se continuó el proceso de seguimiento de dos nuevos proyectos: "Mejora del Archivo Clínico" y "Automatización del Censo Hospitalario".

Recursos humanos. En recursos humanos se tuvo una plantilla autorizada que inició en 2013 con 2,060 trabajadores de base, se incremento a 2,084 en 2014; 2,084 en 2005; 2085 en 2016; y 2,104 en 2017. La distribución a la fecha es como sigue: 36.3% enfermería; 14.8% personal administrativo; 14.8% personal de atención médica e investigación; 12.2% personal de servicios generales; 6.4% médicos; 3.8% investigadores; y 4% corresponde a mandos medios y superiores. La plantilla de personal constituyó un gasto anual respecto del gasto corriente de: 57% en 2013; 54% en 2014; 57% en 2015; 57% en 2016; 55% en 2017.

Se realizaron convenios con universidades públicas y privadas para pasantes en servicio social.

Personal comisionado de diversas instituciones como rotaciones de alumnos y profesionales en intercambio en investigación y áreas de servicios. Desde 2012 se determinó un déficit de 2,014 plazas, en 2014 se solicitaron 180 que quedan pendientes y se autorizaron 20 plazas hasta en 2017.

Tecnologías de la información: Se tienen automatizados los procesos de control documental, archivos, clínico, imagenología y laboratorios y el expediente clínico el cual fue proyecto de inversión desde 2013. En 2014 se incorporaron 4 trámites en la aplicación de la SFP. Se otorga correo electrónico a personal. Se identificaron bases de datos consideradas públicas para consulta abierta con apoyo de la DGIS. 2015. Se puso a disposición la herramienta de datos abiertos y la de uso de aulas. 2016. Se actualizó el archivo de datos abiertos el día 28 de febrero de 2016. Conforme al calendario establecido, en el mes de mayo se llevó a cabo la recalibración de los indicadores. 2017. Se cumplieron las actividades establecidas para la integración de los seis trámites en la Ventanilla Única; un caso de éxito es el Sistema de Admisión para Residencias Médicas Uso de bases de datos ingreso de residentes; respecto al Módulo de CEYE, se continúa con el desarrollo para pasar a la capacitación de la aplicación para el control de instrumental.

(FUENTE: Informes anuales del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM)

Acceso a la información.

Promover la práctica sistemática de la desclasificación de expedientes reservados e información bajo el principio de máxima publicidad. Compromiso sin avances a reportar en el periodo.

Fomento al documentar toda decisión y actividad gubernamental.

Con oficios UT/655/2018, 654/2018, 653/2018, 652/2018, 651/2018 y 650/2018 se solicitó a los Directores de Área del INCICH, fomentar la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental que en el ejercicio de sus funciones les sean encomendadas.

Recabar y tratar a los datos personales con estricto apego al derecho de protección constitucional.

El tratamiento de los datos personales que recaba la UT se realiza en observancia de las Leyes General y Federal de Transparencia y Acceso a la información pública, La Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los sujetos Obligados y demás normatividad en materia de transparencia. Se publicaron en el portal institucional los avisos de privacidad simplificado e internacional del INCICH, así como de la UT.

Mejorar los tiempos de respuesta optimizando la gestión documental y la atención a solicitudes de recursos de revisión.

El tiempo promedio de respuesta a las solicitudes de información de abril a junio es de 6.2 días. En el mismo periodo, se interpusieron 4 recursos de revisión. Reportes que se encuentran en el Sistema Infomex y Reporte de la Herramienta de Comunicación.

Fomentar entre los servidores públicos la generación de información que asegure: calidad veracidad, oportunidad y confiabilidad.

La UT, el Departamento de Asuntos Jurídicos, las Subdirecciones de Recursos Materiales, Administración y Desarrollo de Personal, Finanzas, Servicios Generales y Planeación, así como las áreas de Trabajo Social y la Unidad de Calidad, continúan con el proceso de carga y actualización de información en la Plataforma Nacional de Transparencia a fin de dar cumplimiento a la LGT y la LFSIPOT y su vista pública.

Cumplir con programas de capacitación respecto a acceso a la información pública y protección de datos personales definidos por cada entidad y notificados al INT, AIPDP.

El Departamento de Prestaciones y Capacitación del INCICH remitió al INAI el Programa de Capacitación 2018. Integró los siguientes cursos en línea: Introducción a la APM. Gobierno AT. Sistema Nacional de Transparencia.

Diseñar estrategias para concientizar a las personas en el ejercicio de su derecho a la protección de datos.

Se realizó promoción en la UT acerca de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO), para informar a personal y usuarios sobre los medios para proteger sus datos personales, por medio de carteles y folletos.

La promoción de publicidad de los resultados de consultas ciudadanas no procedió durante el semestre.

Archivos.

Instrumentos de consulta mediante: CADIDO, Inventarios documentales: general, de transferencia, de baja. Guía simple de archivos.

En mayo de 2018 se recibió respuesta por parte del Archivo General de la Nación (AGN) de 17 bajas documentales, de las cuales solo proceden 2 para su desincorporación por medio del Comité de Bienes Muebles. Se liberarán 6.7 metros lineales del archivo de concentración (AC). La baja de expedientes clínicos, contiene observaciones a solventarse en 30 días naturales, asentado en el oficio SP/OYM/148/2018 del 22/06/18. El AC continúa organizando el acervo para su conservación e identificación de documentación que cumplió con el tiempo de conservación.

Buenas prácticas archivísticas.

Los responsables de archivos documentales asistieron, en junio de 2018, al foro "Ley General de Archivos: instrumento para fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y preservar la memoria histórica", en el INAI. Ese mismo mes asistieron a la 1ª Sesión Ordinaria Plenaria del Comité Técnico Consultivo de Archivos del Ejecutivo Federal (COTCAEF), en la SEGOB, en ambas reuniones se retomó la necesidad de fortalecimiento de archivos tras la aprobación de la LGA, del 16/06/2018, con esta información el INCICH a través de las coordinaciones de archivos documentales continúa proporcionando asesoría archivística al interior de la institución.

Contrataciones públicas.

Difusión de requisitos para denuncia y sanciones al sector privado y capacitar a servidores públicos de áreas compradoras en sanciones a licitantes, proveedores y contratistas.

Se dio continuidad a difusión de la cultura de la denuncia ante actos irregulares, a través de carteles y buzones de quejas y sugerencias del OIC. En la página web del INCICH existe una liga para denuncia contra servidores públicos, con información respecto del procedimiento y requisitos. Se capacitó a las áreas de finanzas y compras en licitación en general y sanciones en lo particular. Se desarrollaron dos proyectos a partir del Diplomado en Gerencia que se impartió durante el 1er semestre de 2018, uno sobre control de compras y otro sobre cuentas incobrables.

Promover la reducción de costos y generar eficiencias con la evaluación de ahorros en materia de contrataciones.

Durante el primer semestre del 2018 se continúan recibiendo de forma adecuada los insumos para la atención, medicamentos y material de curación adquiridos con licitación pública consolidada 2018, se han considerado 82 partidas programadas para el

abastecimiento de 2019, informando a la CCINSHAE las claves en las que está interesado en participar.

Utilizar el sistema electrónico CompraNet en las contrataciones conforme a la normatividad.

Durante el 1er semestre de 2018, se mantiene el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, al continuar utilizando el COMPRANET, para la adquisición y contratación de bienes y servicios.

Suscribir en los contratos cláusulas que indiquen en caso de desavenencia, las partes pueden iniciar el procedimiento de conciliación previsto en la LAASSP y LOPSRM, requisitos a cumplir en la solicitud y la autoridad competente.

A través del Departamento de Adquisiciones Médicas y Hospitalarias, durante el 1er semestre de 2018, continúa utilizando el modelo de Contrato o Pedido, que en su cláusula general número 11 establece el procedimiento de conciliación previsto en la normatividad.

Inversión en Infraestructura.

Alinear los programas y proyectos al Plan Nacional de Desarrollo PND, así como al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) con base en el registro en la Cartera de Inversión (CI).

En el periodo se cuenta con una CI autorizada por la Unidad de Inversiones de la SHCP, la cual está compuesta por los Proyectos de Inversión (PPI) con números de registro en cartera 1612NCA0001, 1612NCA0002, 1612NCA0004, 1712NCA0001 y 1712NCA0002. Los proyectos cuentan con alineación estratégica indicada en el Análisis Costo Beneficio, así como en el Sistema de la SHCP alineados al PND y al PROSESA.

Realizar las evaluaciones socioeconómicas de PPI que garanticen el registro en la CI de aquellos de mayor rentabilidad social, así como las evaluaciones ex-post de PI seleccionados por la UI y atender los hallazgos para garantizar su rentabilidad social.

La cartera de inversión 2018 de esta Unidad Responsable está compuesta por los PPI's 1612NCA0001, 1612NCA0002, 1612NCA0004, 1712NCA0001 y 1712NCA0002. Todos los registros incluidos en la CI de la SHCP cuentan con evaluaciones socioeconómicas y de costo beneficio según los lineamientos de la APF. Respecto a presentar la Evaluación Ex-Post de algún PPI, esta Unidad Responsable no cuenta con PPI's seleccionados por la Unidad de Inversión.

Actualizar mensualmente el seguimiento al ejercicio de programas y proyectos de inversión en el Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión.

Se ha cumplido al 100% en este compromiso, al registrar el seguimiento mensual del avance físico-financiero, a través del MS-PPI, conforme a los Lineamientos para el seguimiento del ejercicio de los PPI.

Optimización del uso de los recursos de la APF.

Ajustar las estructuras orgánicas, de acuerdo con las atribuciones conferidas a las mismas.

El 14/05/2018, se entregó a la SS oficio INCAR-DG-179-2018; formatos: DGRHO-DDDO-SDO 01, 02, 03, 04, 05 y 06; para alinear la Estructura Orgánica con el Estatuto Orgánico y el Manual de Organización Específico del INCICH.

Evitar el gasto en impresiones sin relación con la función sustantiva del INCICH

Las impresiones de publicaciones que se realizaron en el periodo fueron para el desarrollo de las actividades sustantivas.

Promover conferencias remotas por internet y medios digitales, para reducir el gasto de viáticos y transportación.

Durante el 1er semestre de 2018 se realizó una videoconferencia, solicitada por la Dirección de Enfermería, con la que se estimó un ahorro de \$296,305.13.

Racionalizar el uso de vehículos para ahorro en costos de traslado.

Durante el 1er semestre se realizaron las siguientes acciones: Utilizar vehículos de cuatro cilindros para la entrega de mensajería; mantener el control del consumo de gasolina por km recorrido con el registro de cada viaje en bitácora; programación del servicio de transporte; capacitar al personal para el ahorro de gasolina en flotas vehiculares con cursos impartidos por la CONUEE.

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).

Se constató que la información de los inmuebles Juan Badiano, Culhuacán, Venecia y Río Rhin se encuentra debidamente actualizada.

Eliminar la duplicidad de funciones en las áreas del INCICH y las plazas adscritas.

Con Formato DGRHO-DDO-SDO-03 enviado a la SS se confirma la no duplicidad de plazas y funciones en el INCICH.

Eliminar las plazas de mandos medios y superiores cuya existencia no se justifique

Con Formato DGRHO-DDO-SDO-02 enviado a la SS, se realizó un análisis organizacional en el cual se verifica que los puestos de la

estructura orgánica tienen objetivo y funciones específicas.

Restringir la contratación de prestación de servicios profesionales de personas físicas por honorarios.

El INCICH no tiene personal contratado por honorarios.

Presentar propuestas de modificación organizacional que consideren funciones transversales susceptibles a compactarse.

El 14/05/2018 se reportó con oficio INCAR-DG-179-2018 el análisis Jurídico organizacional de la estructura orgánica a través de los formatos DGRHO- DDDO-SDO-01 al 06 con las adecuaciones pertinentes.

Disminuir de manera gradual la proporción (2012) del gasto en servicios personales en el gasto programable.

El gasto destinado a servicios personales como proporción de gasto fue de 65.47%. Sin embargo de conformidad al PGCM se exceptúa de esta medida a la rama médica.

Reducir el presupuesto destinado a viáticos convenciones y gastos de representación.

Dado que el Presupuesto Modificado no ha variado, no hay avances que reportar al periodo. Los viáticos y pasajes son autorizados en apego a los tabuladores según los Lineamientos por los que se Establecen Medidas de Austeridad en el Gasto de Operación de acuerdo al Diario Oficial del 22/02/2016 y a la disponibilidad presupuestaria.

Participación Ciudadana (PC)

Llevar la participación ciudadana con grupos estratégicos de los sectores social y privado, y atender las propuestas ciudadanas que de ahí se deriven.

Con oficio INCARD-DG-152-2018, del 11/04/2018, se llevó a cabo la designación del L.C. Armando Acevedo Valadez, Director de Administración del INCICH, como Enlace para la atención de la PC. Asimismo el 30/05/2018 se concluyó el registro de información de la PC en la APF del INCICH, en cumplimiento de las actividades 1 de 2 de la Guía de Gobierno Abierto 2018.

Política de Transparencia

Identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población.

Se realizaron tres actividades asignadas para el primer semestre de 2018 de Gobierno Abierto: 1. Identificar necesidades de información socialmente útil (ISU); 2. Analizar las necesidades de ISU a publicar; y 3. Envío del Informe de Política de Transparencia a la SFP en acuerdo al anexo 3 de la Guía de Gobierno Abierto 2018.

Procesos

Optimizar los procesos, previa alineación y mapeo, implementando mejoras y redistribuyendo las actividades asignadas al recurso humano, a través de proyectos.

El 26/04/2018 se llevó a cabo una reunión con los responsables de los proyectos de mejora en desarrollo por el INCICH, la SFP y el OIC, para consolidar el portafolio de proyectos de mejora y vincularlos con procesos prioritarios a optimizar comprometidos en las Bases de Colaboración del PGCM. Se dio seguimiento a los proyectos: Mejora del Archivo Clínico; y Diagnóstico de necesidades para la sistematización del censo hospitalario a través de tecnologías de la información y la comunicación, hasta su conclusión en junio de 2018. A la fecha ambos proyectos se encuentran en proceso de cierre en el SIPMG.

Recursos Humanos

Establecer convenios de cooperación técnica con instituciones públicas y privadas en materia de gestión de recursos humanos y SPC.

Con oficio SSFP/408/DGDHSPC/0466/2018 del 3/05/2018, la DG de Desarrollo Humano y Servicio Profesional de Carrera, notifica el registro formal ante la SFP del Convenio de Cooperación Técnica entre el INCICH y la Secretaría de Economía.

Gestionar los procesos de recursos humanos, incluyendo el SPC, por competencias y con base en el mérito.

Compromiso no aplicable en el periodo o sin avances a reportar.

Promover convenios de intercambio de servidores públicos con fines de desarrollo profesional.

Mediante correo electrónico del 30/05/2018, se envió a revisión por parte del jurídico de la UNAM el convenio de intercambio para la Unidad de Investigación Traslacional en el INCICH.

Establecer evaluaciones de desempeño eficientes para los servidores públicos.

En abril se enviaron a la SS, las metas individuales de los puestos que están orientados a objetivos estratégicos del INCICH, mismas que serán evaluadas en el primer bimestre del 2019 con la evaluación del desempeño correspondiente.

Elaborar estudios prospectivos en materia de recursos humanos, profesionalización y organización.

Se envió con oficio INCAR-DG-DA-SADP-1642-2018 del 25/6/2018, el Estudio de Prospectiva en Materia de Recursos Humanos, Profesionalización y Organización, a la Subdirección de Planeación del INCICH, con las actualizaciones solicitadas.

Fortalecer la calidad y oportunidad de la información que se registra en materia de recursos humanos.

Quincenalmente se presenta la actualización del RUSP ante la Secretaría de la Función Pública y se informa al Órgano Interno de Control, para su conocimiento, a través de los oficios: INCAR-DG-DA-SADP-885-2018, 949-2018, SADP-1205-2018, SADP-1334-2018, SADP-1454-2018, SADP-1566-2018.

Fortalecer la vinculación entre los objetivos estratégicos, el tipo de organización y las previsiones de los recursos humanos.

A través de las metas anuales establecidas por los mandos medios y superiores del INCICH, se contribuye a la mejora de los servicios y atención que ofrece el INCICH.

Tecnologías de la Información

Efectuar TIC para trámites y servicios digitalizados, incluyendo su integración al portal www.gob.mx y habilitar procedimientos para la Ventanilla Única Nacional.

Se mantienen los trámites en ventanilla única, cabe mencionar que se realizó reunión con el Órgano Interno de Control para dar seguimiento a la ola 30 y 31, misma que inició en el mes abril de 2018.

Efectuar TIC para habilitar procesos administrativos digitalizados, uso del correo electrónico y/o la firma electrónica avanzada y privilegiar el gobierno digital y reducción de uso de papel.

Se atendieron los tres compromisos en 2017, lográndose un adelanto en cumplimiento en tiempos y siendo casos de éxito los tres compromisos, y actualmente se encuentran operando.

Gestión de TIC con apego al MAAGTICSI que se expidan por las instancias facultadas y que apliquen al INCICH.

Se realizó actualización dando cumplimiento al Manual al 100%. Caso de éxito fue el cambio del conmutador principal del INCICH, incluyendo la telefonía, los servicios y la Implementación del Sistema de Planeación de Recursos Gubernamentales.

(FUENTE: Informe de avances en el cumplimiento de compromisos generales por Institución del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM)

Del total de 18 Indicadores incluidos en las Bases de Colaboración del PGCM, aplicables al INCICH, al mes de noviembre de 2018, se considera el cumplimiento de acuerdo a las metas establecidas de un total de 15 indicadores.

Respecto a los tres indicadores restantes, se estima alejada la meta establecida, por lo que las áreas responsables comprometieron las siguientes acciones por indicador:

INDICADOR: IAI.1 Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas

ACCIONES: Con la finalidad de reducir el tiempo de respuesta y aumentar la calidad de las mismas, la Unidad de Transparencia requiere la información a las áreas de este Instituto para que entreguen la información de datos personales en dos días y la información pública en cuatro días.

INDICADOR: IAR.1 Porcentaje de archivo de concentración liberado

ACCIONES: Se continuará con el seguimiento a la valoración de la documentación inactiva, mediante la revisión física de la misma, identificando la que ya cumplió con su tiempo de guarda, conforme a las vigencias documentales establecidas en el Catálogo de Disposición Documental vigente, así elaborar los inventarios correspondientes para llevar a cabo las bajas documentales. En agosto se enviaron al AGN para ser dictaminadas 20 solicitudes de bajas documentales. Asimismo, se realizará la búsqueda e identificación de la documentación de comprobación administrativa inmediata para proceder, en colaboración con el Órgano Interno de Control, a la baja correspondiente.

INDICADOR: IRH.1 Recursos humanos profesionalizados

ACCIONES: Se solicitó a los Directores, Subdirectores, Jefes de Departamento y de Servicio, así como a Coordinadores; que envíen a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, la primer semana de cada mes, las constancias de capacitación, certificación, actualización de estudios o algún documento que avale el desarrollo y/o formación profesional, para contar con el soporte documental de la profesionalización de los puestos de la estructura orgánica. Por otra parte, en el Programa Anual de Capacitación 2018 se contemplaron cursos de capacitación en materia de Liderazgo, impartidos en los meses de julio y septiembre de 2018, dirigidos a personal de mandos medios y superiores, con la finalidad de que los Directores y Subdirectores de este Instituto estén en la disposición de participar; además la Dirección de Enfermería, continuará con la implementación del Diplomado de Gerencia. Por otra parte, en el Programa Anual de Capacitación 2018 se contemplaron cursos de capacitación en materia de Liderazgo, impartidos en los meses de julio y octubre de 2018, dirigidos a personal de mandos medios y superiores, con la finalidad (FUENTE: Carpeta de COCODI 3ª. Reunión ordinaria 2018)

e. Las acciones realizadas y los resultados de los programas para democratizar la productividad, consolidar un gobierno cercano y moderno, y fomentar la perspectiva de género en su ámbito de competencia, derivados de las estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo

Programas transversales

Igualdad laboral entre mujeres y hombres

Certificación de la norma NMX-R025-SCFI-2009 para la igualdad de género. Se obtuvo la certificación por parte del certificador Factual, Services, S.C. con una calificación de 92.5% con vigencia de enero 2013 a noviembre de 2014 la calificación de equidad de género en este año se incrementa de 74 a 78% en la encuesta de clima organizacional. 2015, se capacitó a 17 personas del Comité de Ética en materia de igualdad y no discriminación, y a 196 trabajadores. 2016. Capacitación a 11 miembros sobre ABC de la igualdad y a 6 personas sobre medidas para la igualdad impartidos por CONAPRED en línea. Se desarrolló un programa para la prevención, atención y sanción del hostigamiento y acoso sexual con la designación de consejeros permanentes. Pronunciamiento de cero tolerancia a conductas en este sentido. Reportado al INM.

Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.

2013. Convocatoria al personal técnico con plaza federal un total de 253 personas, se evaluaron 242 y se hicieron acreedoras a estímulo 220. 2014. Se hicieron acreedoras a estímulos un total de 216 trabajadores. 2015. 204 trabajadores. 2016. 217 trabajadores en 2017.

Clima organizacional

2013. Participaron 713 (44.1%), calificación promedio (CP) de 76.9%; decremento de 1% con énfasis en: en profesionalización, recursos normatividad y procesos; mejora en balance trabajo/familia, reconocimiento laboral. 2014: Participaron 813 trabajadores (40%) con una calificación promedio de 80.3%; en 2015 incrementó a 81.2%. 2016: La encuesta se aplicó del 5 al 18 de diciembre de 2016, mediante la plataforma electrónica indicada por la Secretaría de la Función Pública, por Internet y en tiempo real, de manera anónima, participando un total de 1010 personas, lo que representa un 48.44% del Universo considerado para la aplicación en el ejercicio 2016, obteniendo una calificación total por institución de 76. En 2017 se llevó a cabo el programa de trabajo denominado Prácticas de Transformación de Clima y Cultura Organizacional. Se difundió una versión pública de los resultados.

Programa de profesionalización.

2013. apoyo a profesionales con estudios incompletos. Personal profesional para cursar posgrado. Con maestría para titulación. Maestría para cursar diplomados. Con un total de 12 apoyos con tiempo y con becas. 2014. Se apoyaron a 32 trabajadores con énfasis en 22 maestrías para enfermería. 2015 30 cursos con 26 re categorizaciones de 26 enfermeras a General Titulada C. 2016. En 2017, 7 apoyos económicos para maestría, 2 para diplomados y 1 para licenciatura (10 en total).

Adicionalmente, se llevó a cabo el Diplomado de Gerencia Estratégica de Instituciones de Salud de mayo a agosto de 2017 con 220 horas curriculares y con la asistencia de mandos medios y jefes de servicio.

Programa de ahorro.

2013. Energía eléctrica (EE) 0.45%; Fotocopiado (FC) +0.46; Agua potable (AP) -3.88%; Gasolina 10.7%; Gas natural -11.52%; Diesel -50%.

2014. EE +1.78%; FC 7.36%; AP -11.8%; Teléfono -6.7%; Gasolina +10.5%; Gas -7.7%; Diesel -71.4%.

2015. EE -3.34%; FC 8.14%; Teléfono -25.87%; AP 16.09%; Gasolina 24.47%; Gas -1.67%; Diesel 0%.

2016. EE -25.47%; FC 8.08%; Teléfono -21.29%; AP 2.44%; Gasolina -10.81%; Gas -2.38%; Diesel 0%.

2017. EE -14.3%; FC 3.95%; Teléfono -39.5%; AP 55.04%; Gasolina -10.3%; Gas -10.3%; Diesel 0%.

Mejora del proceso de referencia y contrarreferencia.

Se canceló este proyecto por parte de la CCINSHAE el 28 de noviembre de 2013.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Programas transversales

Igualdad laboral entre mujeres y hombres

La calificación entre la encuesta ECCO 2016 y 2017, difundida en los primeros meses de 2018, presentó incremento en adaptación al entorno, igualdad y no discriminación; calidad de vida laboral, balance trabajo familia; y profesionalización de la administración pública federal (AFP).

Se tiene una vinculación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que los servidores públicos del Instituto estén capacitados en materia de equidad de género, por lo que se promovió el Taller de Lenguaje Incluyente que se llevó a cabo los días 8 y 9 de mayo del presente, con ello también se cumple con una de las líneas de acción del Programa para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) y con el factor "Equidad y Género" que evalúa la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional de la Secretaría de la Función Pública. También se llevan a cabo las campañas del "Día Naranja" contra la no violencia hacia las niñas y las mujeres, los días 25 de cada mes, que se encuentra entre las acciones que instruye el Programa de Cultura Institucional, con la participación de todo el personal del Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez.

Clima organizacional

Se llevan a cabo las prácticas de clima y cultura organizacional (PTCCO) 2018, se integran mediante la plataforma RhNet de la SFP para incrementar el nivel de calificación de la ECCO aplicada en noviembre de 2017. Estos resultados se difundieron a todo el personal durante el semestre mediante correo electrónico masivo y en pantallas promocionales en todo el instituto, así como oficios electrónicos a los mandos medios y directivos. Se llevó a cabo el personal destacado del bimestre por votación con sus compañeros. La ECCO difundida en el 1er semestre de 2018 fue contestada por 500 personas (23.8% del total de trabajadores); 57% mujeres y 43% hombres; 47.8% solteros y 52.2 casados. 89% operativo o enlaces; 11% mandos medios; con una antigüedad mediana de 10 a 16 años proporcional a la antigüedad general que es de 17.3 años. 57.8% con licenciatura o más; 29.4% con preparatoria incompleta y completa o equivalente; y el resto con menos de secundaria (12.8%). La calificación de la ECCO fue de 83% superando la anterior que fue de 76%. Las calificaciones más altas fueron en el impacto de la encuesta en el clima 96%; Identidad con la institución 90%; Enfoque a resultados 89%; calidad de la atención 88%. Los valores de oportunidad Liderazgo en la AP 77%; Impulsar cambios en la AP 76%; Equidad de género, liderazgo, disponibilidad de recursos, estrés laboral y reconocimiento laboral (80 a 81%). Los motivos: faltan oportunidades de ascenso; No se aprecia cuando logro los objetivos; intimidación y maltrato no se sancionan; los programas de capacitación no están alineados al desempeño; no tengo información sobre guarderías; no cuento con medios informáticos eficientes. (FUENTE: Resultados Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2017)

Programa de profesionalización.

En 2018 continúa el apoyo para la profesionalización de 7 apoyos a maestría, 2 diplomados y 1 para licenciatura (10 en total).

Programa de ahorro

El siguiente reporte corresponde al periodo 1 de enero a 30 de junio de 2018.

Energía eléctrica: Se presentó un ahorro de 6.3% respecto a lo programado y una reducción del 3% respecto al mismo periodo de 2017. El decremento se deriva de las medidas establecidas, consistentes en: mantener el control en el encendido y apagado de luces en áreas comunes a través de la instalación de foto-celdas y la continuidad del programa de sustitución de lámparas, además de la instalación de lámparas de Leds.

Fotocopiado: Se reportó un decremento de 4% respecto a la meta programada y al mismo periodo del 2017, esto debido a mayor uso de correo electrónico y a la implementación de control de oficialía de partes y un control por código de usuario, se refiere a un ahorro de casi 35,000 impresiones en 6 meses.

Teléfono: Se realizaron 46.2% menos llamadas que las programadas y con una variación de 7% menos que el mismo periodo de 2017.

Agua potable: La reducción en el consumo de agua potable fue de 18.5% menor que el mismo periodo de 2017, es decir 33 mil m3. Se redujeron los turnos nocturnos en la lavandería y se atendieron oportunamente fugas en sanitarios y red hidráulica.

Gasolina: El consumo de gasolina refleja un incremento 3.9% respecto al mismo periodo de 2017. Obedece a un mayor número de kilómetros recorridos derivado de los traslados producto de las actividades administrativas, de investigación y de docencia, sin embargo a efecto de minimizar el impacto de esta situación, se ha continuado con el control de gasto de gasolina a través del uso de vales de acuerdo al kilometraje recorrido por vehículo y por traslado, además de la designación de chofer asignado por vehículo de conformidad con los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía.

Gas: El decremento de 3.9% en el consumo de gas natural durante el periodo que se reporta, en relación al consumo del mismo periodo del año anterior, obedece a la adecuada rotación en la operación de los equipos generadores de vapor (Calderas), por ser de menor capacidad genera menos consumo de gas.

Diesel: El hecho de que el reporte del consumo de diesel para el presente ejercicio se mantenga en cero, se debe a que los niveles de reserva para los tanques de diesel de cada una de las plantas de emergencia, se encuentran al 100%, además de que se cuenta con una reserva adicional de aproximadamente 14,520 litros, suficiente para atender cualquier contingencia en caso de falta de suministro de gas.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Programas transversales

Igualdad laboral entre mujeres y hombres

Se llevan a cabo diversas actividades para dar cumplimiento a las 16 líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Proigualdad), como la difusión de infografías, carteles y circulares, relacionados con brechas de desigualdad laboral entre hombres y mujeres, lenguaje incluyente, acoso laboral, trámites para el ingreso a estancias infantiles (como prestación de las y los trabajadores), no violencia contra las mujeres y las niñas (Campaña Día Naranja cada 25 de mes), licencias de paternidad (apegado a la normatividad). Así mismo, se ha capacitado al personal del Instituto en materia de equidad de género, no discriminación, no violencia, lenguaje incluyente; mediante cursos, talleres y pláticas, tales como: Taller: Tod@s somos violentad@s, Coloquio Balanceando Géneros, Taller Lenguaje Incluyente, Taller Especializado de Liderazgo, Comunicación y Trabajo en Equipo en la Cultura Institucional (con perspectiva de género), Taller Perspectiva de Género y Salud Pública, Plática Equilibrio Familiar y Laboral y Curso Interculturalidad y Derechos Humanos para Personas Servidoras Públicas. Para que el personal de Instituto se interese con mayor énfasis en el tema, desde el mes de agosto de este año, se lleva a cabo el Ciclo de Cine con Perspectiva de Género, en el cual se presentan diversas películas que abordan los temas de equidad de género, no violencia, no discriminación, acoso laboral, entre otros; con la finalidad de sensibilizar y crear consciencia en los asistentes en esta materia, mediante un pequeño debate guiado y/o reflexiones positivas.

Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.

Sin cambios que registrar respecto al primer semestre de 2018.

Clima organizacional

La ECCO para el ejercicio 2018 iniciará su aplicación en el mes de octubre y se espera contar con los resultados antes del cierre del ejercicio a efecto de realizar el análisis de los mismos y generar estrategias de difusión y mejora del clima laboral.

Se aplicó también la encuesta de Evaluación del Cumplimiento de las Reglas de Integridad y del Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal - 2018, así como el cuestionario de personas que presentaron una denuncia ante el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.

Programa de profesionalización.

Sin cambios que registrar respecto al informe de la Segunda etapa.

Programa de ahorro

Sin cambios que registrar respecto al informe de la Segunda etapa.

(FUENTE: Informes de la Dirección de Administración)

f. Los principales proyectos de inversión terminados y aquellos que se encuentren en proceso, reportando para estos últimos su avance físico y financiero, y justificando el grado de avance y estado que guardan

Proyectos registrados en cartera de inversión período 2013-2017.

2014. 1. Programa Anual de Mantenimiento y Rehabilitación de Infraestructura en Materia de Inmuebles del Instituto Nacional de Cardiología 2014. Inversión en Mantenimiento. Monto 114.3 Mdp. Inició en 2014 y terminó 2017. Se envió cierre a DGPLADES y está en trámite el finiquito por parte de la Subdirección de Finanzas.

2016. 2. Construcción de la Clínica del Paciente Ambulatorio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez 2017 -2018. Proyecto de inversión en infraestructura social. Importe actual en cartera de inversión 143.9 Mdp. Inicio 2016. Diferimiento a ejercicios 2018 y 2019 por falta de presupuesto para iniciar su ejecución.

3. Construcción de la Torre de Investigación en el INCICH 2017-2018. Proyecto de inversión en infraestructura social. Importe actual en cartera de inversión 136.5 Mdp. Inicio 2016. Diferimiento a ejercicios 2018 y 2019 por falta de presupuesto para iniciar su ejecución.

4. Programa Anual de Adquisiciones de Equipo Médico para el INCICH 2016. Programa de inversión en adquisiciones. Monto 58.6 Mdp. Inicio 2016, término 2017. Se envió informe de impacto social a la APBP.

5. Adquisición de Equipo Industrial para el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez 2017. Programa de inversión en adquisiciones. Monto 22.2 Mdp. Inicio 2016, término 2017. Diferimiento para 2018 ya que no se cuenta con presupuesto hasta esta fecha.

2017. 6. Programa Anual de Fortalecimiento y Rehabilitación de Infraestructura de inmuebles del INC 2018. Programa de inversión en mantenimiento. Monto 81.5. Inicio 2017. Diferimiento para 2018 ya que no se cuenta con presupuesto hasta esta fecha.

7. Programa Anual de Adquisiciones de Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio para el INC 2017. Programa de inversión en adquisiciones. Monto 60.1 Mdp. Inicio 2017. Se lleva a cabo el seguimiento a la solicitud de apoyo con la APBP.

(FUENTE: Proyectos registrados en cartera de inversión durante el período 2012-2017)

Durante el primer semestre del 2018, este apartado no tuvo cambios en relación a lo reportado a diciembre de 2017.

Se concluyó el proyecto del Programa Anual de Mantenimiento y Rehabilitación de Infraestructura en Materia de Inmuebles del INCICH 2014. Monto 114.3 Mdp, correspondiente a la creación de la Unidad UNAM-INCar del área de Investigación.

A noviembre 2018, se continuará con el seguimiento de los siguientes proyectos registrados en cartera de inversión:

1.Construcción de la Clínica del Paciente Ambulatorio en el INCICH 2018 -2019. Proyecto de inversión en infraestructura social. Importe actual en cartera de inversión 143.9 Mdp. Inicio 2016. Diferimiento a ejercicios 2018 y 2019 por falta de presupuesto para iniciar su ejecución.

2.Construcción de la Torre de Investigación en el INCICH 2018-2019. Proyecto de inversión en infraestructura social. Importe actual en cartera de inversión 136.5 Mdp. Inicio 2016. Diferimiento a ejercicios 2018 y 2019 por falta de presupuesto para iniciar su ejecución.

3.Programa Anual de Adquisiciones de Equipo Médico para el INCICH 2016. Programa de inversión en adquisiciones. Monto 63.8 Mdp. Se recibió donativo por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública en el año 2017..

4.Adquisición de Equipo Industrial para el INCICH 2018. Programa de inversión en adquisiciones. Monto 22.2 Mdp. Inicio 2016, término 2017. Diferimiento para 2018 ya que no se cuenta con presupuesto hasta esta fecha.

5.Programa Anual de Fortalecimiento y Rehabilitación de Infraestructura de inmuebles del INCICH 2018. Programa de inversión en mantenimiento. Monto 81.5 Mdp. Inicio 2017. Diferimiento para 2018 ya que no se cuenta con presupuesto hasta esta fecha.

6.Programa Anual de Adquisiciones de Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio para el INCICH 2018. Programa de inversión en

adquisiciones. Monto 60.1 Mdp. Inicio 2017. Se realiza el ingreso progresivo del equipo a través de apoyo por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Para el ejercicio 2018, se trabaja en el registro en cartera de tres proyectos de inversión, uno relacionado con la adquisición de equipo e instrumental médico por un monto de \$97'060,556.97 y dos relacionados con la adquisición de equipo industrial para la renovación de equipos de aire acondicionado y chillers del área médica por \$30'841,310.92 y la mejora de equipos para el desahogo de aguas negras por \$329,180.73.

(FUENTE: Proyectos registrados en cartera de inversión durante el período 2012-2017)

III. Los principales logros alcanzados en los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios

a. Los principales logros alcanzados y sus impactos

Los logros tienen un enfoque sistémico con los principios de rectoría, financiamiento, recursos materiales, provisión de servicios, generación y reproducción de conocimiento y transferencia tecnológica.

La base del sistema la constituye la alineación de los documentos rectores, iniciando por el apego y la convergencia con el PND y el PROESA, como se explicó en el capítulo 1, de tal manera que internamente se alinea la organización a su propia estructura teniendo el 100% del Manual de Organización Específico y procedimientos, conforme a la estructura integrada por de 1 Dirección General, 6 Direcciones de Área y 14 Subdirecciones que han sido certificados por el CSG cumpliendo con ello la categoría de rectoría nacional.

En el sistema propuesto por el Programa de la Dirección General 14-19 se cumple con las iniciativas administrativas de gobierno y más allá se genera una mayor eficiencia con las recomendaciones básicas, ordenar los documentos y llevar a cabo una austeridad inteligente que permita más recursos y reducción de pérdidas.

Los programas de ahorro van acompañados de una estrategia de Hospital Verde y de control de gasto en energéticos, teniendo éxito en combustibles y un reto en el ahorro de agua. Los servicios generales han presentado logros significativos mediante el mantenimiento integral de las instalaciones con una inversión en el período de rendición de cuentas de casi 20 Mdp.

Logros de Investigación

Incremento del 4% el número de investigadores del SNI y 2% los investigadores del SII. Se concluyen en la actualidad más de 46 proyectos de investigación al año con un promedio de 136 publicaciones.

Relevancia de la investigación de enfermedades cardiovasculares relacionada con la genómica y la proteómica para conocer las variantes de los genes relacionados con la cardiopatía isquémica, malformaciones congénitas del corazón, hipertensión, enfermedades inmunológicas y nefropatías.

En la investigación clínica las relacionadas con electrocardiografía y arritmias, particularmente la fibrilación auricular, cardiología pediátrica, hemodinámica, intervencionismo, imagenología, cardíaca, estimulación cardíaca e hipertensión arterial.

Éxito en la estrategia de fortalecimiento de los investigadores en cuanto al aporte a proyectos, la inscripción y financiamiento por CONACYT y por la industria, para la edición de una mayor proporción de artículos de alto impacto.

En noviembre de 2017 se inauguró la Unidad de Investigación UNAM-INCAR, proyecto magno de fortalecimiento de la investigación biomédica y clínica en México.

Enfermería lidera el proyecto de la Dirección General sobre el modelo nacional de Prevención de las ECV. Como compromiso frente a la OPS y el CONACRO el INCICH asumió la presidencia y desarrolla ese proyecto que ha sido concursado para obtener fondos nacionales e internacionales.

Se tiene un proyecto preventivista llamado Tlalpan 20-20 donde se estudiaron los factores de riesgo y las ECV como una cohorte que permitirá acciones preventivas a la población nacional.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Logros de Enseñanza

Se superó el número de residentes y alumnos de posgrado en 5% y 12% respectivamente hasta 2017.

Se reportaron resultados favorables en los rubros relativos con relación a lo programado, los programas más destacados es el apoyo a otros hospitales con la rotación de residentes externos y así mismo de los residentes internos a otras instituciones, esta dinámica permite en forma muy eficaz intercambiar conocimiento y tecnología. Los cursos de educación continua tuvieron un repunte en 2016 y 2017 llegando a cumplir su meta hasta con el 106% de asistentes.

Adicionalmente las sesiones de telemedicina tuvieron un incremento desde 0 en 2013 hasta 35 anuales en 2017.

Con el programa de capacitación gerencial bianual, se dan cursos de gerencia y planeación de salud a grupos de mandos medios y superiores, se han capacitado 44% de ellos al menos con un diplomado, con ello se espera completar las metas esperadas para enseñanza.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Logros del área Médica

Se fortaleció la atención de primera vez al incrementarse en más de 50% durante el periodo y mejorar la eficiencia al reducir el índice de consultas subsecuentes. Se respetó la política de cero rechazo y se apoyó con cirugía y telemedicina a 4 Estados de la República Mexicana, se asegura con esto el apoyo al sector de mejorar el acceso a la atención de alta calidad.

Se certificó el INCICH con el Consejo de Salubridad General en el 2015 mediante la alineación de los procesos de atención.

Se redujo la tasa de mortalidad bruta y la ajustada por una mayor efectividad de los servicios de atención médica y de urgencias. La letalidad de los pacientes con isquemia cardíaca descendió durante el sexenio en 20% debido a la técnica innovadora de perfusión instaurada en el INCICH.

Se redujo la tasa de infecciones nosocomiales a menos de 4% de los egresos.

Se realizan hasta 2017, 9% más cirugías y se incrementó el número por cirujano, se redujo el diferimiento en más del 50% con la estrategia de cirugía en fines de semana con equipos y materiales completos.

El Secretario de Salud presentó oficialmente en mayo de 2017 el Programa Nacional para la atención Oportuna del Infarto al Miocardio.

El INCICH se unió al programa internacional "Patient Safety Movement" en febrero de 2017.

Se desarrolló la Unidad Estratégica de Innovación y Desarrollo Tecnológico (Stents, válvulas, TAVI y ocluidores).

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Administración

Se logró un incremento del presupuesto acorde a las necesidades de incremento salarial de los trabajadores y acorde al incremento de precios de 24%.

Los recursos fueron ministrados y los recursos captados fueron 19% más que lo programado e incrementado los recursos de terceros de 25 y como máximo anual en 2015, 60 Mdp.

Se obtuvieron patrocinios externos por 12.7 Mdp de agencias no lucrativas y 5.2 Mdp de la industria farmacéutica para financiar 88

protocolos, en el período 15% mayores que lo estimado.

Se cumple con el PND en el mejoramiento de los servicios de salud, mantener la estabilidad macroeconómica del país y de incrementar la inversión pública para la investigación científica.

Las acciones para mejorar el clima organizacional se han desarrollado conforme a los programas establecidos.

Asimismo, el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, fue evaluado como excelente en su desempeño.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Están alineados al sistema, documentos rectores con apego al PND y al PROSESA y el de la Dirección General (DG) 14-19 del INCICH. La organización está compuesta por una estructura del 100% de manuales normativos: 1 DG, 6 direcciones de área y 14 subdirecciones, certificados por el Consejo de Salubridad General.

Los programas de ahorro van acompañados de una estrategia de Hospital Verde y de control de gasto en energéticos.

Logros de Investigación

Se realizaron 130 proyectos, 106 están en proceso, 22 concluidos, 1 suspendido y 1 cancelado. Se presentaron 40 protocolos al Comité de Investigación, 34 fueron aprobados. Iniciaron 14 proyectos. Se tuvieron menos protocolos debido a la reducción presupuestal de CONACYT que aprobó menos estudios en 2017 casi en 50%.

Este Instituto cuenta con 110 investigadores adscritos al Sistema Nacional de Investigadores con un incremento de 14 a 16 en el nivel III.

Los proyectos concluidos tienen relación con: fortalecimiento del primer nivel de atención, estudios farmacológicos, metabolismo de lípidos y carbohidratos, genética humana, infarto y manifestaciones electrocardiográficas relacionadas con metabolismo y medicamentos, con fines preventivos, curativos y de rehabilitación de ECV y comorbilidades.

Relevancia de la investigación genética respecto a riesgos sobre enfermedades cardiovasculares relacionadas con genómica y proteómica para conocer las variantes étnicas relativas a cardiopatía isquémica, malformaciones congénitas del corazón, hipertensión, enfermedades inmunológicas y nefropatías.

Continúa en operación exitosa la Unidad de Investigación UNAM-INCAR, proyecto de fortalecimiento de la investigación biomédica y clínica en México.

Enfermería lidera el proyecto de la DG sobre el modelo nacional de Prevención de las ECV.

Logros de Enseñanza

Se reportaron resultados favorables con relación a lo programado, lo más destacado es el apoyo a otros hospitales con la rotación de 174 residentes externos 153 nacionales y 21 de diversos hospitales de América Latina.

El número de alumnos en formación de posgrado se mantiene en 256, así como la proporción de 0.7 alumnos externos en rotación respecto a los de la sede.

Los asistentes a eventos de educación continua fueron 1,509 sin diferencia significativa respecto al mismo periodo de 2017.

En cursos de formación de alta especialidad la meta fue cumplida en 93.8%, y se dieron 45 cursos de 46 programados (97.8%).

Disminuyó el promedio de alumnos en educación continua que bajó de 6.8 a 4.6 y se incrementó el número de profesores de 232 a 328 con la disminución de alumnos de 1,584 a 1,509 respecto al mismo periodo de 2017.

Las actividades de educación para la salud fueron 2,155 con un total de 21,687 asistentes. En el primer semestre de 2018 la inscripción de alumnos de posgrado matriculados llegó a 13 (100%) de la meta.

En enfermería se tienen 54 alumnos en cursos de posgrado: 5 Postécnico de Tecnología Extracorpórea (perfusión); 16 egresados de Enfermería cardiovascular; 20 de Enfermería nefrológica, 13 cursando la Maestría en Administración de Organización en salud que concluirá en marzo de 2019.

Se capacitaron 148 personas en 9 eventos, de los cuales 3 fueron abiertos en línea sobre temas de organización y desarrollo

administrativo. Se encuentra en proceso un diplomado presencial de 220 horas con reconocimiento universitario para un grupo de 63 profesionales sobre Gerencia y Liderazgo estratégico que incluye un módulo además de planeación por marco lógico.

Logros del área Médica

Se estableció el control de la consulta externa mediante la exigencia de la referencia de pacientes de primera vez se logró en este periodo hasta en un 84.9% de los solicitantes y se reguló el alcance para lograr 91.2% de lo programado; se disminuyó el promedio de consultas por médico de 5.4 a 4.8 respecto al promedio del 2017 incrementando el promedio de consulta de 20 a 27 minutos. Se otorgaron 54,350 consultas de las cuales fueron subsecuentes 51,600 y de 1ª vez 1,263 y 1,487 pre consultas. Se respetó la política cero rechazo y el índice de subsecuencia fue de 40.9, promedio superior al de ciclos anteriores de 30.2 y cubriendo el 98% de la meta, es decir, se mejoró la atención a pacientes preexistentes. Se realizaron 8,310 consultas de urgencias, se cubrió el 98.9% de la meta. Se tuvieron 2,579 egresos hospitalarios con una ocupación de 77.4% y un índice de rotación de 12.1 pacientes por cama; un intervalo de sustitución de 3 días cama. Este rendimiento y productividad alcanzado debido a que se mejoró la utilización de camas y un uso racional de materiales de curación así como la mejora del proceso de egreso hospitalario optimizando el control de cuentas paciente. Se redujo la proporción de internamientos a urgencias (13.1 respecto a casi 18% del periodo 2012-2017).

La tasa bruta de mortalidad disminuyó de 6.3% a 5.7%.

La tasa de infección nosocomial se mantuvo estable en 4% aunque con una reducción de la mortalidad hospitalaria derivada de estos eventos debido a que se actualizó la prevención de complicaciones con el programa bacteremia cero.

Las defunciones esperadas eran de 177 y solo ocurrieron 147 con una reducción de 4.7 a 4.2% la tasa ajustada.

Se incrementaron las cirugías durante el semestre, del total de egresos 33.2% corresponden a egresos por cirugía, en forma considerable, se redujo el diferimiento debido al programa de intervenciones a pacientes de menor complejidad mejorando la atención a las cardiopatías congénitas y otras mayores. El uso de las salas quirúrgicas se mantuvo estable en 0.8 cirugías de alta complejidad. La proporción de autopsias, respecto a las defunciones, se incrementó de 5.6% a 9.5%.

Administración

El presupuesto total recibido fue de 725.7 Mdp (100% respecto al total modificado), del cual se ha ejercido el 98.4%, para el semestre y se ha incrementado el devengado y comprometido a 17.2% respecto al 6.6% del mismo periodo de 2017.

Se redujeron los recursos externos para investigación de 48.7 Mdp a 30.3 Mdp. Se incrementó en casi 4% el gasto en atención médica; se redujo el gasto en investigación de 60.5 a 48.7 Mdp respecto al mismo periodo de 2017. En enseñanza se redujo el gasto de 12.4 Mdp a 9.9 Mdp.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Logros de Investigación

Se perfiló incremento en el número de investigadores en el SNI en los niveles II y III de 30 a 32 y de 14 a 16 respectivamente, para pasar a un total de 110.

Ingresaron a la Academia Nacional de Medicina 2 integrantes del INCICH.

La Dra. Ma. Alexandra Arias Mendoza, adscrita al Departamento de Urgencias y Unidad Coronaria, obtuvo subsidio a tres proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica, por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs).

Se publicó el modelo de calidad del INCICH en la gaceta del SiNaCEAM del Consejo de Salubridad General.

El reporte de eventos adversos se prevé se incremente en 40.5% en comparación con 2017, estabilizando una cultura del reporte y seguimiento de eventos, fortaleciendo la calidad del cuidado.

Se tienen como líneas de investigación a las enfermedades coronarias; síndrome metabólico; HTA; enfermedad valvular; miocardiopatías en enfermedad de Chagas; sistemas biológicos, molecular y producción de energía; cardiopatías congénitas; nefropatías; dispositivos intracardiacos; medio ambiente y sociomedicina.

Se espera una manufactura para noviembre de 2018, en biotecnología aplicada, de 379 productos de intervención cardiovascular, prótesis, parches, anillos mitral y tricúspide, refuerzos de sutura; asimismo se han implantado 381 productos y el impacto de lo anterior es el apoyo a pacientes de escasos recursos económicos y la mejora de la calidad de vida del 95% de los pacientes y reducción de la

discapacidad en más del 80% de adultos y niños beneficiados.

A noviembre de 2018, se estima se realizarán 129 proyectos de investigación, 106 en proceso, 22 concluidos y 1 suspendido. Se prevé la presentación de 44 protocolos al Comité de Investigación y se espera sean aprobados 33 por los comités respectivos, e inicien 17 proyectos a noviembre de 2018.

Continúa en operación exitosa la Unidad de Investigación UNAM-INCAR, proyecto de fortalecimiento de la investigación biomédica y clínica en México.

Logros de Enseñanza

Se ratifica la calificación como cursos de excelencia de CONACyT, con competencia internacional por 2 años a los programas de posgrado en Cardiología y Reumatología hasta el año 2020 y Nefrología por 5 años hasta el año 2013.

Los residentes de la especialidad de cardiología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de 1º, 2º y 3er año obtuvieron el 1er lugar, en puntaje máximo y en promedio, en los tres años de residencia de acuerdo a la evaluación PUEM que realiza la UNAM a las instituciones de médicos cardiólogos.

Se incrementaron en 13.4% los Cursos Clínicos de Pregrado en medicina, para instituciones con convenio de colaboración: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad La Salle, Universidad Anáhuac, entre otras.

14 médicos residentes del Instituto realizaron rotación extramuros en el extranjero, financiados con recursos externos (CONACYT), lo cual representa un incremento de 250% en relación al mismo periodo de 2017.

Se reanudó en Diplomado en Cardiología Básica para profesionales de enfermería.

Se inauguró el Museo tecnológico del INCICH en colaboración con la UNAM.

La matrícula de médicos residentes se perfila constante, de acuerdo a capacidad instalada y operativa del INCICH con 256 profesionales (200 mexicanos y 56 extranjeros), en especialidades médicas se cuenta con 171 médicos matriculados y con 84 en cursos de alta especialidad; en pregrado se apoya a la UNAM, ULSA y Anáhuac con 246 estudiantes de pregrado; y a su vez al programa de formación de investigadores con 114 estudiantes médicos en servicio social.

Se reportaron resultados favorables con relación a lo programado, lo más destacado es el apoyo a otros hospitales con la rotación de 344; residentes externos 153 nacionales y 21 de diversos hospitales de América Latina.

Los asistentes a eventos de educación continua se calculan, para el mes de noviembre en 6,707, duplicando el observado para 2017; un incremento en el promedio de alumnos por profesores de 7.6 a 11.2; un incremento de 48 a 71 actividades respecto al promedio del sexenio. El resultado de lo anterior es que se incluye prioritariamente a alumnos que aplicarán el conocimiento internamente en el INCICH y en otras unidades de atención que manejen los aspectos cardiovasculares; de la misma manera un incremento en la capacidad operativa de profesionales para un mejor desempeño y un mejor desarrollo personal e institucional.

Se realizó el primer curso a distancia de actualización en el tratamiento de la hipertensión sistémica con la acreditación del Consejo Mexicano de Cardiología y aval de la Sociedad Mexicana de Cardiología y la Asociación de Cardiólogos de México.

En cursos de formación de alta especialidad la meta se estima será alcanzada en 93.8%, y se estima la realización de 45 cursos de 46 programados (97.8%).

Las actividades de educación para la salud para fines de noviembre del 2018 serán 3,951 con 60,768 participantes y una media de 15.4.

En enfermería se tienen 54 alumnos en cursos de posgrado: 5 de Postécnico de Tecnología Extracorpórea (perfusión); 16 egresados de Enfermería cardiovascular; 20 de Enfermería nefrológica, 13 cursando la Maestría en Administración de Organización en salud que concluirá en septiembre de 2018.

Se capacitaron 148 personas en 9 eventos abiertos en línea sobre temas de organización y desarrollo administrativo. Se encuentra en proceso un diplomado presencial de 220 horas con reconocimiento universitario para un grupo de 63 profesionales sobre Gerencia y Liderazgo estratégico que incluye un módulo además de planeación por marco lógico.

La escuela de enfermería cuenta con 349 alumnos activos 185 (53%) de licenciatura; 51 en bachillerato tecnológico; 13 en Maestría de Administración de Organización en Salud; 59 Diplomados de cardiología básica y hemodinámica cardiovascular y 41 en posgrados de enfermería cardiovascular y nefrológica y 5 en postécnico de enfermería en tecnología extracorpórea. La eficiencia terminal de este sistema educativo se espera sea de 97%.

Logros del área Médica

Logros Estratégicos:

Se mejoró la referencia de pacientes hasta en 80% de las solicitudes de primera vez y cumpliendo con dos aspectos respecto a la política de cero rechazo y 91.2% de la meta programada.

Se prevé que el impacto sea una reducción de la preconsulta en 38.8% y la consulta 41.7% con relación a 2017.

Se implementaron 14 clínicas de seguimiento de atención especializada en la consulta externa, Complejo Aórtico; Cardiopatía congénita; insuficiencia cardíaca; Trasplante cardíaco; Anticoagulantes; Cirugía electiva; Cardiopatía y embarazo; Cardiología geriátrica; Cardiopatía isquémica crónica; Miocardiopatías; Oncología; Cardiopatías valvulares; Hipertensión arterial; Prevención de factores de riesgo. El impacto para el periodo de análisis será que se mejore la calidad de vida de los pacientes y la reducción de la discapacidad en niños y adultos.

Se recibió agradecimiento escrito de la Cámara de Diputados por las atenciones ciudadanas durante la LXIII legislatura.

Logros Tácticos:

Se obtuvo la donación de la herramienta VASSELNAVIGATOR para imágenes 3D en procedimientos endovasculares que acelera la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de cardiopatías con un efecto esperado en la reducción de 1 día cama del promedio general y de la mortalidad hasta en un 15%.

Se obtuvo reconocimiento del Modelo de Seguridad del Paciente por parte del Consejo de Salubridad General; así como el de Espacio libre de humo de tabaco por parte de la Comisión Nacional contra las adicciones.

Se eligió a médicos del INCICH para la actualización de Guías de Práctica Clínica por parte de CENETEC.

Se recibió donativo de 100 equipos quirúrgicos para cambio valvular.

Se continúa con el contrato plurianual de laboratorio central con ahorro de más de 10 Mdp anuales.

Se incrementó la cirugía electiva en 25% y se espera se incremente a 32% a fin de noviembre de 2018. Así mismo se redujo el padrón de espera en 27% debido a la reorganización del Departamento de Cirugía y al acondicionamiento de los espacios físicos y reestructuración de los equipos humanos.

Operativos

Se reduce paulatinamente el uso de estudios de rayos X y la impresión de placas con tendencia a cero mediante el uso de RIS PACS y la interoperabilidad del expediente electrónico, el impacto es en el costo unitario de cada estudio que se ha reducido de 190 pesos a 98.5 con el uso de la tecnología de punta, considerando una estimación del gasto para servicios médico asistenciales; otro impacto es la reducción de la carga de trabajo en enfermería para el traslado de resultados; y finalmente la duplicidad se reducirá a cero al término del periodo.

Se estima una reducción de la proporción de internamientos a urgencias (13.5 respecto a 16% del periodo 2012-2017). La paulatina programación de actividades tenderá a mejorar la calidad y oportunidad de la atención.

La tasa bruta de mortalidad se calcula en 6.2% aunque la mortalidad ajustada tiende a reducirse debido a los programas de las clínicas de oportunidad de la atención. Se tiene el dato de una reducción del tiempo de atención de los pacientes de 12 a 9 horas y su meta es reducir el tiempo de atención a 2 horas en término de 3 años.

La tasa de infección nosocomial se prevé de 4.0% a 3.6% y se mantendrá en el estándar.

Los logros en la organización de la calidad y el control de eventos adversos en enfermería son los siguientes: 1. Incremento de vigilancia de cuasifallas y reducción de eventos adversos en más del 50%; incremento en la detección de errores de medicación y en la identificación de solicitudes para integrar registros clínicos y reducción; Disminución de la tasa de úlceras de presión en más del 30% a noviembre de 2018.

Planificación de la extubación por indicación bajo normatividad y guías de práctica clínica con incremento de registros y vigilancia de eventos centinela.

Incremento del concepto "muy satisfecho" al egreso de pacientes y sus familiares de 12 a 31% en el tiempo de espera y en el trato recibido como "bueno" de 51 a 87% en el total de encuestas de salida.

Enfermería

Se trabaja en la obtención de fondos para el Programa Operativo de Prevención y Detección de Enfermedades Cardiovasculares. Se

reactivarán a finales del periodo equipos de trabajo para el Centro de capacitación en reanimación cardiopulmonar, se capacitan instructores para BLS y ACLS con la AHA para ser centro de entrenamiento.

Se fortalecieron las capacidades del personal mediante intercambios internacionales con Chile en certificación de procesos ECMO y se ha desarrollado un plan de posgrado de enfermería en alta especialidad cardiovascular (ECMO, Hemodinámica y manejo Perioperatorio)

Administración

Se concluyó el proyecto de conservación y mantenimiento del piso 8 de hospitalización.

Se obtuvo un ahorro de más del 15% en el uso de agua potable.

Se prevé la obtención de fondos adicionales para subsanar la carga presupuestal por más de 90 Mdp a noviembre de 2018.

Se previó un presupuesto modificado de 1,331.0 Mdp un presupuesto ejercido y pagado del 100%.

Este ejercicio tiene relación con el abasto al 100% que aunque se ha programado la compra consolidada de insumos para la atención y medicamentos, abasto y servicios generales, la presión de gasto fue necesaria para mantener estable la operación, solicitando se hiciera generalizado el uso racional de materiales y el ahorro de energía, agua y la optimización de material impreso y de papel, así como nuevas políticas de compras verdes y reducción de espacios físicos ocupados por archivos muertos mediante la previsión para fin de año de escaneo de materiales impresos.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

b. La identificación de los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios que se consideren deban tener continuidad con la justificación correspondiente

Proyectos institucionales planteados en el Programa de la Dirección General que deben tener continuidad

1.Desarrollo de patentes, producción y comercialización de Stents, Válvulas, endoprotesis, parches de pericardio con esquema público y privado.

A través de la Unidad Desarrollo de la Unidad Estratégica de Innovación y Desarrollo Tecnológico (Stents, válvulas, TAVI y oclusores) se pretende dar continuidad a la actividad tecnológica para producir insumos necesarios para la atención cardiovascular, falta consolidar un área de prototipos de alta tecnología biomédica. Con la continuidad de este proyecto se espera reducir las importaciones de insumos de alto costo que fluctúan con los cambios económicos. El proyecto debe consolidarse al menos en un lapso de 5 años.

2.Implementación del centro de apoyo a la atención cardiovascular a distancia. Telemedicina. Interconsulta y capacitación de recursos humanos.

Este proyecto que ha iniciado con éxito tiene como ventajas la capacitación, la referencia correcta al INCICH y la atención a distancia mediante la intervención de médicos en áreas de alta demanda. Se pretende además incluir la educación en cursos formales en línea. El periodo de maduración es de 3 años.

3.Reingeniería del modelo de atención quirúrgica. Protocolizar la atención, preparar personal nuevo, adecuar espacios para terapia postquirúrgica.

Este programa pretende un uso intensivo de la capacidad instalada; Incremento de las cirugías por día médico; reducción de la lista de espera en un 100%; incremento de la atención no invasiva y por disminución de la estancia hospitalaria; capacitación de médicos cirujanos en técnicas no invasivas y de corta estancia en estados de alto impacto; este proyecto es de inversión baja y se requiere un año de maduración.

4.Unidad de Prevención y detección de Riesgos CV.

Por ser la primera causa de muerte en el mundo y en el país, el INCICH tiene una alianza estratégica con la Organización Panamericana de la Salud en la conducción y liderazgo que tiene como foco de atención, establecer políticas públicas contra los factores de riesgo: Obesidad, activación física y nutrición; además de generar un modelo de atención preventiva en coordinación con las Secretarías de Salud de algunos estados y establecer con financiamiento de CONACYT una unidad de alta tecnología y apoyar en el Consejo Nacional contra las Enfermedades Crónico Degenerativas a generar pautas para la prevención y tratamiento de las ECV.

5. Centro de adiestramiento en reanimación cardiovascular.

Desde la Dirección de Enseñanza y la Escuela de Enfermería del INCICH se ha generado un proyecto de Educación Continua para la actualización del personal de salud en temas relevantes de ECV poniendo énfasis en el personal de las unidades a las que el INCICH apoya con cirugía y atención cardiovascular. La ventaja será que, preparar enfermeras y médicos se tendrá una menor tasa de mortalidad y complicaciones.

6. Creación de la unidad de pre certificación de medicamentos. Área de terceros autorizados.

Este proyecto iniciará con la ejecución del proyecto de "Farmacia Hospitalaria" para mejorar la vigilancia farmacológica, automatizar el manejo de medicamentos con unidades y tener como resultado, reducir el consumo de medicamentos, mejorar la eficiencia del sistema de gestión, mejorar el sistema de selección, adquisición y hacer más expedito el surtimiento. Este proyecto está en marcha requiere 3 años para ser autorizado como proyecto de inversión.

7. Implementación de una unidad periférica en colaboración con el instituto de biomédicas de la UNAM.

Se ha iniciado la adaptación de la Unidad de Investigación UNAM-INCAR, esta unidad tiene un crecimiento y maduración esperado para hacer confluir proyectos multicéntricos nacionales e internacionales, su principio básico es la maximización del uso del equipo y el intercambio de servicios con otras instituciones. La ventaja será la reducción de compra de equipo de alta tecnología y bajo uso y la mejora de la calidad de los servicios de investigación.

Otros proyectos institucionales que requieren ser efectuados

8. Expediente clínico electrónico.

Se requiere fortalecer el sistema central de expediente clínico electrónico al INCICH, este instrumento tiene dos vertientes, el control de: consumo de servicios, de insumos para la atención, altas y bajas de almacén, organización hospitalaria, estadísticas, reducción de tiempos de recepción y atención, citas electrónicas, bajas de expedientes, servicios de apoyo al dx y tratamiento en tiempo real. Este sistema se implementa en 3 años más la actualización de convenios para equipamiento y redes.

9. Acceso universal a insumos de alto costo.

Proyecto que combina subsidios, aseguramientos y cuotas de recuperación para que todos tengan la misma oportunidad de tratamientos igualitarios de alto costo, con la expectativa de reducir la discapacidad y de reproducir el modelo en los hospitales del país. Un año de consolidación.

(FUENTE: Instituto Nacional de Cardiología. Programa de Trabajo 2014-2019)

Proyectos institucionales planteados en el Programa de la Dirección General que deben tener continuidad

1. Desarrollo de patentes, producción y comercialización de Stents, Válvulas, endoprótesis, parches de pericardio con esquema público y privado.

2. Implementación del centro de apoyo a la atención cardiovascular a distancia. Telemedicina. Interconsulta y capacitación de recursos humanos.

3. Reingeniería del modelo de atención quirúrgica. Protocolizar la atención, preparar a personal nuevo, adecuar espacios para terapia postquirúrgica.

4. Unidad de Prevención y detección de Riesgos CV.

5. Centro de adiestramiento en reanimación cardiovascular.

6. Creación de la unidad de pre certificación de medicamentos. Área de terceros autorizados.

7. Implementación de una unidad periférica en colaboración con el instituto de biomédicas de la UNAM.

Otros proyectos institucionales que requieren ser efectuados

8. Expediente clínico electrónico.

9. Acceso universal a insumos de alto costo.

Agregados para el primer semestre de 2018.

10. Automatización de la farmacia hospitalaria.

11. Control de ausentismo en enfermería mediante la mejora del clima organizacional y el liderazgo de los mandos medios así como un modelo de supervisión.

- 12.Reestructuración de los indicadores gerenciales para la toma de decisiones.
- 13.Mejora de procesos de ingresos y egresos de pacientes a cirugía.

Proyectos institucionales planteados en el Programa de la Dirección General que deben tener continuidad

- 1.Desarrollo de patentes, producción y comercialización de Stents, Válvulas, endoprótesis, parches de pericardio con esquema público y privado.
- 2.Implementación del centro de apoyo a la atención cardiovascular a distancia. Telemedicina. Interconsulta y capacitación de recursos humanos.
- 3.Reingeniería del modelo de atención quirúrgica. Protocolizar la atención, preparar a personal nuevo, adecuar espacios para terapia postquirúrgica.
- 4.Unidad de Prevención y detección de Riesgos CV.
- 5.Centro de adiestramiento en reanimación cardiovascular.
- 6.Creación de la unidad de pre certificación de medicamentos. Área de terceros autorizados.
- 7.Implementación de la unidad periférica en colaboración con el instituto de biomédicas de la UNAM.

Otros proyectos institucionales que requieren ser efectuados y/o fortalecidos

- 8.Expediente clínico electrónico.
- 9.Acceso universal a insumos de alto costo.

Agregados para noviembre de 2018

- 10.Reestructuración y difusión de los indicadores gerenciales para la toma de decisiones.
- 11.Mejora de procesos de ingresos y egresos de pacientes a cirugía.
- 12.Diagnóstico temprano de cardiopatías congénitas en México.
- 13.Control de tiempos de espera en cirugía electiva.
- 14.Organización de sustancias potencialmente tóxicas y reactivos en investigación.
- 15.Clínicas de catéteres.
- 16.Automatización de la farmacia hospitalaria.
- 17.Digitalización de documentos iniciando con el archivo inactivo del Expediente Clínico institucional y con el de tránsito del momento actual al pasado.
- 18.Control de ausentismo en enfermería mediante la mejora del clima organizacional y el liderazgo de los mandos medios así como un modelo de supervisión.
- 19.Mejora del sistema de recuperación de cuentas incobrables.
- 20.Integración del sistema de censo hospitalario en el Programa Anual de Tecnologías de la Información 2019.
- 21.Gestionar un sistema de información para el área de investigación.

Todos los proyectos enunciados dan cuenta de modelos innovadores de operación para las áreas sustantivas de investigación, enseñanza y asistencia médica, que apuntalarán la misión y visión institucionales de tal forma que se avale su aportación de orden superior en el desarrollo de proyectos.

c.Las recomendaciones o propuestas de políticas y estrategias que contribuyan a su seguimiento

Cumpliendo la función de asesor del Secretario de Salud en el ramo de competencia del control de enfermedades Cardiovasculares el INCICh recomienda que debe diseñarse una vertiente en torno a las enfermedades crónicas y degenerativas comprometiendo desde el Consejo Nacional de Salud a la referencia y contrarreferencia de los pacientes desde el primer contacto, programar la formación de personal en forma estratégica desde la residencia hasta los cursos de médicos y enfermeras para especializarse en el manejo de las ECV.

Los organismos centrales deben establecer colaboraciones normativas y programáticas con los Institutos Nacionales para hacer más eficiente la operación.

Fortalecer la capacitación a los mandos medios y superiores en el análisis de causa efecto desde los problemas administrativos y las

reacciones en salud del efecto de las crisis económicas, por medio del Diplomado de Gerencia Estratégica de Instituciones de Salud. Todo lo anterior dará fortaleza a la atención, internamente se debe mejorar el orden en las operaciones administrativas y profesionalizar estos campos para que den respuesta y apoyo a las áreas sustantivas. Se debe fortalecer la competitividad en el punto de operación y mejorar la eficiencia de los servicios mediante la automatización. Hasta hoy la normatividad es muy general y debe hacerse en forma conjunta con el Subsistema de los Institutos Nacionales.

Parece coherente pensar en instalaciones centralizadas para la elaboración de materiales de investigación con laboratorios y unidades de imagenología, de la misma manera fortalecer el apoyo a la capacitación del personal en el uso y optimización de los insumos de análisis clínicos.

Hay que fortalecer los sistemas de certificación de la calidad hospitalaria para tener mejores resultados en la calidad de los servicios, validar los estándares medibles y reconsiderar abrir a auditores privados la certificación emulando el modelo ISO.

El INCICH debe participar en la evaluación de salud de los estados que refieren con mayor frecuencia utilizando los servicios de alta especialidad, sobre todo para: mejorar el indicador de alta especialidad en más del 80%; aumentar los servicios al Seguro Popular; facturación cruzada y expediente ambulatorio; telemedicina y con ello reducir la carga de urgencias y hacer de la alta especialidad un evento electivo, es decir programado.

En cuanto a las normas oficiales se deberá actualizar todo el paquete de las NOM referidas a crónico degenerativas, obesidad y enfermedades cardiovasculares para consolidarlas en los sanitario y dejar las especificaciones técnicas a las guías de práctica clínica, quienes deberán enseñarse desde el pregrado y fortalecerse en los diversos posgrados. La vigilancia epidemiológica debe cumplir un servicio expedito y abrir, como hace la ENSANUT, las bases de datos para el análisis de la mortalidad y la morbilidad.

En cuanto a los indicadores de desempeño del sistema de atención, investigación y enseñanza, centralizar y automatizar en tiempo real la información, así como hacer de la función pública un sistema de toma de decisiones gerenciales para dar utilidad a la información. En la actualidad la información y la toma de decisiones son semestrales con 4 o 5 meses después del corte.

Los sistemas de compras deben respetar los lineamientos, automatizar los archivos y tender a reducir el número de proveedores. Hacer de las compras un círculo virtuoso donde el proveedor se encargue del confinamiento de los residuos y de garantizar las mejores prácticas industriales y comerciales.

Implementar mecanismos para incrementar el presupuesto en el mantenimiento de la infraestructura.

Para la SS debe diseñar un modelo de atención que permita escalar en los niveles de atención para regular los servicios de alta especialidad.

Formar personal en los centros de mayor incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares sobre todo del área de enfermería que de sustentabilidad al manejo médico en brigadas de apoyo.

Los organismos centrales deben establecer colaboraciones normativas y programáticas con los Institutos Nacionales de Salud para hacer más eficiente la operación.

Capacitar a los mandos medios y superiores en el análisis de causa efecto desde los problemas administrativos y el manejo de crisis económicas.

Desarrollar servicios de apoyo centralizados para evitar subutilización de equipos de laboratorio y gabinete así como equipo de investigación.

Para el INCICH es impostergable la consolidación de un sistema informático integrado.

Profesionalizar al personal administrativo para mejorar la eficiencia del manejo financiero y de personal en apoyo a las actividades sustantivas.

Fortalecer los sistemas de certificación de la calidad hospitalaria para tener mejores resultados en la calidad de los servicios, validar los estándares medibles y reconsiderar abrir a auditores privados la certificación emulando el modelo ISO.

El INCICH debe apoyar en la evaluación de salud de los estados que refieren con mayor frecuencia, para mejorar el indicador de alta especialidad en más del 80%; poner en marcha la facturación cruzada y expediente ambulatorio;

Fomentar el uso de telemedicina y reducir la carga de urgencias y hacer de la alta especialidad un evento electivo.

Participar en la actualización de las normas oficiales referidas a riesgos y daños a la salud cardiovascular y consolidarlas en lo

sanitario y dejar las especificaciones técnicas a las guías de práctica clínica.

En cuanto a los indicadores de desempeño del sistema de atención, investigación y enseñanza, centralizar y automatizar en tiempo real la información, así como hacer de la función pública un sistema de toma de decisiones gerenciales para dar utilidad a la información.

Los sistemas de compras deben respetar los lineamientos, automatizar los archivos y tender a reducir el número de proveedores. Hacer de las compras un círculo virtuoso donde el proveedor se encargue del confinamiento de los residuos y de garantizar las mejores prácticas industriales y comerciales.

Implementar mecanismos para incrementar el presupuesto en el mantenimiento de la infraestructura, mediante registro en cartera de proyectos de inversión y desarrollo de la infraestructura.

Las políticas para dar seguimiento a las propuestas van en el orden de la automatización de los procesos de trabajo técnicos y administrativos en torno al expediente clínico electrónico que permita integrar operaciones de control administrativo y toma de decisiones basadas en información estadística gerencial.

La segunda política debe estar orientada a organizar los procesos desde una reingeniería sistémica a partir de servicios finales, de apoyo y servicios básicos, definir productos específicos y garantizar su cumplimiento con técnicas específicas de capacitación y de supervisión de los procedimientos con un enfoque a la mejora continua de la calidad.

Cada macroproceso debe entonces tener un modelo teórico que aterrice en la práctica y que pueda dar continuidad a cada elemento del sistema de atención y de administración sin olvidar el impacto que del INCICH se espera en la carga de las enfermedades.

La tercera política debe ser orientada al programa financiero del INCICH donde el paso relevante es la profesionalización de la plantilla administrativa y gerencial para dar al proceso de planeación y de evaluación las metodologías necesarias para el uso racional de los recursos con base en mejores técnicas de obtención y uso de recursos así como de reducción de pérdidas.

La cuarta política debe ser orientada a la generación efectiva de conocimiento y la formación de recursos humanos con base en un cambio en el paradigma de la integración de conocimiento traslacional, uso de los productos del conocimiento y generación de nueva tecnología basados en un mejor financiamiento de la investigación científica.

El conocimiento debe tener como base la formación de líderes con herramientas científicas, gerenciales y de integración de redes para cada profesional que se agregue a la cardiología, esto se logrará mejorando el aprendizaje, combinando la adquisición de conocimiento con la cadena de atención, docencia y servicio que, como paradigma viejo, tiene nuevos retos.

Fortalecer los sistemas de certificación de la calidad hospitalaria para tener mejores resultados en la calidad de los servicios, validar los estándares medibles y reconsiderar abrir a auditores privados la certificación emulando el modelo ISO.

Fomentar el uso de telemedicina y reducir la carga de urgencias y hacer de la alta especialidad un evento electivo.

IV. Los Recursos presupuestarios y financieros, humanos y materiales

Recursos presupuestarios y financieros

a) Los recursos financieros, ingresos y egresos autorizados y ejercidos

El presupuesto total (asignación modificada) fue como sigue: 2013, 1,198.8 millones de pesos (Mdp); 2014, 1,366.12 Mdp; 2015, 1,314.99 Mdp; 2016, 1,408.43 Mdp; 2017, 1,536.95 Mdp.

El presupuesto total (modificado) se incrementó en el período de forma neta 338.15 Mdp que representaron 28% del monto 2013. Sin embargo el costo del día cama en el hospital representó un incremento de 57.9%, poco más del doble proporcionalmente debido a medicamentos de alta especialidad, costo de los servicios subrogados.

De los cuales fueron por transferencia fiscal y en % del total: 2013, 915.79 Mdp (76%); 2014, 993.78 Mdp (73%); 2015, 1,015.47 Mdp (77%); 2016, 1,076.79 Mdp (76%); 2017, 1,138.95 Mdp (74%). Las transferencias fiscales se incrementaron en 24.4% teniendo proporcionalmente al incremento del presupuesto total modificado una diferencia neta de 3.6% menor que para el total del presupuesto represento al 2017 un déficit de 55.33 Mdp.

El presupuesto por ingresos propios y en porcentaje fue: 2013, 283 Mdp (24%); 2014, 372 Mdp (27%); 2015, 299.6 Mdp (23%); 2016, 331.64 Mdp (24%); 2017, 398.0 Mdp (26%). Los ingresos propios por pago de servicios con las respectivas clasificaciones socioeconómicas representaron un incremento neto de 115 Mdp, con crecimiento neto de 40.6% respecto a la cifra basal de 2013 y con

una diferencia porcentual de 16.2% respecto al crecimiento de la transferencia fiscal y representando 2% más en 2017 que en 2013.

El presupuesto recibido respecto al total modificado fue: 2013, 100%; 2014, 96%; 2015, 100%; 2016, 100%. 2017, 100%. El presupuesto ejercido respecto al total modificado fue: 2013, 100%; 2014, 96%; 2015, 100%; 2016, 101%. 2017, 100%. El presupuesto devengado respecto al total modificado fue: 2013, 0%; 2014, 1%; 2015, 3%; 2016, 0%. 2017, 0%. La proporción autorizada respecto a solicitado para gasto corriente fue como sigue: 2013, 100%; 2014, 95%; 2015, 100%; 2016, 100%. 2017, 100%.

El manejo de los recursos financieros, conforme al balance de liquidez y solvencia, se realizó de la siguiente manera:: 2013, 1.2, 1.6; 2014, 0.73, 0.99; 2015, 0.45, 0.67; 2016, 0.31, 0.49; 2017, 0.31, 0.43

La proporción autorizada respecto a solicitado para bienes muebles e inmuebles fue de: 2013, 100%; 2014, 100%; 2015, 0; 2016, 100%. 2017, 0%. En este capítulo del gasto se siguieron las reglas de austeridad impuestas por las instancias globalizadoras con el consecuente acúmulo de obsolescencia de mobiliario y equipo en la institución, situación que pudo mediar con los dos proyectos ejercidos y comentados en capítulos anteriores.

Recursos totales de terceros para investigación: 2013, 25.1 Mdp; 2014, 22.7 Mdp; 2015, 30.8 Mdp; 2016, 61.6.6 Mdp; 2017, 30.43 Mdp.

Por programas sustantivos:

Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para atención médica: 2013, 1,001.77 Mdp 84%; 2014, 1,091.58 Mdp 83%; 2015, 1,142.12 Mdp 87%; 2016, 1,251.43 Mdp 88%; 2017, 1,306.13 Mdp 81.4%. El presupuesto ejercido por atención médica tuvo un incremento de 30.4% en el periodo a expensas del gasto en día cama que se incrementó más de 60%, que se solventó con el incremento generalizado y con las acciones de uso racional de insumos para la atención y el cobro de servicios.

Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para investigación: 2013, 123.7 Mdp 10%; 2014, 144.55 Mdp 11%; 2015, 100.39 Mdp 8%; 2016, 101.78 Mdp 7%; 2017 130.6 Mdp 8.7%. Investigación tuvo fluctuaciones pero recibió 3 veces más presupuesto en promedio que sus ingresos por proyectos de investigación; se hizo un esfuerzo muy importante por incrementar el monto sobre todo entre 2015 y 2017, el monto neto en ingresos de terceros fue significativo para el logro de este objetivo.

Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para enseñanza: 2013, 37.5 Mdp 3%; 2014, 37.32 Mdp 3%; 2015, 36.28 Mdp 3%; 2016, 37.18 Mdp 3%; 2017 40.5 Mdp 2.6%.

Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para todos los demás programas incluidos en la estructura programática: 2013, 38.07 Mdp 3%; 2014, 44.42 Mdp 3%; 2015, 36.2 Mdp 3%; 2016, 35.91 Mdp 3%; 2017, 111.6 Mdp 7.6%.

Egreso por capítulo del gasto.

En los egresos por capítulo del gasto en Servicios Personales (1000): 2013, 680.53 Mdp 57%; 2014, 702.71 Mdp 51%; 2015, 752.35 Mdp 57%; 2016, 810.77 Mdp 58%; 2017, 840.80 Mdp, 54.7%:

Materiales y suministros (2000): 2013, 394.98 Mdp 33%; 2014, 470.34 Mdp 32%; 2015, 405.6 Mdp 31%; 2016, 447.61 Mdp 33%; 2017, 538.75 Mdp, 35.05%:

Servicios generales: 2013, 108.67 Mdp 9%; 2014, 166.31 Mdp 12%; 2015, 157.03 Mdp 12%; 2016, 139.9 Mdp 10%; 2017, 149.86 Mdp, 9.75%:

Bienes muebles e inmuebles: 2013, 13.72 Mdp 1%; 2014, 26.7 Mdp 1%; 2015, 0 Mdp 0%; 2016, 6.9 Mdp 0.5%; 2017, 0 Mdp, 0%.

Inversión Pública: 2013, 0 Mdp 0%; 2014, 0 Mdp 0%; 2015, 0 Mdp 0%; 2016, 6.9 Mdp 0.5%; 2017, 7.53 Mdp, 0.5%.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

El presupuesto total (asignación modificada) fue de 725.7 Mdp al periodo, el presupuesto se incrementó en forma neta en 2.4 Mdp respecto al mismo periodo de 2017 y de los cuales se han realizado transferencias por 551.5 Mdp (76%) del total. El presupuesto recibido respecto al modificado es de 100%. El total pagado 714.1 Mdp.

Sin embargo el costo de la atención médica se incrementó de 14.5 mil pesos hasta 18.7 mil pesos lo que significó un incremento de casi 29%.

De recursos propios se captaron 174.2 Mdp (24%) cuando en el periodo anterior se había captado el 27.9%, esto debido al retraso en la entrega de fondos del seguro popular.

En cuanto a recursos externos para investigación, se han captado 30.3 Mdp.

El manejo de los recursos financieros se puede calificar como excelente debido a que los índices de liquidez y solvencia que se obtienen del estado de situación financiera se ha mantenido bajo control en el semestre, obteniendo una liquidez de 0.62 que es mayor en comparación a la obtenida en el mismo periodo de 2017 que fue de 0.48 y una solvencia de 0.68 que es un resultado bueno cotejado con el obtenido en el mismo periodo de 2017 de 0.57.

El presupuesto autorizado para gasto corriente fue de 100% (725.7 Mdp); para bienes muebles e inmuebles 0%. En este capítulo del gasto se siguieron las reglas de austeridad impuestas por las instancias globalizadoras con el consecuente acúmulo de obsolescencia de mobiliario y equipo en la institución.

Gasto por programa sustantivo:

E023. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para atención médica 762.7 Mdp ejercido en su totalidad, incrementó en forma neta en 121.3 Mdp; respecto al mismo periodo de 2017, e incrementó proporcionalmente de 86.3% a 90.9%. La complejidad de los padecimientos y la necesidad de reorganizar la atención hospitalaria y quirúrgica para acelerar procesos de cobro y egreso es un plan que se encuentra en marcha. Respecto al mismo periodo de 2017: El promedio de costo por consulta se incrementó de 1.6 a 2.1 miles de pesos; el promedio de gasto por egreso en hospitalización se incrementó de 162 a 215.9 miles de pesos; el promedio del gasto por día cama se incrementó de 11.8 a 14.4 miles de pesos; el promedio de gasto por paciente hospitalizado se incrementó de 14.5 a 18.7 miles de pesos; en rehabilitación de 1.7 a 2.2 miles de pesos. El promedio de gasto en urgencias (unidad coronaria) de 7.2 a 9.2 miles de pesos.

E022. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para investigación fueron 48.7 Mdp para un total de 128 investigaciones lo que da un promedio de 380.5 miles de pesos asignados para cada una de ellas. Esta cifra es inferior al mismo periodo de 2017 donde se efectuó un gasto de 60.5 Mdp para investigación, es decir 465.1 miles de pesos por investigación (-20%).

E010. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para enseñanza se asignaron para capacitación 1 Mdp, teniendo un total de 1,509 alumnos capacitados por 700 pesos cada uno. Para formación profesional se asignaron 8.9 Mdp para 488 alumnos en formación (50 menos que el mismo periodo de 2017) y un promedio de 18.3 miles de pesos por cada uno. En total enseñanza recibió 25% menos presupuesto que el mismo periodo de 2017.

M001 y O001. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para todos los demás programas incluidos en la estructura programática 18.0 Mdp que representaron un 2.1% del presupuesto ejercido en el periodo y una reducción neta de 2.5 Mdp (-25%).

Egreso por capítulo del gasto 1er semestre de 2018.

Servicios Personales (1000): 374.5 Mdp cantidad superior en casi 24 Mdp que el mismo periodo de 2017. Esta cantidad representó el 44.6% del presupuesto ejercido en gasto corriente.

Materiales y suministros (2000): El monto ejercido en el semestre fue de 379.2 Mdp que representó el 45.2% del ejercido en gasto corriente y que tuvo un incremento de 76.8 Mdp respecto al mismo periodo del año anterior debido al incremento de los insumos para la atención provenientes de exportaciones, así como medicamentos de origen internacional.

Servicios generales: Se ejercieron 85.5 Mdp que representaron el 10.2% del presupuesto ejercido y con un incremento de 3.1 Mdp respecto al mismo periodo de 2017.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

El presupuesto total (asignación modificada) al 30 de noviembre será de 1'331.0 Mdp, el presupuesto se redujo en forma neta en 77.8Mdp (5.0%), respecto al alcance del mismo periodo de 2017 (1,408.9) Mdp y de los cuales se realizarán transferencias por 963.7 Mdp (72.4% del total). El presupuesto recibido respecto al modificado es de 100% y el ejercido de 1,331.0 Mdp.

El costo del egreso por día cama se incrementará hasta 12.7 mil pesos lo que significará un incremento de casi 20% respecto a la misma proyección de 2017 y representaría una presión de gasto de más de 288 Mdp en noviembre de 2018.

De recursos propios se captarán para fines de noviembre 385 Mdp (28.9%) cuando en el periodo anterior se había captado una proporción de 25.9%.

En cuanto a recursos externos para investigación, se habrán captado 30.3 Mdp de un total de 110.3 Mdp asignados por la institución. (27.4%).

El manejo de los recursos financieros se puede calificar como excelente debido a que el balance de liquidez y solvencia se mantendrá bajo control a noviembre de 2018, con una liquidez de 0.65 que se ha incrementado desde 0.48 en el mismo periodo de 2017 y una solvencia de 0.71 que se ha incrementado de 0.57 en el mismo periodo de 2017.

El presupuesto autorizado para gasto corriente fue de 100% (1,331.0 Mdp); para bienes muebles e inmuebles 0%. En este capítulo del gasto se siguieron las reglas de austeridad impuestas por las instancias globalizadoras con el consecuente cúmulo de obsolescencia de mobiliario y equipo en la institución, para lo cual se desarrollan los proyectos de inversión.

Gasto por programa sustantivo:

E023. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para atención médica 1,160.2 Mdp (71.9% del ejercido -1,613.7 Mdp-), se redujo en forma neta en 37.1 Mdp; respecto al mismo periodo de 2017, y redujo proporcionalmente de 86.3% a 71.9%. La complejidad de los padecimientos y la necesidad de reorganizar la atención hospitalaria y quirúrgica para acelerar procesos de cobro y egreso es un plan que se encuentra en marcha progresiva de acuerdo con los alcances y recursos institucionales.

El promedio del costo por consulta se conservó, respecto al mismo periodo de 2017 en 1.7 miles de pesos; el promedio de gasto por egreso en hospitalización se incrementó de 174.3 a 188.7 miles de pesos; el promedio del gasto por día cama se incrementó de 12.3 a 12.7 miles de pesos; el promedio de gasto por paciente se incrementó de 15.6 a 15.9 miles de pesos; en rehabilitación de 0.4 a 0.5 miles de pesos. El promedio de gasto en urgencias (unidad coronaria) de 7.8 a 6.3 miles de pesos.

E022. Del total del presupuesto ejercido a noviembre de 2017 y 2018, para investigación se reducirá de 122.3 (136 investigaciones) a 110.3 Mdp para un total de 128 investigaciones, lo que da un promedio de 899.6 a 861.9 miles de pesos asignados para cada una de ellas.

E010. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para enseñanza se asignaron para capacitación 2.1 Mdp, teniendo un total de 2,767 alumnos capacitados 1,300 pesos por cada uno. Para formación profesional se asignaron 18.5 Mdp para 592 alumnos en formación (50 menos que el mismo periodo de 2017) y un promedio de 31.3 miles de pesos por cada uno que se compensará para diciembre de 2018. En total enseñanza recibió 25% menos presupuesto que el mismo periodo de 2017.

M001. Del total del presupuesto ejercido en el periodo, para todos los demás programas incluidos en la estructura programática 34.5 Mdp que representaron un 2.1% del presupuesto ejercido en el periodo y una reducción neta de 2.5 Mdp (-25%).

Egreso por capítulo del gasto a noviembre de 2018.

Servicios Personales (1000): 762.7 Mdp cantidad menor en casi 12 Mdp que el mismo periodo de 2017. Esta cantidad representará el 47.1% del presupuesto ejercido en gasto corriente.

Materiales y suministros (2000): El monto a ejercer a noviembre de 2018 será de 501.6 Mdp que representará el 31% del ejercido en gasto corriente y que tuvo un incremento de 7.8 Mdp respecto al mismo periodo del año anterior.

Servicios generales (3000): Se ejercerán 131.0 Mdp que representarán el 8.1% del presupuesto ejercido y con un decremento de 6.3 Mdp respecto al mismo periodo de 2017.

Bienes muebles e inmuebles: No hubo presupuesto.

Inversión Pública: No hubo presupuesto.

b) El informe del resultado de las metas de balance de operación, de presupuesto y financieras de las entidades paraestatales de control presupuestario directo

Cadenas productivas. En 2016 se registraron 1,374 proveedores (P) con un monto de documentos operados en factoraje (DOF) de 113.7 Mdp. Del total de P, 419 (30.5%) con cuentas por pagar. Documentos registrados 13,085 por un monto de 559,23 Mdp, plazo promedio de registro de CxP, 7 días, plazo promedio de pago 13 días. Documentos susceptibles de factoraje 84.2% (11,020 monto 443,27 Mdp). Índice de P con CxP, 30.5%; Índice de DOF/ susceptibles de factoraje 25.5%; Monto operado en factoraje/monto susceptible de factoraje 25.7%.

Durante el ejercicio 2017 se registraron 1,452 P con un monto de DOF de 226.80 Mdp. Del total de P 429 (29.5%) con cuentas por pagar. Documentos registrados 11,656 por un monto de 599.88 Mdp, plazo promedio de 6 días y promedio de pago 10 días.

Documentos susceptibles de factoraje 57.8% (6,742 monto 280.78 Mdp). Índice de P con cuentas por pagar 29.6%; índice de documentos operados/susceptibles de factoraje 27.8%; Monto operado en factoraje/monto susceptible de factoraje 31.96%.

Indicadores en semáforo rojo criterios de la SHCP

Se homologa en 2015 en el informe de autoevaluación.

E010 Formación y desarrollo de recursos humanos especializados para la salud.

Los programas de pregrado en 2015 tuvieron un rendimiento 200% en los programas de administración y docencia. Se reguló la meta dada la utilidad de capacitar al personal.

Educación continua tuvo productividad de 78% por ajuste en el gasto. Se solucionó con la estrategia de telemedicina. 2016 excedió a 143.2% de la meta y 2017 de 114.8%, situación que fue corregida para 2018. Los participantes externos rebasan a 62% de 30% programados en 2016. En 2017 se regula esta proporción para llegar a 38.6%. Sin embargo el 2017 el indicador de eficiencia terminal llegó a 71.1% versus 97.5%.

En el indicador servidores públicos capacitados en 2016 se logró 80.7% y en 2017 61.5% de 96.1% esperado para los dos años; se establecieron estrategias de participación de los trabajadores para mejorar el indicador.

En el indicador de temas gerenciales en 2016 se rebasó la meta en 250% y en 2017 se llegó a 5.9% estableciendo un programa bianual de fortalecimiento gerencial con cursos de diplomado con 100 horas teóricas y 120 prácticas reconocidas por la UNAM.

El INCICH es responsable de la capacitación de médicos y enfermeras de alta especialidad en ramas de salud cardiovascular, por lo anterior la demanda en postulantes se ve rebasada de un indicador programado de 31% a 37% en 2016 y en 2017 llegó hasta 128.8%. Se deberá estabilizar el indicador programático con la experiencia de años anteriores ya que la demanda ha variado por la situación de las residencias médicas que confluyen con la cardiología.

E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

En investigación se tuvo una variación del presupuesto complementario en 2015 se alcanzó el 62.5% (esperado 43.2%); al igual que en 2017 se alcanzó 209.8%. Esta meta debe ajustarse ante la mejora de la obtención de fondos públicos y privados. En este sentido se vence el reto de la reducción del presupuesto federal de 22.1% en 2016 y en 2017 alcanzó 4% versus 6.8% programado.

En 2016 el registro de investigadores de alto nivel fue 54% de 64.6% esperado por error de registro que se corrigió en 2017.

El promedio de artículos por autor del SII fue 1.9 de un esperado de 2.4 artículos. Esta situación fue porque el INCICH generó un plan de publicaciones de alto impacto y en 2015 alcanzó 1.4 de 1.7 artículos por investigador; en 2016 se modificó el criterio y el 10.6% de todos los artículos referidos fueron de alto impacto con un logro de 110.5% de lo programado y 1.7 de 1.3 artículos publicados de esta categoría en 2017.

Los artículos en colaboración alcanzaron una productividad de 70.2% en 2017 para un esperado de 42.3%.

E023. Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud.

La tasa de infección nosocomial (TIN) en 2015 fue 4.7% y en 2016, 4.4% cuando se esperaba en 5.5 y en 5.4% respectivamente. El INCICH fue el primer hospital público certificado por el CSG en 2009 y en 2015 y con la TIN auditada, por lo que para 2017 se ajustó la meta y se cumplió con la semaforización.

La calificación del expediente clínico correcto: 2015, 93.4%; 2016, 96.5%; 2017 93.4%. las calificaciones esperadas de forma correspondiente fueron 84.1%, 84.1% y 84.3%.

Se establecieron acciones para el incremento de los pacientes referidos, para 2015, 9.9% de un programado de 23%; en 2016 un 12% de 18.3%; y para 2017 esta meta llegó a 28.8% que favoreció que la proporción de pacientes en preconsulta a 1ª vez en 2017 subieran a 88% versus 78% esperado, situación que se estudió para corregir la meta en 2018.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Durante el primer semestre del 2018, este apartado no tuvo cambios en relación a lo reportado a diciembre de 2017.

De los 38 indicadores que integran la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de los Programas presupuestarios E010, E022 y E023

a cargo del Instituto, se perfila el cumplimiento de las metas de acuerdo a lo siguiente:

E010 Formación y desarrollo de recursos humanos especializados para la salud.

De los 11 indicadores reportados por el INCICh en este programa, en lo relacionado con formación y capacitación de recursos humanos para la salud, se estima el cumplimiento puntual de las metas relacionadas con los indicadores de: 1) eficiencia terminal de médicos especialistas, 2) eficiencia terminal de posgrado no clínico, 3) porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua, 4) porcentaje de cursos con percepción de calidad satisfactoria, 5) porcentaje de cursos de posgrado no clínico con percepción de calidad satisfactoria, 6) eficacia en la impartición de cursos de educación continua, 7) percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua, 8) porcentaje de espacios académicos ocupados y 9) porcentaje de postulantes aceptados.

Para los indicadores denominados: porcentaje de participantes externos en cursos de educación continua, así como en la eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua, debido a la demanda que han presentado y porcentaje de participantes se perfila se rebase el cumplimiento de las metas.

En lo relacionado con capacitación administrativa y gerencial se tienen 5 indicadores: 1) porcentaje de servidores públicos capacitados, 2) porcentaje de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de la capacitación administrativa y gerencial, 3) porcentaje de eventos de capacitación realizados satisfactoriamente en materia administrativa y gerencial, 4) porcentaje de temas identificados en materia administrativa y gerencial que se integran en el programa anual de capacitación y 5) porcentaje de temas administrativos y gerenciales contratados en el programa anual de capacitación, en los que se prevé el cumplimiento de sus respectivas metas.

E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

En este programa de los 8 indicadores que reporta el INCICh, se prevé el cumplimiento de metas de los siguientes: 1) proporción de investigadores institucionales de alto nivel, 2) porcentaje del presupuesto Federal institucional destinado a la investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, 3) proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica para desarrollo tecnológico para la salud, 4) porcentaje de ocupación de plazas de investigador y 5) promedio de productos por investigación institucional.

Para los indicadores: porcentaje de artículos de impacto alto publicados, promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel y porcentaje de artículos científicos en colaboración, se prevé rebasar la meta en los dos primeros y en el segundo se continúa con la gestión de convenios con diversas entidades académicas sin embargo es probable que no se alcance la meta.

E023. Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud.

Para este programa se tienen 14 indicadores, de los cuales perfila el cumplimiento de metas programadas en 13 indicadores: 1) porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, 2) porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, 3) porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, 4) porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados, 5) porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, 6) eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias), 7) porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, 8) porcentaje de expedientes clínico revisados aprobados conforme a la NOM-SSA-004, 9) porcentaje de auditorías clínicas incorporadas, 10) porcentaje de ocupación hospitalaria, 11) promedio de días de estancia, 12) proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas y 13) tasa de infección nosocomial (x 1000 días de estancia hospitalaria).

Para el indicador: porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional se estima no cumplir con la meta programada, debido a la aplicación de acciones de contención relacionadas con la referencia y contrarreferencia de pacientes.

(FUENTE: Reportes de la Matriz de Indicadores de Resultados).

c) El informe que dé cuenta del monto, destino y aplicación de los recursos federales transferidos a las entidades federativas; a fideicomisos públicos, mandatos o contratos análogos no considerados entidades paraestatales, así como a fideicomisos constituidos por entidades federativas o particulares y de los donativos o subsidios otorgados por la Dependencia o Entidad

NO APLICA

Recursos humanos

a) La estructura con las plantillas desglosadas del personal de base y de confianza; considerando los contratos por honorarios y el personal de carácter eventual; indicando los cambios estructurales y operativos realizados durante el periodo que se informa y su impacto presupuestario

El manejo de las facultades del INCICH delegadas en la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal como lo es la administración de la plantilla autorizada, se apegó a los lineamientos de austeridad, presenta un crecimiento de 44 plazas aunque las actividades del área médica y de investigación se han incrementado en cantidad y complejidad, lo cual implica un cumplimiento en el manejo eficiente de los recursos.

El total de plazas se ha incrementado de 2013 a 2017, 44 plazas. Monto bajo y principalmente en plazas operativas del área médica y de investigación. Plazas por año: 2013, 2,060; 2014, 2,084; 2015, 2,084; 2016, 2,085; 2017, 2,104.

La proporción de plazas que se mantuvo constante de 2013 a 2017 fue como sigue: mandos medios y superiores 4%; servicios generales 12.1%. Plazas de enlace 2.3%.

Otras plazas que se mantuvieron constantes de 2013 a 2017 fueron: Investigadores, 3.8% (80 plazas); Médicos 6.3 para 2013 y 6.4 para el resto de los años; Médicos residentes en relación al total de médicos 45.3 (111 plazas).

Plazas con baja variabilidad: Personal técnico y de apoyo a la atención médica e investigación, 2013, 14.5%; 2014, 14.7%; 2015, 14.7%; 2016, 14.8%; 2017, 14.6%.

Personal de enfermería: 2013, 750, 36.4%; 2014, 756, 36.3%; 2015, 756, 36.3%; 2016, 756, 36.3%; 2017, 809, 38.5%.

Personal de enfermería con funciones de confianza:

2013, 72, 9.6%; 2014, 71, 9.4%; 2015, 71, 9.4%; 2016, 72, 9.5%; 2017, 71, 8.8%.

Proporción de enfermería general en relación al resto de enfermería: 2013, 51.1%; 2014, 50.0%; 2015, 48.8%; 2016, 48.0%; 2017, 44.4%.

Proporción de auxiliares de enfermería general en relación al resto de enfermería: 2013, 28.5%; 2014, 28.3%; 2015, 28.3%; 2016, 28.3%; 2017, 26.6%.

El personal administrativo se encuentra estable y el crecimiento de 44 plazas ha sido a expensas de las necesidades del personal de enfermería cuya tendencia es a profesionalizar con licenciatura, posgrados y especialidades para responder a las necesidades tecnológicas del INCICH y mejorar, de acuerdo a la normatividad el ingreso mensual.

Las bajas del personal implican renunciaciones, jubilaciones, entre otras causas de separación, el promedio en el periodo es de 3.7% y movilidad de 78 plazas por año en el siguiente orden:

Bajas de personal: 2013, 133, 6.5%; 2014, 70, 3.4%; 2015, 71, 3.4%; 2016, 56, 2.7%; 2017, 59, 2.8%.

La mayor proporción de bajas fue en: mandos medios y superiores (6 a 15.7%); personal de enlace (8 a 28%); personal médico (3.7 a 5.4%).

La menor proporción de bajas fue en: servicios generales (1.2 a 1.6%); Investigación (1.3 a 2.5%); médicos residentes (0 a 3.6%).

El gasto en Servicios Personales representó por año del período de informe (Capítulo 1000): 2013, 680.53 Mdp 57%; 2014, 702.71 Mdp 51%; 2015, 752.35 Mdp 57%; 2016, 810.77 Mdp 58%; 2017, 840.80 Mdp, 54.7%. El esperado se encontró entre 55 a 65%. En general el incremento del gasto en el periodo fue de 160.3 Mdp que representó el 23.5% de incremento respecto a 2013, sin embargo cabe aclarar que el incremento en los gastos de hospital fueron del 60% y el del presupuesto general fue 28%.

El gasto en el período en Servicios Personales por programa presupuestario para atención médica es en promedio de 80%; Para investigación 11.1%; para enseñanza 4.7%; apoyo administrativo 4.0%; para la función pública 0.5%. Anualmente se distribuyó para las actividades sustantivas como sigue:

E023. Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud.

2013, 541.3 Mdp; 2014. 563.5 Mdp; 2015, 606.7 Mdp; 2016, 659.9 Mdp; 2017, 685.4 Mdp.

E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

2013, 75.7 Mdp; 2014. 78.9 Mdp ; 2015, 81.3 Mdp; 2016, 84.9 Mdp; 2017, 86.4 Mdp.

E010 Formación y desarrollo de recursos humanos especializados para la salud.

2013, 32.6 Mdp; 2014. 31.4 Mdp; 2015, 34.5 Mdp; 2016, 35.8 Mdp; 2017, 35.7 Mdp.

La cualidad más importante de esta distribución del gasto en Servicios Personales es su uniformidad en cuanto a los programas, este orden propicia estabilidad en la operación y un consecuente clima de satisfacción entre el personal operativo y de mandos medios.

M001 Actividades de apoyo administrativo.

2013, 27.3 Mdp; 2014. 24.8 Mdp ; 2015, 25.7 Mdp; 2016, 27.9 Mdp; 2017, 29.1 Mdp.

O001 Actividades de apoyo a la función pública.

2013, 3.6 Mdp; 2014, 4.1 Mdp ; 2015, 4.2 Mdp; 2016, 4.2 Mdp; 2017, 4.1 Mdp.

(4381 caracteres)

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

La plantilla autorizada sigue los lineamientos de austeridad y no presenta crecimiento aunque se han dado 42 bajas en el periodo.

La proporción de plazas que se mantuvo constante y fue como sigue: mandos medios y superiores 4%; servicios generales 12.1%. Plazas de enlace 2.4%.

Otras plazas que se mantuvieron constantes fueron: Investigadores, 3.8% (80 plazas); Médicos 6.7% (142 plazas); Médicos residentes en relación al total de médicos 43.9 (111 plazas); Personal técnico y de apoyo a la atención médica e investigación, 14.7%; Personal de enfermería: 766, 36.4%; Personal de enfermería con funciones de confianza: 9.3%; Proporción de enfermería general: 46.2%; Proporción de auxiliares de enfermería general: 27.9%.

Bajas de personal: Las bajas del personal implican renunciaciones, jubilaciones, entre otras causas de separación, en el periodo fueron del 2.0% de las siguientes categorías en magnitud: 2.3% personal administrativo; 2.7% servicios generales; 6.0% personal de enlace; 3.7% mandos medios y superiores; 1.3% bajas de investigadores; 2.2% personal de enfermería.

(FUENTE: Documentos de trabajo para la XCII Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Sin modificaciones que considerar para el periodo a noviembre de 2018.

b) La relación de puestos de libre designación y puestos sujetos a la normatividad que regule el servicio profesional de carrera que corresponda

NO APLICA

c) La referencia a las Condiciones Generales de Trabajo o del contrato colectivo de trabajo o sus equivalentes

Admisión y designación.

Se cumple con las especificaciones de los 10 preceptos que marcan las Condiciones Generales de Trabajo (CGT) relacionados con los

requisitos de admisión poniendo especial atención a las solicitudes que impidan la discriminación por discapacidad o embarazo señalada en el artículo 9, fracción VII de la CGT.

Se ha tenido especial cuidado en cumplir con la alineación de la formación, función, salario previstas por la ley de la SHCP y las necesidades de personal, haciendo una selección de candidatos y proponiéndolos a las unidades administrativas para su visto bueno. La Coordinación entre los miembros de la Comisión Mixta de Escalafón tiene como prioridad la aplicación de la Ley siempre en beneficio del trabajador.

En caso de baja por jubilación, renuncia, defunción o cese, se sigue en estricto apego el escalafón laboral previsto por las CGT vigentes. Se calculó que anualmente de 2013 a 2017 se dieron de baja 78 personas en promedio, cada baja movilizó en promedio 7 posiciones escalafonarias, por lo que se movizaron anualmente un promedio de 546 personas, de esta forma se considera que con este beneficio cada 4 años una persona en el INCICH puede aspirar a una mejora posición en el trabajo. Las posiciones con mayor proporción de bajas fueron personal de enlace, mandos medios, médicos y enfermeras.

Con relación a prestaciones señaladas por la Ley Federal del Trabajo todos los trabajadores disfrutan por equidad de las que señalan las CGT y que las prestaciones jubilatorias son las que marca la Ley del ISSSTE.

De los nombramientos

Los nombramientos se emiten en un tiempo record de 15 días a partir de la aceptación del trabajador al INCICH, independientemente del origen del financiamiento y de acuerdo a los Programas establecidos en la Dependencia.

Se emiten nombramientos definitivos para cubrir puestos permanentes principalmente en las posiciones de base.

Los nombramientos temporales son interinos, por tiempo fijo a obra determinada, estos últimos no generan derechos escalafonarios, no así los interinos.

Todo lo anterior se encuentra acorde a conceptos y preceptos en los Manuales de Procedimientos de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal (SADP) del INCICH.

Las estrategias a fortalecer son: Evitar la duplicidad de archivos y registros de personal, digitalizar los expedientes de personal, completar el 100% de los expedientes con la actualización de su perfil académico y laboral para tener información oportuna en caso de oportunidades para el trabajador.

Se adoptó el sistema GRP (Government Resource Planning) para el control y estadísticas de asistencia del personal así como la fuente de incapacidades y el organismo generador.

Este sistema provisto por el Gobierno Federal, por medio de la SHCP, presenta ventajas para la oportunidad de control y mejora de la asistencia del personal.

El Titular tomador de decisiones respecto a vacantes interinas, toma en cuenta sin duda alguna la propuesta de la Bolsa de Trabajo del Sindicato, en la proporción y términos que señala el Artículo 62 de la Ley.

A los 6 meses de prestación satisfactoria de servicios en plaza provisional, el trabajador goza de preferencia establecida en la fracción I del Artículo 43 de la Ley, siempre y cuando existiera dictamen en la plaza provisional.

Suspensión temporal del nombramiento

Se aplican mediante un procedimiento aprobado por la DGPOP y acorde a las CGT, con un informe del servicio donde labora el trabajador; posteriormente la coordinación jurídica de la SADP levanta un acta que procede a dictaminar el Departamento de Asuntos Jurídico para su procedencia.

Se han realizado suspensiones temporales atendiendo a los artículos 32 al 41 del Capítulo III de las condiciones generales de trabajo.

De los salarios

Se cumple con el pago quincenal y de prestaciones que se han devengado con toda puntualidad atendiendo a los artículos 42 a 49 del capítulo IV de las CGT.

Se cuenta con todos los recursos para el pago, registro, comprobación y distribución de prestaciones que por derecho tiene cada uno

de los trabajadores del INCICH y representan una prioridad institucional.

De la Jornada laboral

La Jornada de trabajo tiene relación con un perfil de desempeño y se adapta al tipo de servicio y usuarios que tiene el INCICH, estos comprenden un registro en sistemas biométricos que se descargan electrónicamente en el SADP cuyo funcionamiento ha reducido los problemas de registro y captura manual para realizar de manera justa los descuentos respecto a los retardos, faltas permisos, de acuerdo a la Ley y de acuerdo a las CGT.

(FUENTE: Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud)

Durante el primer semestre del 2018, este apartado no tuvo cambios en relación a lo reportado a diciembre de 2017.

Sin modificaciones para el periodo a noviembre de 2018.

Recursos materiales

a) La situación de los bienes muebles e inmuebles

Evolución de las modificaciones a la metodología de control de activo fijo.

2013. Aplicación de reglas específicas del registro y valoración del patrimonio y los parámetros de la vida útil en vigor el 1 de enero de 2013, generan incremento en la depreciación del equipo médico e instrumental de laboratorio que representó el 63% de los bienes muebles la tasa aumentó del 10% al 20% anual e impactó en el resultado de 2013.

2014. Se realizó el inventario del ejercicio de conformidad en lo reglas específicas del registro y valoración del patrimonio y en las bases generales para el registro, afectación y disposición de bienes muebles, obteniendo en el ejercicio una opinión del auditor externo sin salvedades.

2015. Se realizó el inventario físico anual, determinando diferencias de inventario pendientes de solventar por un monto de 24.6 Mdp.

2016. Los registros contables y las existencias físicas de bienes muebles al 31 de diciembre de 2016 no consideró faltantes por 29.7 Mdp y sobrantes por 15.3 Mdp del recuento físico final. A la fecha del corte se deben aclarar variaciones en los valores de los bienes por 16.8 Mdp, así como soportes para validar 20.2 como partidas de bienes registrados no reconocidos.

Con estas recomendaciones el estado de los bienes muebles e inmuebles es analizado de acuerdo al concepto de inventario del activo fijo por tipo de bienes; en segundo lugar su tendencia en monto total y monto de unidades que da cuenta acerca de las bajas y altas de bienes por año y por último los resúmenes anuales por concepto de activos muebles e inmuebles.

2017. Se realizó el inventario físico anual y de conformidad con lo establecido en las reglas específicas del registro y valoración del patrimonio, se realizó la conciliación con registros contables y se aplicaron los ajustes correspondientes, obteniendo en el ejercicio una opinión del auditor externo sin salvedades.

(FUENTE: Carpeta de la Junta de Gobierno. Estados Financieros Dictaminados)

El inventario relatado en esta rendición de cuentas data de 2015 a 2017, fue como sigue por rubro de bienes muebles:

Equipo e instrumental Médico y de laboratorio monto de inventario y total de unidades (U): 2015. 376.04 Mdp, 3,894 U; 2016, 397.19 Mdp, 3,979 U; 2017, 430.4 Mdp, 3,341 U.

Mobiliario, estantería y de administración. 2015, 44.4 Mdp, 20,597 U; 2016, 46.5 Mdp, 20,428 U; 2017, 43.5 Mdp, 18,258 U.

Equipo de cómputo, proyección, cámaras y de telecomunicaciones. 2015, 40.4 Mdp, 3,452 U; 2016, 41.85 Mdp, 3,393 U; 2017, 43.49 Mdp, 2,875 U.

Equipo de generación eléctrica y de refrigeración (aire acondicionado –sic–): 2015, 36.07 Mdp, 1,350 U; 2016, 38.55 Mdp, 1,383 U; 2017, 37.6 Mdp, 1,183 U.

Maquinaria industrial y construcción, herramientas: 2015, 14.42 Mdp, 373 U; 2016, 16.25 Mdp, 361 U; 2017, 13.46 Mdp, 285 U.

Aparatos deportivos (cardiología): 2015, 1.48 Mdp, 21 U.; 2016, 1.5 Mdp, 21 U; 2017, 0.11 Mdp, 17 U.

Vehículos: 2015, 0.89 Mdp, 10 U; 2016, 0.89 Mdp, 10 U; 2017, 0.9 Mdp, 9 U.

En resumen el monto total anual y en volumen de artículos fue: 2015, 513.3 Mdp, 29,697 U; 2016, 543.17 Mdp, 29,575 U; 2017, 569.46 Mdp, 25,968 U.

(FUENTE: Bases de activo fijo)

Bienes inmuebles.

Los bienes inmuebles consisten en terrenos y edificios cuyo valor por año del período fue el siguiente: 2013, Terrenos 651. Mdp, edificios y construcciones 886.7 Mdp; 2014 terrenos 167.5, edificios y construcciones 1,096.3 Mdp; 2015, Terrenos 557.1 Mdp, edificios y construcciones 1,494.9 Mdp; 2016, Terrenos 557.1 Mdp, edificios y construcciones 1,519.9 Mdp; 2017, Terrenos 563.5. Mdp, edificios y construcciones 1582.8 Mdp. En 2016 se solicitó una evaluación de las propiedades del INCICH.

(FUENTE: Carpeta de la Junta de Gobierno. Estados Financieros Dictaminados)

Evolución de las modificaciones a la metodología de control de activo fijo.

En el primer semestre de 2018, se realizó la adquisición de 418 bienes muebles con Recursos de Terceros por un importe de 6.5 Mdp, se recibió 1 donativo por 7.5 miles de pesos y se tramitó la indemnización por siniestro de 7 bienes por 1.8 Mdp; asimismo, el patrimonio se vio disminuido por la baja de 111 bienes no útiles con un valor en libros de 1.7 Mdp y 2 donativos por un valor en libros de 10.1 Mdp.

El importe de bienes muebles en el primer semestre del ejercicio es por la cantidad de 791.5 Mdp con un total de 26,283 bienes.

Evolución de las modificaciones a la metodología de control de activo fijo.

Al mes de agosto se realizó la adquisición de 488 bienes muebles con Recursos de Terceros por un importe de \$7'385,786, se recibieron 4 donativos por \$743,702 y se tramitó la indemnización por siniestro de 8 bienes por \$1'893,391; asimismo, el patrimonio se vio disminuido por la baja de 207 bienes no útiles con un valor en libros de \$3'425,919 y 3 donativos por un valor en libros de \$16'674,102.

Derivado de lo anterior, el importe de bienes muebles en el primer semestre del ejercicio es por la cantidad de \$784'993,469 con un total de 26,255 bienes.

b) Los recursos tecnológicos, debiendo describir la situación de los sistemas de cómputo, de software, de licencias y patentes, de Internet e Intranet, así como la disponibilidad de servicios y trámites electrónicos gubernamentales

Las TIC's se apegan a la Ley de Planeación, Ley de Entidades Paraestatales, Ley de los Institutos Nacionales, Estatuto Orgánico, MAAGTIC, entre otras, con la finalidad de 1º dar continuidad al PND con acceso a información pública, espacios de deliberación pública y búsqueda de consensos, insumos necesarios para formular acciones para el desarrollo de una sociedad más equitativa; el 2º propósito, integrar información institucional en una vía lógica para reducir la omisión y duplicidad de datos en fuentes primarias, desde el registro del paciente, las acciones de atención, investigación y enseñanza; el consumo de servicios relacionado a inventarios, adquisiciones y finanzas; la 3ª es salida de información gerencial para la toma de decisiones.

Dimensiones de TIC en el INCICH: 1. Redes y conectividad remota; 2. Soporte técnico e infraestructura; 3. Software y sistemas de producción, almacenamiento y comunicación de datos; 4. Capacitación y análisis de necesidades para la mejora continua.

El centro de TIC es el Expediente Clínico Electrónico sus elementos axiomáticos son: 1. Sistemas médicos, investigación y enseñanza; 2. Red TIC administrativa: finanzas, materiales, humanos, servicios generales y planeación.

Productos: 1. Alta confiabilidad y oportunidad de los servicios; 2. Reducción de procesos y tiempos de espera (calidad técnica e interpersonal); 3. Reducción de los costos de atención por tiempos de entrega y reducción de consumo de materiales debido al control y digitalización de procesos; 4. Mejora de la tecnología terapéutica y de tratamiento y reducción de días cama y mejora de tiempos de ingreso y egreso de pacientes; 5. Movimiento de almacenes. Control del volumen en almacenes y en tránsito; 6. Regulación de

adquisiciones, licitaciones, compras, pagos de insumos; 7. Otros: control de correspondencia, asistencia y remuneraciones, avance telecomunicaciones para investigación, atención y educación continua. Conectividad en bibliotecas y centros de información; concursos y alta eficiencia en recepción de candidaturas.

Avances en el período 2013 a 2017:

2013-14: Redes: Fortalece la seguridad perimetral, adquisición de firewall y consola antivirus; Renovación con cableado estructurado (45% de la planta física); Refuerzo de la señal en áreas de baja receptividad con enlace dedicado de 34 Mb; Inicio de la 1ª fase de la red NIBA (federal) uso de fibra óptica.

Soporte técnico e infraestructura: Arrendamiento de 300 equipos con software básico e impresión; reducción de servicios de apoyo en más del 30%; por actualizar 600 equipos de cómputo. Actualización de TIC en laboratorios de análisis clínicos de alta especialidad y en archivo clínico.

Software: Actualizada paquetería de software comercial; Se fortaleció el Sistema GRP para finanzas, administración de personal; en laboratorios se incluyó el sistema HEMOSIST y sistema LYS para toma de muestras; Se desarrolló sistema para Trabajo Social; ECE se Implementó en Consulta Externa, urgencias, hospitalización para registro de actividades, consumo de servicios y cobro con modificación de accesos y registro de pacientes, un total de 23 módulos y 145 operaciones informáticas, adopción de la aplicación INSITE en electrofisiología. Capacitación a usuarios.

2015. Redes. Fortalecimiento de acceso a internet. Capacitación a usuarios. Mantenimiento al 80% de la red y software. Software. ECE mejora a un 23% de las aplicaciones, agenda electrónica en consulta externa, laboratorios, electrofisiología. Liberación del módulo de hemodinámica e integración al ECE. Apoyo al sistema de atención temprana a infarto. Acceso a la Biblioteca Médica Digital. Puesta en marcha el sistema de Telemedicina. Interdependencia de RIS, PAC de imagenología al ECE al 100%.

2016. Trámites y servicios digitalizados en el portal gob.mx e información en Ventanilla Única Nacional. Habilitación de procesos administrativos digitalizados. Acceso general a correo electrónico con seguridad perimetral. Mejoramiento del portal de transparencia de información ciudadana.

2017. Redes e infraestructura: Actualización del motor de base de datos de 10 a 12 GB; acceso universal a bibliotecas UNAM; Conexión a la red NIBA banda ancha a centros educativos y dependencias gubernamentales; Reposición de equipo de almacenamiento masivo; actualización de seguridad perimetral. Sistema de video vigilancia en 90%.

Software. Control automatizado en CEYE; Control de candidatos a residencia; Integración de 6 trámites a ventanilla única; Mejora del ECE en 23% de las aplicaciones respecto a 2016, Submódulo de censo hospitalario; Integración de CUDI para internet en investigación; Acceso al acervo editorial del Consorcio de información científica y tecnológico (CONRICyT); Acervo videograbación de gerencia en servicios de salud; Actualización de solicitud de medicamentos en farmacia; Validaciones presupuestales; Telefonía integral; renovación de comunicación NEXTEL. Control de correspondencia y reorganización de Oficialía de partes y uso de PACS.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de autoevaluación del Director General)

Se mantienen los trámites en ventanilla única, cabe mencionar que se realizó reunión con el Órgano Interno de Control para dar seguimiento a la ola 30 y 31, misma que inició en el mes abril de 2018.

Caso de éxito fue el cambio del conmutador principal del Instituto, incluyendo los aparatos telefónicos y los servicios, y la Implementación del Sistema de Planeación de Recursos Gubernamentales.

(FUENTE: Informe de avances en el cumplimiento de compromisos generales por Institución del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

La TIC se apega a la normatividad en el INCICH para:

1º dar continuidad al PND con acceso a información pública, espacios de deliberación pública y búsqueda de consensos, insumos necesario para formular acciones para el desarrollo de una sociedad más equitativa; el 2º integrar información institucional para reducir la omisión y duplicidad de datos en fuentes primarias, desde el registro del paciente, las acciones de atención, investigación y enseñanza; el consumo de servicios relacionado a inventarios, adquisiciones y finanzas; la 3ª salida de información gerencial para la

toma de decisiones.

Dimensiones de las TIC's en el INCICH: 1. Redes y conectividad remota; 2. Soporte técnico e infraestructura; 3. Software y sistemas de producción, almacenamiento y comunicación de datos; 4. Capacitación y análisis de necesidades para la mejora continua.

El centro de TIC es el Expediente Clínico Electrónico sus elementos axiomáticos son: 1. Sistemas médicos, investigación y enseñanza; 2. Red TIC administrativa: finanzas, materiales, humanos, servicios generales y planeación.

Proyección a 2018:

Renovación del contrato para el servicio en demanda de Internet a través de un enlace dedicado con la capacidad de transferencias de 70 MBPS y acceso a la Red de la Corporación Universitaria para el Desarrollo de Internet 2 (CUDI).

Renovación del contrato para el servicio de comunicación directa de 70 equipos móviles por un periodo de 9 meses y tres semanas en el ejercicio fiscal 2018.

Servicio de soporte técnico y mantenimiento básico vía remota para el sistema GRP Net-Multix.

Renovación del contrato para el servicio de soporte técnico en el motor de base de datos ORACLE RAC 12c y sus componentes.

Renovación del licenciamiento de los sistemas de seguridad informática interna y perimetral del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Instalación, capacitación y puesta en marcha del Sistema Enfermo Enfermera en el 5° piso del Edificio de hospitalización.

Soporte técnico e infraestructura:

Reposición por medio de la aseguradora de 1 Servidor DELL Power Edge R730SE. 5 equipos de cómputo. 2 equipos donados por el Comité Coordinador del Voluntariado Nacional de los Institutos y Hospitales Sectorizados a la Secretaría de Salud. 5 Equipos de cómputo Adquiridos por el Proyecto UNAM.

Sistema Enfermo Enfermera Marca RoulandMod. Responder 5 para terapia intensiva.

Sistemas

Carga de información de Cuentas Deudoras y Acreedoras de la Subdirección de Finanzas para inicio de nuevo sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales (GRP).

Análisis, diseño, desarrollo, capacitación e implementación de nuevo Sistema de Cuentas de Pacientes para la gestión de internamientos, pacientes referenciados con convenio y pre facturación.

Integración de Sistema de Cuentas de Pacientes con nuevo sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales (GRP) para atender observaciones de auditores externos.

Análisis, diseño, desarrollo, capacitación e implementación del Sistema de Caja General en módulos de cobro a pacientes hospitalizados, pagos de adeudos pendientes y diversos.

Integración de Sistema de Caja General con nuevo sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales (GRP).

Modificación al Sistema de Información Hospitalaria, módulo pacientes referenciados. Se añaden los parámetros necesarios para identificación de pacientes con convenio para la gestión de sus solicitudes y cobranza.

Modificación del Sistema de Información Hospitalaria en relación a las solicitudes para pacientes y sus pagos relacionados.

Implementación de módulo de Estadístico (BI) para el Sistema de Información de Laboratorios en Jefatura de Servicio de Laboratorio Central y Subdirección de Diagnóstico y Tratamiento. Modificación a los reportes del Sistema de Información de Laboratorios para la obtención de la certificación de los Laboratorios del Instituto.

Análisis, diseño y desarrollo de examen para personal de radiología.

Análisis, diseño y desarrollo de sistema para asistencia de médicos residentes para educación continua en Aulas del Instituto.

Modificación y actualización de la página de registro de residencias médicas.

Atención a las solicitudes de información de todas las áreas y servicios del Instituto.

Actualización del sistema del censo hospitalario.

Realizar los trámites necesarios para contar con un sistema de gestión en el área de Investigación.

Realizar las acciones pertinentes para contar con un sistema de información gerencial que en su primera etapa se base en indicadores para el nivel estratégico del INCICH.

V. Los convenios, procesos y procedimientos

a) La situación de logros relevantes de los instrumentos jurídicos en materia de desempeño y de administración por resultados

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del 30/12/2015. En apego al artículo 45 (I a III), el INCICH desarrolló con las autoridades de la estructura orgánica un análisis para identificar estrategias y objetivos basándose en la metodología del Marco Lógico y generó la Matriz de Riesgo, con ello los mecanismos de control presupuestario y atención a las auditorías turnadas, así como de medidas preventivas y correctivas mediante un mapa de riesgos.

Los riesgos considerados durante 2015, 2016 y 2017, fueron: riesgos de incumplimiento, riesgos de ilegalidad y riesgos de transparencia.

En el Programa de Trabajo de la Dirección General 2015 se desarrollan las estrategias con 4 vertientes: 1. Optimizar fortalezas y maximizar oportunidades (FO); 2. Contrarrestar las debilidades para explotar las oportunidades (DO); 3. Optimizar fortalezas para minimizar amenazas (FA); 4. Contrarrestar las debilidades y amenazas (DA).

Para Investigación, el marco regulatorio, se encuentra en el artículo 48 de la Ley de Ciencia y Tecnología (del 8/12/2015) donde se confiere autonomía a los centros, para decisión técnica, operativa y administrativa, así como gestión presupuestaria y de coordinación sectorial para la administración por resultados.

EO23: Prestación de servicios en los diferentes niveles de Atención Médica (AM).

Objetivo 1. Consolidar la prestación de servicios médicos con calidad.

Objetivo 2. Otorgar AM del más alto nivel basada en la preparación y actualización continua del personal médico, así como de su participación en proyectos de investigación.

Objetivo 3. Consolidar el sistema de gestión de la calidad a través del programa de mejora continua de la calidad institucional.

Objetivo 4. Mejorar la infraestructura hospitalaria para garantizar la seguridad de paciente.

Presupuesto:

2015: 1,142.1 Mdp. 606.7 Capítulo 1000; 387.1 Mdp para el capítulo 2000; 148.3 Mdp para el capítulo 3000.

2016: 1,245 Mdp. 657.9 Capítulo 1000; 449.5 Mdp para el capítulo 2000; 137.1 Mdp para el capítulo 3000.

2017: 1,306 Mdp. 685.4 Capítulo 1000; 510 Mdp para el capítulo 2000; 110.6 Mdp para el capítulo 3000.

Semáforo Rojo.

1. Pacientes referidos. 2016, 12.0% programado versus 18.3% realizado. 2017, 23.4% programado de 28.8% realizado..

4. Infección nosocomial. 2015, 5.0 de 5.0 programado. 2016, 4.4 de 5.4 programados.

5. Expedientes clínicos revisados y aprobados. 2015, 93.4% de 84.1%. 2016, 96.5% de 84.1. 2017, 93.4% de 84.3% programado.

6. Terapias realizadas. 2015, 157% de 97.4% programado.

13. Proporción de consultas de primera vez/preconsultas del 2017 88% versus 78.0% programados.

Medidas de control:

Ajuste de metas acorde a la evolución de la certificación de la calidad .

Proyecto de atención ambulatoria para regular la consulta de primera vez.

EO22 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

Objetivos:

1. Consolidar la investigación orientada a las ciencias biomédicas y sociomedicina, aplicadas a la cardiología y especialidades relacionadas.

2. Favorecer un mayor número de publicaciones en revistas indizadas de niveles IV y V.

3. Incrementar el número de investigadores que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores.

4. Alinear la investigación de alta especialidad del INCAR a las prioridades nacionales, aprovechando los nichos de investigación relacionados con la transición demográfica y epidemiológica de la sociedad mexicana, para la realización de protocolos de investigación

5. Fortalecer la investigación traslacional.

6. Fortalecer las actividades con base en análisis de gestión de resultados.

Presupuesto:

2015: 100.4 Mdp. 81.3 Capítulo 1000; 17.3 Mdp para el capítulo 2000; 1.8 Mdp para el capítulo 3000.

2016: 101.8 Mdp. 84.9 Capítulo 1000; 15.2 Mdp para el capítulo 2000; 1.7 Mdp para el capítulo 3000.

2017: 133.5 Mdp. 86.4 Capítulo 1000; 22.1 Mdp para el capítulo 2000; 24.9 Mdp para el capítulo 3000.

Semáforo rojo por año:

1. Índice de investigadores de alto nivel. 2016, 83.1% de 100%.

3. Tasa de artículos de alto impacto. 2016, 10.6% versus 0%.

4. Porcentaje de artículos de alto impacto. 2016, excedido con 110% de la meta.

8. Promedio de artículos de alto impacto/investigador: 2015. 1.4 de 1.7 artículos por autor; 2017, 1.7 versus 1.3 programados.

9. Variación del presupuesto complementario: 2015, 113.5%. 2017, 209.8%.

10. Variación del presupuesto federal, 2016, -22.1%. 2017, -54.1%.

11. Artículos en colaboración: 2015, 70% de 100%. 2017, 70.2% de 42.3%.

15. Promedio de productos/investigador del SII. 2015, 1.9 realizados de 2.4 programados. 2016, 1.2 realizados de 2.1 programados.

Medidas de control: Incremento del presupuesto complementario, ajuste de metas acorde a experiencia y ajuste de publicaciones acorde al tiempo de inicio de proyectos.

E010. Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud.

Objetivos:

1. Fortalecer la formación de médicos especialistas de primer nivel en la atención cardiológica.

2. Fortalecer la coordinación de las áreas.

3. Estrechar la comunicación con los INSALUD.

Presupuesto:

2015: 36.2.0 Mdp. 34.4 Capítulo 1000; 1.1 Mdp para el capítulo 2000; 0.65 Mdp para el capítulo 3000.

2016: 37.2 Mdp. 35.8 Capítulo 1000; 0.9 Mdp para el capítulo 2000; 0.5 Mdp para el capítulo 3000.

2017: 40.51 Mdp. 35.7 Capítulo 1000; 2.3 Mdp para el capítulo 2000; 2.5 Mdp para el capítulo 3000.

Semáforo rojo según año:

1. Servidores públicos (SP) capacitados. 2016. 80.7% de 89.3% programado. 2017. 61.5% de 89.1% programado. Personal administrativo que no concluyeron.

2. SP que concluyeron capacitación gerenciales. 2017. 71.1% de 97.5%. Cursos de CONAPRED en línea, alta deserción.

3. Cursos de administración y gerencia. 2016 250% con 30 efectuados de 12 programados.

4. Temas integrados al Programa Anual de Capacitación. 2017, 73.9% de 82.6%.

5. Temas administrativos gerenciales contratados. 2017, 5.9% de 42.1% programados.

6. Eficacia de cursos de educación continua: 2016, 118.9% de 97.3%.

7. Participantes externos en educación continua. 2016, 62% de 34.0% programados. 2017, 38.6% de 34.8%.

8. Postulantes aceptados: 2016, 37% de 31%.

9. Participantes de educación continua: 2016, 143.22 de 97.0.

10. Posgrado no clínico: 2015, 200%.

11. Cursos de educación continua: 2015, 78.8% de 98.5%.

Medidas de control: Programa de capacitación y educación continua en conjunto.

Acciones de mejora cumplidas:

1. Actualizar manuales de Finanzas.

2. Actualizar matriz de riesgos.
 3. Capacitación en ética, equidad de género, no discriminación y conducta institucional.
 4. Conciliación de indicadores institucionales E023, E022, E010.
 5. Ejercicio del presupuesto oportuno.
 6. Fortalecer manual de TIC.
 7. Integrar a Subdirección de Finanzas para administración de riesgos y seguimiento a observaciones e indicadores de calidad.
 8. Actualizar perfiles de puestos.
 9. Programas de trabajo por departamento en SADP y capacitación al 90% del personal.
- (FUENTE: Carpetas de la Juntad e Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) del 30/12/2015. En apego al artículo 45 (fracciones de la I a III), el INCICH desarrolló un análisis organizacional basado en la metodología del marco lógico y generó la matriz de riesgos, los mecanismos de control presupuestario y atención a auditorías turnadas, así como de medidas preventivas y correctivas mediante un mapa de riesgos de incumplimiento, riesgos de ilegalidad y riesgos de transparencia.

En el programa de la Dirección General se desarrollan las estrategias con 4 vertientes: 1. Optimizar fortalezas y maximizar oportunidades (FO); 2. Contrarrestar las debilidades para explotar las oportunidades (DO); 3. Optimizar fortalezas para minimizar amenazas (FA); 4. Contrarrestar las debilidades y amenazas (DA).

Para investigación, el marco regulatorio, se encuentra en el artículo 48 de la Ley de Ciencia y Tecnología (del 8/12/2015) donde se confiere autonomía a los centros, para decisión técnica, operativa y administrativa, así como gestión presupuestaria y de coordinación sectorial para la administración por resultados.

Con base en lo anterior, se realiza la administración de riesgos institucionales, quedando de la siguiente manera:

E023: Prestación de servicios en los diferentes niveles de Atención Médica (AM).

Riesgo: Expediente clínico integrado de manera incompleta o deficiente de acuerdo a la normatividad vigente.

Cuadrante: IV Riesgo de seguimiento

Factores:

1. Deficiencia en el proceso de vinculación entre las áreas médicas, enfermería, laboratorios, gabinetes y administrativas
2. Deficiencia en la integración, manejo y resguardo del expediente clínico conforme a normatividad vigente
3. Falta de supervisión en la elaboración de la documentación del médico residente y de enfermería

Acciones de control:

1. Empoderar al Subcomité de Expediente Clínico en la toma de decisiones e implementación de medidas correctivas que considere pertinentes.
2. Reforzar el apego a los procesos de supervisión por parte de los niveles superiores.
3. Capacitación al personal involucrado en el proceso (Personal médico y de enfermería, Personal técnico de gabinetes y laboratorios).
4. Evaluación continua de la integración de los expedientes clínicos con la herramienta Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), propuesta por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para la implementación de estrategias específicas de mejora, acorde a la problemática identificada.

E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

Riesgo: Informes y reportes de las actividades de las áreas de Investigación generados fuera de tiempo e incompletos.

Cuadrante: II. Riesgo de atención periódica.

Factores:

1. Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) insuficientes e inadecuadas a las necesidades de investigación.

Acciones de control:

1. Determinación de las necesidades de información de las áreas de Investigación

2. Diagnóstico de requerimientos de TIC's para las áreas de Investigación, de acuerdo a las necesidades de información.

3. Evaluación de propuestas de TIC's para atender las necesidades de información de las áreas de Investigación.

4. Determinación de TIC's que cubran las necesidades de información de las áreas de Investigación

Otros riesgos

Riesgo: Cuidado de enfermería otorgado por debajo de estándares de calidad y de seguridad.

Cuadrante: IV Riesgo de seguimiento

Factores:

1. Desapego a la educación continua de cardiología básica

2. Falta de capacitación especializada focalizada

3. Disminución de la supervisión clínica activa y transformadora

4. Deficiencia de habilidades de respuesta en las urgencias cardiovasculares

Acciones de control:

1. Apego y seguimiento puntual al programa de educación continua en servicio con tópicos de Cardiología básica.

2. Diseño y desarrollo de un programa de capacitación con tópicos del cuidado especializado de acuerdo al tipo de servicio, perfil epidemiológico y contexto del cuidado.

3. Establecimiento de la metodología, diseño e implementación de la tecnología para una supervisión activa y transformadora.

4. Capacitación en desarrollo humano para la potencialización del talento de Jefes y Supervisoras de enfermería.

5. Capacitación puntual en equipos de respuesta rápida dentro de todos los servicios de atención directa al paciente.

Riesgo: Servicios hidráulicos, sanitarios, eléctricos y especiales suspendidos en áreas de servicio afectando la atención médica y las actividades de investigación o enseñanza.

Cuadrante: II. Riesgo de atención periódica.

Factores:

1. Rezago en la sustitución y renovación de las Instalaciones básicas (hidráulicas, sanitarias, eléctricas y especiales)

2. Rezago en la sustitución y renovación del equipamiento industrial, para cuartos de máquinas y cocinas

3. Falta de espacios físicos para cubrir las necesidades de ampliación y crecimiento de diversas áreas clínicas, administrativas y de servicios

4. Falta de mantenimiento correctivo mayor e integral a las instalaciones

Acciones de control:

1. Continuar con la gestión para la captación de recursos propios o de terceros que permitan atender de manera paulatina el riesgo.

2. Asignar de manera prioritaria los recursos para las actividades de mantenimiento.

3. Continuar con el cambio de los equipos obsoletos, que permita reducir el número de reparaciones y por ende al contar con equipos nuevos el mantenimiento y las refacciones serán menos costosas

4. Buscar para el presente ejercicio el apoyo de fuentes externas (DGDIF) para el mantenimiento mayor de las instalaciones.

(FUENTE: Seguimiento al Informe Anual de Actividades del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2018)

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) del 30/12/2015. En apego al artículo 45 (I a III) el INCICH desarrolló un análisis organizacional basado en la metodología del Marco Lógico y generó la Matriz de Riesgo, los mecanismos de control presupuestario y atención a auditorías turnadas, así como de medidas preventivas y correctivas mediante un mapa de riesgos de incumplimiento, riesgos de ilegalidad y riesgos de transparencia.

Para noviembre de 2018, se estima reportar como concluidas o incorporadas en programas de trabajo específicos todas las acciones de control comprometidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), en el cual se consideran los siguientes riesgos:

E023: Prestación de servicios en los diferentes niveles de Atención Médica (AM).

Riesgo: Expediente clínico integrado de manera incompleta o deficiente de acuerdo a la normatividad vigente.

E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

Riesgo: Informes y reportes de las actividades de las áreas de Investigación generados fuera de tiempo e incompletos.

Otros riesgos

Riesgo: Cuidado de enfermería otorgado por debajo de estándares de calidad y de seguridad.

Riesgo: Servicios hidráulicos, sanitarios, eléctricos y especiales suspendidos en áreas de servicio afectando la atención médica y las actividades de investigación o enseñanza.

(FUENTE: Seguimiento al Informe Anual de Actividades del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2018)

b) Los procesos de desincorporación de entidades paraestatales, en sus diferentes modalidades, haciendo mención de los impactos presupuestales y laborales de los mismos, explicando las razones de haber llevado a cabo dichos procesos

NO APLICA

c) La relación de litigios o procedimientos ante otras autoridades, indicando una descripción de su contenido, el monto al que asciende de ser el caso, las acciones realizadas, el estado que guardan y la prioridad de atención

Los procedimientos ante otras autoridades suman para el período 52 asuntos pendientes al cierre de 2017 y consisten en: 18 averiguaciones previas, 10 juicios administrativos, 24 juicios laborales. Se describen a detalle indicando acciones realizadas y el estado que guardan. Todos los litigios son considerados de alta prioridad.

Averiguaciones previas. Se presentaron de 2102 a 2017, 18 Averiguaciones previas de las cuales se llevó a cabo la gestión conforme al Código Nacional de Procedimientos Penales. De ellos 13 extravíos, de los cuales 8 se encuentran en espera de resolución, 1 con acta circunstanciada, 2 envío a PGJDF, 2 con pago por aseguradora. Un abuso de confianza con inconformidad. Una negligencia médica con un exhorto. Un robo en espera de resolución. Una por falsedad de documentos en espera. Una usurpación profesional No ejercido. Todos los anteriores sin costo para el INCICh y de alta prioridad.

Juicios administrativos. Se presentaron en el periodo 10 juicios administrativos.

Un asunto relacionado con el pago de suministro del agua potable tiene 6 de los 10 juicios administrativos de los cuales se tiene como alcance el juicio de amparo indirecto que se encuentra en trámite con fecha de audiencia constitucional el 20 de noviembre donde se reconocerá la validez del acto impugnado. El monto del pago demandado es de 3'842,134.96 pesos.

El segundo caso es una responsabilidad patrimonial sin determinar hasta el dictado de la resolución que condene o absuelva. Se llevó a cabo el procedimiento conforme a la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del estado y el estado es que se dictó resolución en el recurso de revisión.

El tercer caso es un juicio de nulidad federal por incumplimiento de contrato de obra pública, por un monto de 575,383.51 pesos y la sentencia del 20/10/2017 reconoce la validez del acto impugnado. El último caso es el juicio de amparo indirecto contra diversas autoridades del INCICh por la convocatoria nacional electrónica LA-012NCA001-E274-2017 y su acta de cierre de la junta de aclaraciones por 35,376,315.84 pesos y se llevó a cabo el procedimiento conforme a la Ley de Amparo, se rindió informe y se difirió la audiencia hasta enero del 2018.

Juicios laborales.

En total se realizaron 24 juicios laborales, con un valor total de 9'541,851.12 pesos de ser el laudo en contra del INCICh, de ellos:

8 juicios laborales se refieren a prima de antigüedad y otras prestaciones todas pendientes con fecha de audiencia de conciliación en enero de 2018, 4 de ellas con pendientes confesionales y ratificación de contenidos. El monto por este motivo fue de 467,874.72 pesos y con apego a la Ley Federal del Trabajo.

De los 24 juicios laborales 14 tienen como motivo la reinstalación y prestaciones, todas en espera de diversas diligencias y con un monto de 8'019,704.40 pesos.

Finalmente 2 indemnizaciones laborales en espera de acuerdo de audiencia y desahogo testimonial, ambas por un monto de 1'054,272.00 pesos

(FUENTE: Relación de Juicios Administrativos, Averiguaciones Previas y Juicios Laborales del Periodo 2012-2017)

Juicios laborales. Los procedimientos ante otras autoridades suman (en miles de pesos) para el período 39 juicios laborales a junio de

2018, por un monto potencial de \$16,444.8 miles dp y consisten en: 21 juicios de reinstalación (54%) por un monto de \$10,415.5 miles de pesos; 13 por prima de antigüedad y otros gastos (33%) por un monto de \$879.6 miles dp; 3 por indemnizaciones (8%) por un monto de 2,271.2 mdp; 2 por otras causas (5%) por un monto de 2,878.5 mdp.

(FUENTE: JUICIOS LABORALES A JUNIO 2018. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS)

Averiguaciones previas. Se presenta con corte a junio de 2018 10 averiguaciones previas por las siguientes causas: 1 por negligencia médica; 1 por abuso de confianza; 5 por robo de material y equipo; 3 por intento de fraude y por presentación de documentos apócrifos.

(FUENTE: AVERIGUACIONES PREVIAS A JUNIO 2018. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS)

Juicios administrativos. Al término del periodo se reportan 10 juicios administrativos. El asunto relacionado con el pago de suministro del agua potable tiene 6 de los 10 juicios.

El segundo caso es una responsabilidad patrimonial sin determinar hasta el dictado de la resolución que condene o absuelva. Se llevó a cabo el procedimiento conforme a la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

El tercer caso es un juicio de nulidad federal por incumplimiento de contrato de obra pública, por un monto de 575,383.51 pesos. Otro caso es el juicio de amparo indirecto contra diversas autoridades del INCICh por la convocatoria nacional electrónica LA-012NCA001-E274-2017 y su acta de cierre de la junta de aclaraciones por 35,376.3 miles de pesos y se llevó a cabo el procedimiento conforme a la Ley de Amparo.

El último caso es el juicio de nulidad federal por la resolución contenida en el oficio con número de referencia INC/DA/276/14 de 04/06/2014.

(FUENTE: JUICIOS ADMINISTRATIVOS A JUNIO 2018. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS)

Sin movimiento que reportar con respecto al informe de la 2ª Etapa.

d) La relación de las observaciones de auditorías realizadas por las diversas instancias de fiscalización que se encuentren en proceso de atención

Del Auditor Externo. 2013. Inicia el periodo con 4 observaciones, 14 determinadas, 3 atendidas y 15 pendientes. 2014. 4 determinadas, 17 atendidas y 2 pendientes; 2015, 3 determinadas, 3 atendidas y 2 pendientes; 2016, 14 determinadas, 11 atendidas y 5 pendientes; 2017, 13 determinadas, 16 atendidas y 2 pendientes.

Auditoría Superior de la Federación: 2013, Saldo inicial 0, determinadas 9, atendidas 9, pendientes 0; 2014, determinadas 3, pendientes 3; 2015, 3 atendidas y pendientes 0; 2016, 0 en total; 2017, 4 determinadas y pendientes.

Órgano Interno de Control: 2013, 9 saldo inicial, 5 determinadas, 12 atendidas, 2 pendientes; 2014, 21 determinadas, 6 atendidas, 17 pendientes; 2015, 19 determinadas, 27 atendidas, 9 pendientes; 2016, 10 determinadas, 15 atendidas, 4 pendientes; 2017, 9 determinadas, 9 atendidas, 4 pendientes;

Unidad de control y auditoría de obra pública: 2013, 1 saldo inicial, 1 atendida, 0 pendientes.

Otras Instancias Fiscalizadoras (SFP UAOP): 2017, 6 determinadas y atendidas (Seguimiento realizado por la instancia fiscalizadora)

Otras Instancias Fiscalizadoras (SFP UAG): 3 determinadas y atendidas (Seguimiento realizado por la instancia fiscalizadora)

TOTAL: 2013, 14 saldo inicial, 28 determinadas, 25 atendidas, 17 pendientes; 2014, 28 determinadas, 23 atendidas, 22 pendientes; 2015, 22 determinadas, 33 atendidas, 11 pendientes; 2016, 24 determinadas, 26 atendidas, 9 pendientes; 2017, 35 determinadas, 34 atendidas, 10 pendientes;

Observaciones según área de aplicación

Al corte de 2017: Subdirección de Finanzas 2 pendientes; Subdirección de Servicios Generales, 1; Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, 3; Dirección de Investigación, 4; lo que corresponde a un total de 10 pendientes para el ejercicio fiscal 2018.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informe resultante de las auditorías, exámenes y evaluaciones realizados por el Órgano Interno de Control)

Asuntos en proceso de atención al término de junio de 2018

Observaciones al dictamen financiero 2016

1. Servicios Básicos al Impuesto Predial con un 70% de avance en su atención.

Observaciones al dictamen financiero 2016

1. Falta de Conciliación de CFDI's, con un 30% de avance;

2. Carencia de Revaluación de Bienes Inmuebles y Muebles, se reporta un 10% atención;

Observaciones de la Secretaría de la Función Pública, determinadas recientemente

1. Los manuales de procedimientos del Almacén General y del Departamento de Farmacia no están actualizados, toda vez que no se encuentran alineados al nuevo sistema global de información hospitalaria GRP NET MULTIX.

2. El nuevo sistema GRP NET MULTIX no contempla la carga de información de años anteriores; no se realizó la verificación física de los bienes con los que inicia el Almacén General en el nuevo sistema y control de registros del Departamento de Farmacia no se integró al nuevo sistema GRP NET MULTIX

Observaciones del Órgano Interno de Control en el INCARD, determinadas recientemente

1. Debilidades detectadas en el sistema de control interno en la Subdirección de Finanzas

2. Incumplimiento a algunas obligaciones en materia de transparencia.

3. Inadecuado control de donativos en especie recibidos por el INCARD.

(FUENTE: OBSERVACIONES 2015-2018)

A noviembre de 2018 se habrán realizado el 100% las gestiones correspondientes al INCICH, para la atención de las observaciones de auditorías realizadas por las diversas instancias de fiscalización.

(FUENTE: Seguimiento a observaciones de auditorías)

e) El grado de cumplimiento de las disposiciones en materia de: datos abiertos, ética e integridad pública, padrones de beneficiarios de programas gubernamentales y transparencia y acceso a la información

2014. Se realizó el proceso de identificación de bases de datos que son considerados públicos, con el fin de ser incluidos en formato abierto (CSV) para poder ser descargados y consultados por los ciudadanos que así lo requieran, mediante su inclusión y liga a través del portal www.datos.gob.mx, con el apoyo de la DGIS.

2015 Se subió a la herramienta adela.datos.gob.mx el inventario de datos abiertos, así como la minuta de trabajo, para que se generara el plan de apertura.

Se puso a disposición la información correspondiente al Uso de Aulas del INCARD en la plataforma datos.gob.mx, quedó debidamente atendido con fecha 01/10/15.

2016. Se actualizó el archivo de datos abiertos el día 28 de febrero de 2016, con respecto a lo acordado y a la temporalidad señalada.

Conforme al calendario establecido, en el mes de mayo se llevó a cabo la re calibración de los indicadores.

2017. Se registró y actualizó en datos.gob.mx, información de utilidad para la ciudadanía relativa a: Gestión de aulas, Reporte de cursos de Enfermería, así como la información del componente de Participación Ciudadana (Directorios de Mecanismos de

Participación Ciudadana (MPC's), Minutos de Subcomités de Satisfacción de Usuario, Inventario de MPC's, Reglas de Operación y Planes de Trabajo de los MPC's, Evaluaciones e informes de resultados de la operación de los MPC's), conforme a lo establecido en el Cronograma de acciones de la Guía de Gobierno Abierto. (<https://datos.gob.mx/>)

Asimismo, se atendió en la página de adela la información correspondiente al segundo semestre del 2017.

(FUENTE: Informes anuales del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

El INCICH cuenta con el Comité de Ética y Prevención de Conflicto de Intereses, el cual tiene como objetivo promover entre los servidores públicos del organismo el conocimiento y la sensibilización del Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta, así como conocer de los casos que impliquen violación a alguno de los ordenamientos anteriores, a fin de emitir las recomendaciones que resulten pertinentes.

Al cierre del 2017 se atiende en su totalidad los casos que se presentan, no se han emitido recomendaciones debido a la ausencia de pruebas para acreditar las conductas, materia de las denuncias y en la mayoría de los casos, porque los denunciantes no proporcionaron los elementos que les fueron requeridos.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

La Población beneficiada del INCICH a través de los diferentes Programas presupuestarios (Pp's) al cierre del ejercicio 2017, fue la siguiente:

Con el Pp E022 "Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud" la población atendida fue de 130 Investigadores Institucionales de los cuales 128 están vigentes (en el Sistema Institucional de Investigadores y/o Sistema Nacional de Investigadores).

Con el Pp E023 "Atención a la Salud" se benefició a la población que carece de seguridad social en cardiopatías y ramas afines, siendo esta de 46,189 (usuarios atendidos).

Por último, con el Pp E010 "Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud" la población beneficiada corresponde a médicos residentes en formación de especialidad en cardiología y ramas afines, así como de alta especialidad, posgrado no clínico (Maestría en Administración de Organización en Salud), y alumnos formados en la escuela de enfermería (licenciaturas en enfermería, bachilleratos, especialidades) alcanzando un total de 592 alumnos al cierre del ejercicio; asimismo, este programa también incluye capacitación de recursos humanos con una población capacitada de 2,636 habiendo recibido constancia de conclusión.

(FUENTE: Población Beneficiada de los Programas Presupuestarios)

Asimismo, la Unidad de Transparencia dio trámite a las solicitudes de información recibidas que ingresaron a través del Sistema de Solicitudes de Información (INFOMEX), conforme a lo siguiente: 2013 Total (T) 1392, públicas (P) 88, confidencial (C) 1304; 2014 T 1500, P 153, C 1347; 2015 T 1,400, P 71, C 1,329; 2016 T 1565, P 180, C 1385; y 2017 T 1711, P 201, C 1510.

No obstante lo anterior, se interpusieron durante el periodo de reporte un total de 33 recursos de revisión, desglosados de la siguiente manera: 2013, 6; 2014, 9; 2015, 3; 2016, 8; y 2017, 7, por lo que se realizaron acciones tendientes a dar cumplimiento a las resoluciones correspondientes.

Referente al indicador Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas, se obtuvieron los siguientes

resultados: 2014, 0.5; 2015, 99.96; 2016, 50; y 2017, 71.89.

En relación a la actualización del Portal de Obligaciones de Transparencia (POT) y al Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia, la Unidad de Transparencia trabajó en conjunto con las diversas áreas del Instituto para mantener la información actualizada, específicamente con las Subdirecciones de Recursos Materiales, Administración y Desarrollo de Personal, Finanzas, Servicios Generales y Planeación, así como las áreas de Trabajo Social, la Unidad de Calidad, Quejas y Responsabilidades y Auditoría Interna.

El Comité de Transparencia, antes Comité de Información, ha realizado acciones tendientes a dar cumplimiento de la normatividad en materia de transparencia, a fin de proteger los datos personales, así como de vigilar y procurar la observancia de la legislación en materia de trámite de solicitudes de información.

(FUENTE: Carpetas de la Juntad e Gobierno. Informes de Autoevaluación del Director General)

Mediante oficios se solicitó a los Directores de Área de este Instituto, fomentar en las áreas a su cargo la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental que en el ejercicio de sus funciones les sean encomendadas.

El tiempo promedio de respuesta a las solicitudes de información a junio es de 6.16 días. En el mismo periodo, se interpusieron 4 recursos de revisión.

La Unidad de Transparencia, el Departamento de Asuntos Jurídicos, las Subdirecciones de Recursos Materiales, Administración y Desarrollo de Personal, Finanzas, Servicios Generales y Planeación, así como las áreas de Trabajo Social y la Unidad de Calidad, continúan con el proceso de carga y actualización de información en la Plataforma Nacional de Transparencia, a fin de dar cumplimiento a los artículos 70, 71, 81 y 82 de la Ley General de Transparencia, así como de los artículos 68 y 69 de la Ley Federal en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia.

Sobre el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, se ha cumplido con el 100% de las actividades del Tablero de Control que establece la Secretaría de la Función Pública.

En cuanto a la política de transparencia, se identifican las necesidades de información socialmente útil; analizar y seleccionar las necesidades.

(FUENTE: Informe de avances en el cumplimiento de compromisos generales por Institución del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

Se estima que al término de noviembre de 2018, se tendrá un avance del 92% de las acciones comprometidas en los Programas de Trabajo referentes a Datos Abiertos, Ética e integridad pública, Padrones de beneficiarios, Transparencia y Acceso a la información.

(FUENTE: Informe de avances en el cumplimiento de compromisos generales por Institución del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno)

VI. Las prospectivas y recomendaciones

Contexto de las Enfermedades Cardiovasculares en México.

La carga de las enfermedades crónico degenerativas (ECD) por años de vida perdidos por discapacidad (DALY's) en México representaron para 2016 el 74.8% con una tendencia ascendente de 0.5% anual desde 1990 (61.4% mundial); las enfermedades infecciosas, maternas y de la nutrición el 12.2% con una tendencia descendente (-5% anual desde 1990); y los accidentes y violencias 13.2% con una tendencia estable.

El 80.3% de todas las muertes fueron a expensas de ECD, 86.3% para las mujeres y 75.6% para los hombres, por grupos de edad para la población menor de 20 años las ECD representan el 35% (global 14.3%) de los años perdidos por muerte prematura (YLLS por sus siglas en inglés); de 21 a 59 años esta cifra se incrementa a 50.2% y en particular las mujeres se eleva a 67.8% de YLLS (global

45.9%); en la población de 60 y más la carga de las ECD se eleva a más del 85% en 2016. De las ECD los 4 problemas que generan la mayor carga de DALY's son diabetes, ECV, mentales y cáncer (41.9% de todas las enfermedades, global 36.1%).

Respecto a las ECV en los menores de 5 años, las congénitas cardíacas ocupan el primer lugar con una carga para DALY de 22.2% (global 8.1%), en el país nacen con este problema cerca de 20,000 casos al año. México atiende solamente a cerca de 5,000 y muchos mueren sin atención, sobre todo en los Estados más pobres, quienes además acumulan este problema como discapacidad en sus poblaciones y en donde el acceso a cirugía es muy bajo.

En los escolares el problema más relevante es la cardiomiopatía y miocarditis a expensas de otras infecciones en el organismo.

En la población de 15 a 49 años hace su aparición la enfermedad isquémica cardíaca con el 2.7 de los DALY y responsable del 5% de todas las muertes ocurridas en 2016.

En este grupo de edad se acompañan, como enfermedades asociadas, la diabetes y otro lastre que hace su aparición que es la enfermedad renal crónica, estos dos padecimientos se mencionan debido a que representan el riesgo más importante del 70% de los infartos en México.

Esta situación se hace más crítica en el grupo de 50 a 69 años de edad la EIC es responsable de 12.5% de las muertes y del 9% de los DALY, asociado a 13.9% en diabetes y 10.0% de la enfermedad renal crónica, representan el 31% de todos los DALY de la población. Todas estas cifras se incrementan en un 40% en los mayores de 70 años, quienes constituyen el 30% de toda la demanda en el INCICH.

La enfermedad hipertensiva merece una atención especial debido a que aunque representa menos del 1% de los DALY, tiene consigo a la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), que tiene como consecuencia el 2.15% de los DALY sobre todo en mujeres, en hombres de manera creciente y que significa una discapacidad con más del 40% de autonomía y por ende un alto costo en salud, sobre todo de bolsillo para la familia, así como el 2% de los YLLS.

Otras enfermedades asociadas son las adicción al alcohol y las enfermedades mentales como sustrato de la EIC.

La dieta, por ende el sobrepeso y la obesidad representan los riesgos más importantes de ECV con un riesgo atribuible en la población de 15 a 49 años de 6.3% de todos los casos de EIC y de ECV. A partir de aquí los riesgos de presión arterial, colesterol, polución y consumo de tabaco y alcohol, elevados; aunado a la baja actividad física y función renal deteriorada, forman el modelo de riesgo del cual es paciente el 76% de la población en México.

Determinantes sociales en salud.

La población en México asciende en el 2016 a cerca de 127 millones de habitantes, la estructura de la población se afecta por la reducción de la natalidad y de la mortalidad, es decir envejece, con mayor énfasis en el centro y norte del país y se reduce el bono poblacional, que pronostica llegue a su mínimo nivel a partir del 2020.

El 52% de la población sufre pobreza en cualquiera de sus variedades, el empleo es precario y menos de la mitad de los habitantes cuentan con seguridad social que atiende con servicios implícitos a sus derechohabientes, en el seguro popular los servicios se limitan a un menú de CAUSES y a un financiamiento limitado de las ECV, situación que repercute en la demanda de atención sobre todo en enfermos crónicos que se presentan a urgencias por deficiente organización de los niveles de atención saturados de los servicios de salud para población no derechohabiente.

La situación en los servicios de seguridad social tiene varios problemas, que representan amenazas para el sistema a población abierta, más del 30% de sus poblaciones adscritas no utilizan el servicio debido a defectos de calidad en la atención, otros por falta de acceso efectivo. Con estas razones las unidades de la SS tienden a resolver además problemas que abordan los servicios desde los centros de mayor especialización y desde urgencias, tanto médicas como quirúrgicas.

En general, de los hospitales de la SS, el 40% de los ingresos a hospital son por urgencias a diferencia de lo esperado que es la atención programada y la cirugía electiva.

El financiamiento en salud es de 7.3% del PIB, sin embargo casi 4% es financiamiento de bolsillo, la tendencia es reducirlo a cero, situación lejana ya que el Seguro Popular se encuentra en fase de reordenamiento y en la evaluación encontrará nuevas fórmulas para la cobertura universal, en tanto la saturación de los servicios, debe contender con el uso racional de recursos, optimización de la capacidad instalada y evolución de los modelos de atención para dar servicio a los más pobres en un esquema más organizado de atención.

Motivos de atención en el INCICh

En el período, como ya se mencionó, el INCICh tuvo un día típico compuesto por 15 egresos hospitalarios, 7 cirugías, 22 pacientes de primera vez, 540 consultas, 45 atenciones en urgencias, con un promedio de 10.4 días de estancia por paciente y 80% de camas ocupadas de 213 censables. Se atienden 250 pacientes con diálisis peritoneal y 562 con hemodiálisis para un total de 150 procedimientos por paciente. Se realizaron en 2017, trasplantes y más de 5,500 procedimientos de monitoreo cardiovascular. En imagenología se redujo el uso de los rayos x, para incrementar el uso de la tomografía axial computarizada, cardiología nuclear, ecocardiografía como instrumentos esenciales de alta tecnología y con los que el diagnóstico y tratamiento se han mejorado en cuanto a oportunidad y confiabilidad. Se realizaron en el último corte cerca de 28,000 procedimientos de electrocardiología (112 diarios); 12,818 ecocardiografía (51 diarios); 1.7 millones de exámenes de laboratorio, pruebas especiales de hematología, inmunología, microbiología y de banco de sangre que suman otras 142,744 de alta especialidad. En banco de sangre donaron 13,797 personas para satisfacer necesidades de hemoderivados.

Las principales causas de atención en consulta externa y de egreso hospitalario son: enfermedades isquémicas, malformaciones congénitas, enfermedades genitourinarias, trastornos del ritmo, valvulopatías no reumáticas, enfermedades cardiopulmonares, cardiomiopatías miocarditis y trastornos de la conducción, todos estas causas de enfermedad constituyen el 92% de la atención. Se hace relevante que la mayor letalidad la representan cardiopatías antiguas como las enfermedades reumáticas del corazón y las valvulopatías reumáticas ambas tienen una letalidad de 12.6%, las enfermedades cardiopulmonares representan el 10.2%, las cardiopatías el 9.6%, las enfermedades isquémicas 5.4%, las del sistema genitourinario 2.6%, los trastornos de la conducción 2.1% de letalidad hospitalaria.

Los pacientes atendidos son valorados en la preconsulta y aceptados en más del 80%; 38% ingresan a hospital o cirugía por urgencias; solo 12% vienen referidos por otras unidades de menor complejidad; existe una suspensión quirúrgica de más de 13% por sustitución de urgencias y por falta de equipos completos; aunque se apoya a otras unidades la calidad de la atención y la sobrevivencia de pacientes depende de la falta de enfermeras cardiovasculares que no existen en entidades a las que se apoya.

El uso creciente de la tecnología mejora el diagnóstico internamente pero se requiere de mayor capacidad en otros hospitales, aunque la formación de cardiólogos es suficiente, el equipamiento en sus lugares de destino se cumple con mayor frecuencia solo en hospitales privados y su capacidad de respuesta para la población más necesitada es limitada.

Problemas

El problema central es que las enfermedades cardiovasculares y otras crónico degenerativas asociadas, como la diabetes, hipertensión y la enfermedad crónica renal, constituyen el principal problema de salud.

Estos problemas de salud tienen como precursores a la obesidad, producto del sedentarismo, la falta de activación física y la malnutrición.

Los servicios de segundo y tercer nivel están saturados de una atención desorganizada, sobre todo en urgencias no calificadas y una constante falta de programación de la atención.

Lo anterior debido a que la respuesta efectiva del primero y segundo nivel es baja en cuanto a la prevención y la atención anticipada en el primer contacto del paciente y su familia.

El modelo de atención en el primer nivel no se ha adaptado a dar acceso a población dispersa, por un lado en el área rural, y en el área urbana no se ha rediseñado el modelo y los horarios para dar acceso a población flotante.

Lo anterior, se relaciona con una falta de orientación de los programas de formación de médicos y enfermeras hacia las ECD y la consecuente transferencia tecnológica.

La falta de recursos disponibles en las áreas de enfermería y otras paramédicas impiden la atención preventiva.

El pronóstico de no establecerse las acciones estratégicas es un incremento de los daños a la salud, sobre todo en población económicamente activa, un incremento del gasto en salud, una falta de capacidad de respuesta de los servicios de salud ante una epidemia de obesidad, diabetes e hipertensión, así como de adicción al tabaco y alcohol.

Falta de orientación de la población ante los factores de riesgo y carga de la enfermedad que afecta la funcionalidad de la familia

debido a la discapacidad de alguno de sus integrantes.

Soluciones

El cambio teórico estriba en:

Población. Orientar a la población a modificar sus hábitos alimentarios y de consumo de tabaco, alcohol y sal, mediante campañas instrumentadas desde los centros educativos, de trabajo y de salud. Disponer de conocimiento sobre activación física y espacios recreativos. Educar a los niños y a la familia sobre la anticipación a estos riesgos para control y diagnóstico temprano de enfermedades asociadas a las cardiopatías.

Sugerencias al Sistema Nacional de Salud. Actualizar y difundir guías de práctica clínica en centros de formación de personal de salud, centros de primero y segundo nivel, así como integrar las NOM relacionadas al tema en un solo documento. Modelar la atención para hacer más disponible la capacidad instalada, y por ende, mejorar el acceso mediante la modificación de la operación del 1º y 2º niveles de atención. Fortalecer la referencia y contrarreferencia para tender a la programación de la hospitalización de pacientes. Mejorar la capacidad de respuesta de los centros de primer contacto y las UNEMES para hacer más eficiente la capacidad instalada en los Estados.

Proponer un expediente clínico electrónico portable y fortalecer la telemedicina para reducir el costo de la atención y automatizar la respuesta. Fortalecer los mecanismos de diagnóstico a distancia y capacitar enfermeros y médicos continuamente en temas selectos de ECD.

Dotar de los insumos necesarios para la atención e impulsar la atención a ECD y en particular de las ECV.

Acciones institucionales del INCICh. Fortalecer la atención del infarto y la reducción del tiempo promedio a 1 hora, mediante estrategias nacionales de reperfusión cardiaca.

Fortalecer el CONACRO a nivel nacional para mejorar las políticas públicas multisectoriales en torno al control de las enfermedades cardiovasculares.

Mejorar el modelo de certificación de las unidades de salud y de la acreditación, unificar a los centros verificadores para hacer más eficiente la cobertura y vigilar el reporte de enfermedades en entidades públicas y privadas.

Mejorar el sistema de notificación para evitar duplicidad y omisiones en ECV, mediante un centro nacional de registro de enfermedades cardiovasculares.

Poner énfasis en la investigación científica de las causas que producen los diez principales problemas CV y estudiar, desde las bases moleculares, hasta las poblacionales; así como los mecanismos de prevención y promoción de la salud.

Proponer los modelos de atención integral sobre los principales factores de riesgo señalados.

Proponer programas de uso racional de insumos así como acceso universal a insumos de alto costo.

Mejorar las fuentes de financiamiento mediante estrategias de uso de aseguramientos públicos y privados.

Prospectiva

Los servicios de primer contacto diagnostican oportunamente las ECD y previenen la obesidad mediante campañas de alimentación y activación física.

Las Jurisdicciones Sanitarias han mejorado la detección oportuna mediante el diseño de modelos orientados a mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

El Seguro Popular mejora la aplicación de CAUSES con esta finalidad y adecua el pago de los Gastos Catastróficos ampliando la cobertura.

Se tiene mayor financiamiento por medio de PBP, investigación financiada y multicéntrica, cobro adecuado de cuotas de recuperación y de la planta física, ingresos propios por servicios de laboratorio especializados, control interno de pérdidas y optimización de procesos mediante la automatización central del expediente clínico electrónico.

Se reorganiza la atención para capacitar en forma continua a médicos y enfermeras, en servicio.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informe de seguimiento de acuerdos de sesiones anteriores)

(FUENTE: <http://www.healthdata.org/>)

Para dar continuidad a las perspectivas y recomendaciones de la ETAPA 1, las cuales se refirieron al control de las enfermedades cardiovasculares en México, en esta etapa 2 de rendición de cuentas, el INCICH, en su deber ser y en sus atribuciones de consejero de la Secretaría de Salud, ha generado los siguientes comentarios en torno al desarrollo del conocimiento y la formación de recursos humanos en las ciencias de la salud y biología de las enfermedades cardiovasculares: Perspectiva de la Ciencia y Tecnología; Formación Profesional; y Telecomunicaciones y sistemas informáticos.

Perspectiva de la Ciencia, Tecnología, Desarrollo e Innovación (CTDI)

Para evaluar las necesidades de CTDI es necesario comparar el desempeño en este terreno de México como parte de la OCDE en general y el gasto en los diferentes sectores para que el país sea verdaderamente independiente en torno a la autonomía en la producción e innovación de conocimiento y productos que conlleven a la reducción de la dependencia externa en particular de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento incluidos los medicamentos.

Los elementos de evaluación son el indicador de Gasto en Investigación y Desarrollo (GIDE) de México respecto a países de la OCDE; la inversión pública y privada en CTDI por sector productivo; el GIDE en salud y para el INCICH; la formación de recursos humanos en investigación; y la generación de patentes.

Situación de CTDI en México y su relación con el INCICH

México ocupa el penúltimo lugar en el GIDE entre los 38 países de la OCDE, con una inversión de 0.5% del PIB anual, donde el promedio mundial es de 2.23 y el de la OCDE 2.55, América del Norte de 2.8, Asia y el Pacífico 2.5 y Europa Central 1.15. Esto sin contar que el PIB per cápita en muchos de los países rebasa los 25,000 USD al año y que en México es de 12,000, los montos son muy asimétricos. Los países con mayor GIDE son Israel (4.3%), Corea del Sur (4.23%), Dinamarca (3.91%), Japón (3.28%). Sin embargo en monto EUA invierte 433.4 mil millones de USD al año; China 317.8 mil millones de USD; Alemania 96.1 mil millones de USD.

México invierte 5 mil millones de USD al año, cifra semilla que requiere una mejor distribución sobre todo en el ámbito de la generación de conocimiento que pueda ser patentado.

En general, los países más desarrollados invierten en investigación en mayor proporción con fondos privados que con fondos públicos aproximadamente de 3:1; en los países más pobres es al contrario y la investigación es financiada de 1:3 públicos/privados. Esto trae como consecuencia que exista un bajo GIDE, en México el 67.35% de los fondos en investigación son públicos.

El monto destinado a CTDI en México es de casi 100 mil millones de pesos (5 MmUSD) de los cuales solamente 6.7 Mmp son para salud y de los cuales 2.7 para los INSALUD; 2.5 para Calidad y educación en salud; 0.705 para el IMSS; y el ISSSTE figura con menos de .091 Mmp.

Situación de la CTDI en el INCICH

Del mismo modo es bajo presupuesto asignado a los INSALUD, el INCICH participa solamente recuperando menos de 60 millones de pesos al año cuando la cifra podría superar los 500 millones de pesos en general.

En cuanto a capital humano el país tiene rezago en la eficiencia terminal y en profesionalización de los investigadores, se tienen un total de 15.8 millones de personas en investigación en México, de ellos solamente con posgrado 1 millón; 50.3% son mujeres; en salud 782 mil personas. En salud se forman 2,300 personas en maestría al año y solamente 154 con doctorado. Existen 25,072 investigadores registrados por CONACYT en salud con una inversión de 177.4 mil pesos al año y un 64% son mujeres con 92% nacionales. La tasa de investigadores es de 0.2 por cada 1,000 habitantes (x1000h), cuando Japón, China y EUA cuentan con más de 8 x1000h. En México además, los investigadores están concentrados en la Ciudad de México (0.92 x1000h); Morelos (0.55 x 1000h); BCS (0.35 x 1000h).

Las patentes solicitadas en México en 2016 fueron 17,413 de las cuales solicitadas por extranjeros fueron 16,103 y de las cuales fueron aceptadas más de 15,000 y de las nacionales menos de 300.

El INCICH cuenta con toda la capacidad de producción científica y tiene un nivel aceptable de publicaciones de alto nivel por investigador (1.6 publicaciones por investigador al año) con más de 103 investigadores registrados en el Sistema Nacional de CONACYT y del Sistema de los Institutos Nacionales.

Las investigaciones son financiadas con recursos de terceros por alrededor de 60 millones de pesos y con recursos fiscales por cerca de 48 millones al año en donde menos de 15% es de inversión privada.

El INCICH realiza más de 130 proyectos de investigación al año y publica un promedio de 200 productos científicos anualmente. Cuenta

con 23 laboratorios de investigación equipados para una utilización del 35 a 40% de su capacidad y además de los 104 investigadores con una plantilla de casi 405 personas más en apoyos técnico y administrativo.

El INCICH tiene dos patentes en la historia de la institución.

Perspectiva en Investigación

En esta panorámica el INCICH respecto a la investigación nacional en salud, dibujó un escenario con perspectiva en Ciencia y Tecnología:

Es necesario fortalecer los servicios de diseño y elaboración de protocolos para mejorar su calidad e impacto en el financiamiento.

Se requiere incrementar la productividad por investigador de tal manera que se duplique anualmente hasta llegar a un promedio de 6 publicaciones al año, que tengan las siguientes características deseables: de alto impacto, una cuota para revistas nacionales en español, que sean contenidas en formato libre en páginas web y que sean llevadas a foros científicos al menos 2 veces en un ciclo de 2.5 años, en lugar de 5.3 años desde la generación de la idea hasta la edición del artículo. Otro punto es que todos los documentos sean contenidos en libros de texto con edición libre, como bienes públicos globales y que las bases de datos estén disponibles en forma comercial o libre para otros investigadores.

Se debe incrementar el número de estudiantes de maestría y doctorado en ciencias, admitir alumnos en servicio social que tengan como perspectiva la investigación formal y vincular estos grados académicos a todos los residentes de especialidades médicas y de enfermería. Incrementar la formación de recursos humanos en otras áreas no médicas con becas oficiales y de la industria.

Para lo anterior, integrar un área de gestión de proyectos que busque financiamientos, colaboraciones multicéntricas nacionales e internacionales, regule los comités de ética, investigación y otros para dar celeridad y calidad a los protocolos y proyectos terminados. Generar una regulación adecuada para evitar despido de investigadores que no publiquen e incrementar la productividad.

Verificar la regulación vigente para mejorar el GIDE interno con colaboraciones de la industria sobre todo aquella que pueda tomar ventaja en las actividades que desarrolla el INCICH.

Promover la investigación en entidades de alta demanda al INCICH como son Guerrero, Oaxaca, Puebla, Hidalgo, entre otras, con la finalidad de impactar en las enfermedades cardiovasculares y tener apoyos multicéntricos.

Dar énfasis a la investigación de alta demanda, alto costo y alto interés científico, en particular tener un diagnóstico claro del conocimiento de frontera necesario en nuestro país, como es el caso de la genética humana, la clínica en el uso de tecnología para el diagnóstico y tratamiento, el estudio de las enfermedades isquémicas, entre otros. Investigación, cuyo conocimiento debe ser impactado en la práctica clínica en todos los niveles; en las políticas públicas; y en los programas preventivos, en forma natural y como resultado final de su generación.

(FUENTE: Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2014-2018. Avance y Resultados 2017. Disponible en: <http://www.siiyt.gob.mx/index.php/transparencia/informes-conacyt/logros-programa-especial-de-ciencia-tecnologia-e-innovacion-peciti-2014-2018/3904-logros-peciti-2017/file>)

Formación de Profesionales de la Salud en México

Antecedentes y marco de la perspectiva.

La formación de profesionales en salud tuvo transformaciones importantes a principios del siglo XX con tres hechos fundamentales: el análisis Flexner en 1910 que recomendó reformas mayores a la instrucción de los médicos para modificar el curriculum con 2 años de instrucción biomédica y 2 años de formación clínica en hospitales y centros de primer nivel. En México el Hospital Juárez y el General asumen esta nueva filosofía y generan áreas de especialidad clínica, quirúrgica una y medicina interna la otra.

Otro segundo cambio fue el realizado por Welch Rose donde agregar competencias en salud pública y que dan paso a las escuelas de Johns Hopkins y la de Harvard, en México la escuela de salud pública se abre en 1922, a la par de las estadounidenses y seguida por las escuelas venezolana y argentina.

El tercer cambio es para enfermería con los cambios introducidos por Golmark en 1923, teniendo como objetivo el control de la mortalidad infantil y el de la tuberculosis. Se abren las escuelas de enfermería en EUA y en México se inicia la construcción de la primera sede de los Institutos Nacionales con el hospital de neumología en Tlalpan.

El punto es que la formación de profesionales en la primera etapa era netamente instruccional e institucional; en la segunda etapa, fortalecer currículas competitivas y con un enfoque universitario; un tercer impacto en la educación fue el aprendizaje basado en

problemas con centros académicos que tuvieran mayor carga en investigación y por ende generación de conocimiento. México se encuentra en una amplia proporción en la primera etapa y en menor parte la segunda y con dificultad transita sin mucho apoyo en la tercera etapa.

Situación de la formación de recursos humanos en el INCICH

El INCICH tiene el siguiente panorama: una formación profesional instruccional centrada en el curriculum científico del médico con una liga universitaria para su certificación y con un enfoque en problemas de alta especialidad, poca transferencia tecnológica a niveles de menor complejidad y una relación potencialmente alta para la investigación.

Se forman profesionales de otras áreas disciplinarias pero no se han vinculado a modelos integrales de atención y son desaprovechadas sus capacidades y talentos, las áreas administrativas tienen un nivel más bajo de formación profesional y esto tiene como riesgo que en la operación tengan menores herramientas para el manejo de problemas más complejos como son la evaluación económica de las acciones sanitarias del INCICH.

La problemática de la enseñanza en el INCICH tiene como punto de partida el nombre de enseñanza y no de aprendizaje; no hay seguimiento del impacto educativo en los egresados; hay mucha concentración en la formación médica; existen deficiencias en competencias gerenciales y de investigación sobre todo en el área de médicos residentes; hay exceso de actividades laborales respecto a las académicas y sobre todo distracción en la atención de estudiantes de pregrado; falta formación docente.

Perspectivas de acción en la formación de profesionales

El INCICH tiene como escenario que la formación de los profesionales debe ser de todas las disciplinas técnicas y administrativas para denominarles profesionales y gerenciales; en las profesionales deben tener como foco la transdisciplinariedad (TD), que significa más allá de la reunión de profesionales la posibilidad de incluir a la ciudadanía en los procesos y acciones de salud, que tengan la capacidad de transferir el conocimiento a niveles de menor complejidad, siempre con el enfoque TD; que en su formación adquieran la habilidad de investigar y confluir fondos y recursos para la operación; que su aprendizaje con un enfoque andragógico, sea basada en problemas y confluya en centros académicos públicos o privados; una visión global y basada la formación en competencias así como en la capacidad de desarrollar sistemas educativos en salud, todas estas habilidades dentro de su formación.

Para lo anterior se hace necesario certificar competencias en ciencias y en informática, como herramientas. Financiar la formación desde la perspectiva de la institución para generar empleabilidad y sentido de pertenencia al país y a la salud. Una transformación educativa que contenga la actualización en el panorama de las necesidades de salud con enfoque al alto desempeño en alta especialidad (en el caso del INCICH), innovación tecnológica y claridad en las demandas de la población.

Mejorar los insumos para la educación sobre todo los relacionados con TIC'S y acceso a bases de datos y bibliotecas en forma universal, así como propiciar el intercambio de las redes profesionales nacionales e internacionales.

En el diseño educativo la orientación a competencias con enfoque TD y trazar el perfil de carrera y las opciones incluso de retiro mediante un sistema pertinente de bolsas de trabajo formales.

Por tanto los conceptos son claros: interdependencia en la educación y enseñanza transformativa de líderes profesionales en áreas profesionales y gerenciales.

(FUENTE: FRENK, JULIO. HEALTH PROFESSIONALS FOR A NEW CENTURY: TRANSFORMING EDUCATION TO STRENGTHEN HEALTH SYSTEMS IN AN INTERDEPENDENT WORLD)

Situación de la Tecnología de la Información y la Comunicación

Las TIC's son un elemento fundamental en el control y la efectividad de los procesos y los resultados, sobre todo en instituciones de salud. Ante el panorama de la universalización de los servicios, son apoyo de las funciones básicas de un sistema sanitario como son: el financiamiento; la provisión de recursos materiales; la prestación de servicios a los usuarios del sistema de salud.

La rectoría del sistema de salud debe agregar a su concepción la reducción de movilidad de los operarios de las acciones en las unidades de salud mediante la sistematización y automatización de los procesos de atención, investigación y enseñanza. El centro de ello es un sistema interdependiente que tenga como centro el Expediente Clínico Electrónico, donde se genera, además de un archivo con clasificación documental confidencial, una serie de procesos que internamente llevan al control del gasto y uso racional de los insumos para la atención, el ahorro de tiempos y movimientos en los apoyos al diagnóstico y tratamiento y a la toma de decisiones, basadas en estadísticas y salidas que apoyen a los gerentes y autoridades a corregir el rumbo y reducir la carga administrativa de los

procesos manuales, como son los registros enfermeros, la farmacia hospitalaria, el sistema de inventarios, entre otros; así como disponer de estadísticas de consumo de servicios y de salud.

En el INCICH se cuenta con diversos sistemas provistos por los niveles centrales que se refieren básicamente al control de los recursos en general, a su vez se ha desarrollado un expediente clínico que además cuenta con sistemas comerciales para imagen y laboratorios que están enlazados pero que requieren fortalecimiento y acceso.

Existe un sistema de internet y correo electrónico que es parcialmente útil, debido a la baja capacidad de su conectividad, sin embargo servidores y equipo tienen vanguardia en cuanto a contratación y capacidad.

Las áreas de investigación y enseñanza están poco beneficiadas con la modernidad y sobre todo, poco explotada la capacidad en telemedicina y métodos de consulta a bibliotecas y archivo clínico con fines de investigación.

Los archivos documentales están digitalizados con métodos no escalables y con baja capacidad para consulta electrónica por falta de digitalización de expedientes acumulados.

Escenario de la automatización de los procesos informáticos y de TIC

La visión de este aspecto de desarrollo institucional es que el expediente clínico electrónico sea el marcapaso de las acciones de control, resguardo y toma de decisiones para reducir tiempos, movimientos y costos excesivos por retardo en procesos como el egreso del paciente de hospital, la consulta de datos de los expedientes por parte de los investigadores, la pérdida de continuidad o diferimiento de pacientes en cirugía, la falta de control de cobros y pagos por consumo de servicios.

El ECE debe interoperar con los sistemas de apoyo al diagnóstico y tratamiento mediante contratos realizados con sistemas que tengan HL7, de tal manera que el expediente programe y envíe los resultados y las interpretaciones que permitan a la atención tener información en tiempo real, oportunas y con controles de calidad automatizados.

Además, debe interoperar con los sistemas de control de materiales, compras, almacenes e inventarios mediante la consulta en tiempo real de los insumos necesarios para la atención.

Se debe dar acceso universal a las autoridades, operarios de los sistemas, personal de atención y a los usuarios a la información necesaria para reducir el retraso que provoca la comunicación no automatizada en todos los niveles.

El sistema debe garantizar la seguridad de los datos personales y de la información interna para la toma de decisiones bajo un control de la red y de la comunicación perimetral.

Debe respaldar en forma confiable la información que se genere y la que se digitalice, todo ello para su consulta oportuna y manejo de informes de rendición de cuentas exactos y confiables.

(FUENTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH STATISTICS 2018.)

Para dar continuidad a las perspectivas y recomendaciones de la ETAPA 2, las cuales se refirieron al control de las enfermedades cardiovasculares en México, en esta etapa 3 de rendición de cuentas, las perspectivas y recomendaciones estarán dadas para la reingeniería interna de los procesos de trabajo como un todo sistémico e integrado.

Diseño organizacional

La reingeniería interna debe contar con criterios sistémicos de acción que permitan ofrecer productos finales a los usuarios en tres niveles: pacientes y familiares sujetos de atención médica programada y electiva, de urgencia y atención de choque y correctiva, desde el punto de vista de la atención otorgada.

La atención médica debe adaptar acciones eficaces que funcionen en modelos de alta especialidad y desarrollar formas de atención que funcionen en la realidad de otros servicios de menor complejidad en forma de transferencia tecnológica inmediata para prevenir y controlar riesgos a la salud integral y en particular a la cardiovascular.

Estos modelos de atención deberán ser eficaces para controlar la atención escalonada por niveles que deben estructurarse de acuerdo a la complejidad tecnológica de cada nivel de atención desde el primer contacto hasta la terapia intensiva.

Dichas propuestas deben estar enfocadas a otorgar la responsabilidad a cada sector y a cada nivel de gobierno tomando en cuenta el papel importante de regular la conducta con políticas públicas a la ciudadanía, sobre todo en torno a los determinantes sociales en salud en el control de riesgos específicos de alimentación, activación física, adicciones, obesidad, como los más relevantes contra las enfermedades cardiovasculares.

En la reorganización interna, la maraña social debe ser vista como una oportunidad de integralidad y considerar que en el modelo de atención, además del médico, la participación de trabajo social, con la integración de redes de apoyo; nutrición, con apoyo a mejor comer y desarrollo de habilidades para la regulación de la obesidad; salud mental, para el desarrollo de conductas y mejora de los estilos de vida; enfermería, con cuidados y soporte personal y familiar de la autonomía; todos ellos deben participar en el modelo en forma directa en todos los niveles horizontal y transversal.

En el interior del INCICH la capacidad de visualizar, además de las cadenas de mando, los momentos de las intervenciones, se hace relevante identificar los servicios finales, de apoyo y básicos, mediados por una red informática que facilite la comunicación entre acciones diseñados por macroprocesos continuos y que impidan la duplicidad y las omisiones así como intervenciones oportunas y confiables, sancionadas por un sistema integral de operación y mejora de la calidad.

Planear en todos los ámbitos y por todos los actores, se convierte entonces, en un elemento fundamental que diagnostique las necesidades de cambio y adaptación a los macroprocesos, así como coordinar la ejecución y la adquisición justa de los materiales necesarios, mediante el acortamiento de las cadenas de servicio y del uso de los subproductos sobre todo para investigación y enseñanza, uno provee los insumos para los modelos y calcula el futuro tecnológico y el otro verifica la reproducción de la transferencia de conocimiento, como deber ser institucionalmente.

Desarrollo organizacional

Los sistemas de motivación y estímulo al desempeño deben ser estudiados desde la perspectiva del costo utilidad y el valor de cambio que puede asumir el trabajo en el INCICH, porque se debe enfrentar la planeación con momentos críticos económicos y siempre con enfoque a la austeridad, lo anterior para lograr siempre el uso racional de recursos mediante alternativas de estímulos académicos laborales y en general pensar en que el clima organizacional es un elemento de percepción a ser cultivado por los valores y la filosofía institucional que son en sí mismas una fortaleza.

El trabajo en equipo debe ser concebido desde la perspectiva del aprendizaje y el desarrollo de capacidades de todos, este enfoque es señalado por las Naciones Unidas como un enfoque a la empleabilidad, a medida que las personas aprenden el apego a la institución es mayor, de aquí que una mayoría es resiliente a los cambios del entorno, reduce el ausentismo laboral y busca complementos económicos, así como un aprovechamiento mayor del tiempo libre. El trabajo en equipo sano deberá propiciar un ambiente de confianza y una red de apoyo adicional a cada profesional en el INCICH. Podrá mejorarse el trabajo en equipo cuando las condiciones de igualdad y equidad se integren a la escala de valores de la organización y por ende mejores oportunidades de profesionalización y actualización reduciendo la burocracia y la colaboración de todos con un enfoque muy claro de desarrollo humano.

Desempeño

El desempeño debe partir de las propuestas claras de procesos de trabajo, la definición de funciones y la obviedad de acciones administrativas y gerenciales mediante los sistemas de información.

Para evaluar el desempeño debemos tener en cuenta el cumplimiento de los procesos y los resultados mediante la claridad de un sistema de indicadores gerenciales, susceptibles de mejorar la toma de decisiones en torno a necesidades urgentes e importantes. Esta evaluación debe ser grupal e individual para reconocer a cada persona, mediante un monitoreo del trabajo, capacitación para el puesto, que fueron calificados y certificados y que se otorgaron los materiales y útiles necesarios para ello. El desempeño dependerá por sí mismo de lo que la organización hace por dejar las condiciones a punto para que el trabajador desarrolle sus mejores talentos y sea reconocido por su formación, su trabajo y la forma en que lo ha desempeñado.

Dirección

La coordinación y comunicación son elementos intangibles hasta que se requiere de ellos, por lo que deben estar escritos y tener un enfoque a la calidad, entendida como la satisfacción de las necesidades de los usuarios del conocimiento, de la educación y de los servicios de atención, además de los usuarios externos, de los modelos para generar una reproducción de la atención en las mejores condiciones posibles. Dirigir es un compromiso donde lo principal es la sesión de poder, en el entendido del mando y su ejecución, continua y democratizada.

Destrezas organizacionales

La formación del personal orientada al cumplimiento de los procesos es imprescindible porque con ello se llevará a cabo el primer paso de la ejecución que es la organización del tiempo. Posteriormente en la planeación estratégica la identificación de problemas,

soluciones y el desarrollo de los involucrados para resolverlos. El último y más importante es la toma de decisiones bajo modelos muy difundidos y estructurados para que todos lo hagan con su estilo, pero bajo los mismos principios.

En la aplicación de destrezas deben estar predichos los valores y la filosofía de cada grupo en el entorno de su disciplina, debe diferenciarse lo administrativo de lo técnico o de lo humanístico, pero finalmente utilizar las tres herramientas para mejorar el desempeño ante el tipo de servicio que otorga el INCICH.

En resumen, la perspectiva de la organización y reorganización de los servicios debe asumir enfoque clave:

1. Humanismo y alto nivel técnico.
2. Sistematización y automatización de procesos.
3. Gerencia de la relación interpersonal.
4. Definición de responsabilidades individuales y colectivas.
5. Mejora del clima organizacional.
6. Medición para estímulos del desempeño.

Estas medidas gerenciales irán destinadas a revisar los organigramas para reducir cadenas de mando en los macroprocesos, integrar actividades que tengan una secuencia lógica. Se deberán establecer con claridad las funciones de cada área y sus componentes para integrar los productos finales y mejorar el impacto.

Se insiste en la automatización integral de los procesos para reducir los tiempos y el re trabajo en los registros y las búsquedas de archivos físicos, así como la digitalización documental.

Otro aspecto que debe quedar es la liberación de espacios físicos y el desecho, consecuente de los materiales que deban conservarse en el INCICH.

Reducir y restringir el uso de los espacios mediante el control y la señalización adecuada para limitar la circulación de las personal en la planta física y prever el crecimiento hacia locales externos que deban mejorar la difusión de los servicios en los tres niveles sustantivos.

(FUENTE: Villa Barragán, Juan Pablo. Planeación y gerencia de los servicios de salud.)

VII. Los archivos

La relación de archivos que específicamente acreditan la información de los diferentes apartados del presente Informe se integran como anexo.

VIII. Los demás asuntos que se consideren pertinentes o relevantes

Gerencia de la atención a las enfermedades cardiovasculares (ECV).

Acorde a su estatuto de creación, el INCICH debe dar la pauta al Sistema Nacional de Salud en 3 aspectos esenciales: 1. Generar conocimiento sobre las causas de los padecimientos CV, sus riesgos y los componentes biológicos de su génesis y terapéutica; 2. Derivar modelos de atención que combatan a las enfermedades crónico degenerativas (ECD) y a las ECV y que tengan la capacidad de ser reproducidos en escenarios reales para facilitar la transferencia de conocimiento a otras áreas de atención y mejorar el acceso a la población en general; 3. Reproducir el conocimiento: en los profesionales que el INCICH forma; en los que rotan por sus instalaciones; y en todos aquellos que acuden a sus cursos de actualización presenciales y a distancia, garantizando la formación de redes profesionales y la vinculación en enseñanza e investigación.

Es necesario que este sistema de producción y reproducción del conocimiento derive en políticas públicas como fuente de movilización de recursos, integrados a las áreas operativas, con conocimiento de vanguardia, profesionales capacitados, intervención en los programas de pregrado y así cubrir el círculo virtuoso entre ciencia, problemas reales, sistemas de atención, de tal manera que el sistema instruccional, por un lado, cuente con un currículo científico, asentado en un aprendizaje basado en problemas y con el desarrollo de competencias para un actuar local y una competitividad global.

La Red que conforme este eje virtuoso debe estar compuesta por la vinculación de esfuerzos con el resto del Sector Salud y los Estados, los núcleos universitarios como centros académicos y los sistemas locales de salud.

Así la coherencia con la formación de recursos humanos tendrá que ser con el axioma: necesidades, formación, acción.

El INCICH debe fomentar los núcleos de discusión en los Consejos Nacionales de Salud, Educación en ámbitos nacionales e internacionales. Siempre con la intención de poner a disposición asesoría técnica y gerencial así como dispuesto a recibirla. Estos

núcleos democratizadores y técnicos son resorte de políticas públicas y elementos técnicos que guíen en forma organizada al Sistema Nacional de Salud.

Investigación y enseñanza.

La investigación del INCICH debe dar acceso al conocimiento, reducir el tiempo desde la concepción de la idea hasta la publicación final, privilegiar la difusión nacional y sobre todo financiar con recursos públicos y privados la generación de conocimiento, así como someter a concurso las ideas, en los ámbitos nacional e internacional.

Debe organizarse una línea amplia de trabajo desde la generación de la idea hasta la publicación, cuidando de la calidad del conocimiento, la recuperación de la información y la replicabilidad del conocimiento. Por ello es necesario pensar en consorcios científicos que garanticen equipamiento y apoyo en la gestión de métodos y del financiamiento de los insumos y las publicaciones científicas.

El conocimiento en el INCICH tiene una gama que va desde los niveles moleculares hasta los poblacionales y sociales en donde se determinan en forma concatenada los elementos causales que tienen utilidad en la realidad y preparan a la sociedad para el uso del conocimiento en otro tiempo. La investigación toma su carácter traslacional y eso es una política institucional.

El INCICH tiene vanguardia en genómica y proteómica, a su vez se combina con investigación clínica que define principios de diagnóstico y tratamiento que contribuyen a mejorar la sobrevivencia en la isquemia cardiaca, la hipertensión y otros padecimientos CV. Por otro lado la investigación tiene que ver con el desarrollo de nueva tecnología que es sensible de patentes. La demostración de la alta tecnología se encuentra en el fortalecimiento de las patentes de alta tecnología en salud y es el camino por recorrer.

Enseñanza versus aprendizaje.

Todos los profesionales que se forman en el INCICH cuentan con un componente científico para la generación y la reproducción de la ciencia en esta materia.

El Sistema Nacional de Salud requiere que el aprendizaje en alta especialidad tenga como centro los padecimientos de mayor demanda en el INCICH, los de mayor necesidad y los de mayor interés, simultáneamente hacer rotaciones por unidades de menor complejidad para compartir aprendizajes con otros profesionales e innovar la tecnología (siempre del más alto nivel) y generar una diferenciación profesional para el desempeño coherente de las subespecialidades.

El sistema educativo en el INCICH se apoya con una responsabilidad de gobierno ya que financia la educación de médicos y enfermeras de alta especialidad en cardiología, cuenta con los servicios para poner en práctica orientada los conocimientos que se producen en la misma institución; cuenta con una escuela de enfermería con todos los grados académicos y cuyos principales fuentes de trabajo las constituyen hospitales generales y especializados de todo el país. Cuenta con un programa extenso de educación continua en temas selectos de la materia y con cursos de adiestramiento técnico único en el país, en el uso de equipo especializado. Mas la importancia estriba en la filosofía particular del INCICH, un amor a la vocación y un humanismo al paciente; los profesionales en un concepto andragógico gozan de privilegios propios de quienes darán ejemplo de humanismo y alta eficiencia técnica y científica; tienen como escuela no al maestro, sino la interdependencia educativa con redes de profesionales y un aprendizaje transformador, el seguimiento de los profesionales y su confluencia en las sociedades médicas les permite interactuar local y globalmente para compartir experiencias.

Los programas educativos por tanto se modulan continuamente en este marco conceptual y humanizante que es muy apremiante compartir con el Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de las realidades.

Los problemas están relacionados con la planeación educativa por una falta de actualización de la regulación y control de procesos educativos y equipamiento, un proyecto ad hoc permitirá mejorar el impacto en la calidad del desempeño profesional de los egresados de las aulas del INCICH.

Otro problema es la necesidad de mejorar la formación docente vinculándolos a la planeación institucional y universitaria de los programas de posgrado a los que deberán acceder por oposición académica.

Finalmente el seguimiento de egresados permitirá prever un centro de trabajo con opciones para su empleabilidad en el corto plazo así como un acceso integral a la actualización y oportunidades académicas.

Las competencias gerenciales serán, unificar el currículo de subespecialidades; coordinar las competencias con las necesidades de la población; fomentar el trabajo en equipo y liderazgo; tendencia al cuidado continuo en los diferentes niveles públicos o privados;

entendimiento sistémico de los modelos de atención y preparados para la dirección de unidades de salud; tendencia a la formación de redes profesionales.

Atención médica y de enfermería

En atención médica la pauta es alta especialidad, esta razón es porque el INCICH cuenta con equipo de diagnóstico y tratamiento de vanguardia en América Latina y es precursor de los tratamientos de vanguardia para la cardiología. La atención médica requiere una reorganización bajo modelos integrales que vigilen la actuación externa e interna a la institución.

En la parte externa el INCICH contribuye asistiendo a los Estados de mayor demanda de atención para formar a sus médicos y enfermeras, de manera presencial y mediante la telemedicina; el nuevo reto es la capacitación continua de personal y su tutoría, con ello se reducirá la presión de atención en el INCICH y la facturación cruzada puede ser una fuente de recursos y estímulo al desempeño mediante adecuaciones regulatorias a los terceros pagadores como es el Seguro Popular.

Así mismo, los niveles de menor complejidad en hospitales de 2º nivel deben fortalecer su estructura de atención con modelos definidos que hayan afectado a las NOM y a las Guías de Práctica Clínica, evaluando su pertinencia y capacidad de implementación en el campo de la realidad de los servicios de salud a la luz de los problemas sociales y económicos. Esta acción de adecuación impactará necesariamente en la disminución de la presión en la demanda de urgencias y la reducción de la atención a enfermos graves y complicados, así mismo en la mejor capacidad de los servicios de reintegrar a los individuos a la productividad y eficiencia.

Retomar el programa de referencia y contrarreferencia como un mecanismo de arranque a la tan prometida universalización de los servicios de salud, lo anterior mediante el uso de un expediente clínico electrónico, que permita la consulta en cualquier lugar con un concepto de portabilidad y utilizando las herramientas informáticas que tiene ya el Gobierno Federal.

Al interior del INCICH es muy importante fortalecer la organización y regulación de la atención ambulatoria para ampliar los tiempos de consulta externa y aprovechar mejor los espacios; mejorar la consulta de urgencias, aumentando la proporción de urgencias calificadas y reduciendo los ingresos a hospital por esta vía. De tal manera que se privilegie la atención programada y la cirugía electiva; incrementar la atención de primera vez e incrementar las horas efectivas de consulta por médico; reducir el número de subsecuencias y el tiempo de evolución dando de alta a pacientes que requieran servicios médicos de menor complejidad, hacia sus unidades de referencia; fortalecer la telemedicina y atender a pacientes remotos directo en sus unidades médicas.

En hospitalización es necesario reevaluar el concepto de cama censable, debido a que muchos egresos hospitalarios tienden a realizarse en las camas no censables; redistribuir las camas de hospital de acuerdo a nuevos procedimientos como la hemodinamia que tiene baja estancia hospitalaria; utilizar al máximo la capacidad informática instalada para reducir tiempos de atención, espera, egreso hospitalario e impactar en los días de estancia hospitalaria y el costo de la atención. Centrar la información del paciente en el ECE y hacer dos ramales interoperables: los elementos administrativos financieros y adquisiciones; y el otro, los técnicos y de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Este sistema de información institucional relacionado a una estrategia de hospital verde, donde se imprima poco y se archive con todos los privilegios de acceso para la reducción de papel y su almacenamiento que en la actualidad constituye un área de más de 600 m2.

Así mismo el área médica requiere un uso racional de medicamentos y de estudios de laboratorio y gabinete. El uso racional de medicamentos se realizará con una selección y adquisición acorde a necesidades, fórmulas adecuadas de licitación y consignación de productos; el almacenamiento automatizado y la dispensación unitaria al paciente, donde la dosificación en piso pueda ser automatizada igualmente y los inventarios se carguen y descarguen a la cuenta paciente en quienes se aplica el nivel socioeconómico correspondiente. En lo posible y con los medicamentos de alta especialidad procurar el balance genéricos y de patente mediante el análisis automatizado de los consumos. Vigilancia de las claves que signifiquen más del 80% del gasto anual, reducción de medicamentos de bajo y nulo consumo y consignación de las claves de mayor movimiento.

En este sentido el INCICH ha buscado siempre el acceso universal a insumos de alto costo, inicialmente evaluar el costo utilidad de las subrogaciones de servicios finales como anestesia, hemodinamia, hemodiálisis, entre otros, así como la de servicios generales de mantenimiento y lavandería, entre otros. Ello evitará el gasto innecesario en inversión de equipo electromédico e industrial para cubrir las necesidades institucionales y puede constituir una fuente de ahorro. Los insumos de alto costo deben entrar en un protocolo de investigación para su producción en el INCICH y en asociación con empresas públicas o privadas según el momento, atendiendo a la Ley de Inversión Pública y Privada publicada en 2012.

Gerencia y administración general

La organización de la estructura institucional debe mejorar en cuanto a la armonización de las funciones entre las direcciones de área, de tal forma que tengan elementos normativos y rectores comunes, financiamiento por centros de costo reales, recursos materiales y humanos programados y una provisión de servicios con presupuestos compuestos por indicadores de resultados en salud para la población.

El INCICH debe por tanto orientar sus evaluaciones a elementos de eficiencia en recursos materiales, eficacia en acciones médicas, de enseñanza e investigación y efectividad en el impacto en los riesgos y daños a la salud de sus pacientes, en el ámbito hospitalario y en el perihospitalario (30 días posteriores al egreso); las redes institucionales deben estar suficientemente identificadas para endosar el alta a los niveles que le correspondan de acuerdo al modelo de atención de su Estado y con las redes de apoyo identificadas como producto del trabajo social que permita la sustentabilidad de los tratamientos y reduzca los reintegros a la unidad.

De manera transversal el estudio de costos debe implicar el costo en la reducción de determinados estados de salud por los siguientes motivos, hacer más sensible y específica la clasificación socio económica, reducir el pago de bolsillo, cálculo de costos reales y subsidiados para aseguradoras públicas y privadas, reducción de cuentas incobrables y sobre todo de pacientes con capacidad económica y solvencia.

Los estudios económicos permiten considerar el uso de tecnologías de menor costo con la misma efectividad, es decir la decisión de terapéuticas, auxiliares de diagnóstico, medicamentos entre otros rubros de alto gasto, así como puntualización de la capacitación del personal pueden estabilizar el gasto en programas de atención y en control de pérdidas.

Recursos financieros.

Los recursos financieros deben incrementarse mediante el cobro de servicios, la renta de espacios onerosos, el control de cobros en cajas y el consumo de servicios durante la atención. Así mismo, en las áreas de enseñanza el ajuste de cuotas de recuperación, sobre todo como educación continua, a instituciones y profesionales; el incremento de financiamiento de \$900,000 a \$2 millones en promedio por investigación; incrementar la meta de proyectos con financiamiento al 60% (de un total de 140 proyectos en marcha), más el incremento derivado del fondo federal y como estímulo al ahorro en el área médica.

Incrementos tácticos son en la renta de espacios; la subrogación de la cafetería; como estímulo a pensionados y jubilados, de los estacionamientos, de puntos de venta, así como gestionar para la acción voluntaria en la unidad y encontrar estímulos en la contratación de servicios generales y compra de productos de utilización que compitan con otros proveedores de acuerdo a la ley. Analizar el cobro de servicios al Seguro Popular con un proyecto donde se proponga la ampliación de las causas más importantes de atención con estudios dirigidos por el área de investigación y financiados por el INCICH.

Control del gasto con estudios de medio ambiente y campañas de control de energéticos y agua potable, concebir al INCICH como un hospital verde, así mismo para que los concursos de licitación tengan la capacidad de realizarse con el servicio de recolección de residuos incluido. La reducción en el consumo de papel es urgente, el camino es franco con el uso del ECE y la firma electrónica, así como con el sistema de control documental en el SAC y la reducción de copias.

El uso racional de medicamentos e insumos de alto costo, regulable a mediano plazo.

Recursos humanos

En este terreno es necesario fortalecer con el OIC el programa integral que se manejó en este sexenio, muestra bondades en el control, principalmente del ausentismo y de la puntualidad. Se requiere de ello para que el clima organizacional cuente con el incentivo del disfrute de las prestaciones y el respeto de la unidad sindical.

La capacitación de áreas críticas en enfermería, gerencia de servicios y otras áreas técnicas como terapia intermedia son ejemplos de un impacto inmediato en la redistribución de las áreas de hospital y de un mejor clima de trabajo en este gremio que implica más del 30% del total de la plantilla.

Los asuntos laborales deben reorganizarse en torno a un departamento legal en la propia Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, para transparentar los asuntos legales que se derivan de los problemas laborales.

Algunos cambios en la infraestructura se han propuesto, acercar los biométricos a las áreas operativas, automatizar la consulta para el disfrute de prestaciones como vacaciones y permisos en donde se organice electrónicamente la distribución del personal.

Profesionalizar al personal administrativo es una misión importante para estar en posición y control de apoyo a las áreas técnicas.

Recursos materiales

Automatizar los procesos de selección de insumos, proveedores, licitaciones; además de automatizar los almacenes generales y reducir su volumen; control automatizado del activo fijo para evitar pérdidas, mejorar la reparación de mobiliario y equipo, evitar urgencias sobre todo en la compra de medicamentos y de otros insumos para la atención.

Mejorar el acceso a proveedores precalificando electrónicamente su viabilidad para reducir las inconformidades una vez licitados los productos, para ello deberán revisar los manuales de procedimientos y actualizar su automatización y el acceso a COMPRANET.

Servicios generales

Realizar un diagnóstico situacional por áreas y posteriormente de equipos; preparar un presupuesto para proyectos integrales y otro para reposición y reparación de equipamiento básico. Calcular el alcance del personal y en ese entorno contratar externos de manera moderada incrementando la eficiencia de la capacidad instalada.

Reducir el consumo de agua, vigilar el uso y abuso; controlar el consumo de gasolina y la impresión de papel con un proyecto de mejora.

Realizar proyectos de inversión como el de lavandería y registrarlos en la cartera de inversión.

Vigilar a los servicios subrogados en general de servicios de apoyo.

Informática y TIC

El ECE debe ser el centro neural de la informática en salud en el INCICH, por ende debe estar ligado a los informes epidemiológicos, el consumo de servicios y coordinado normativamente por el área Médica con el apoyo del Subcomité del Expediente Clínico.

Su estructura debe estar integrada por los paquetes informáticos médicos (imagen, laboratorio, servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento), más el conjunto de los paquetes de control financiero y administrativo. Lo anterior debe confluir en un sistema integral e interdependiente con los beneficios de la reducción en el uso de recursos adicionales, la reducción de la duplicidad y las omisiones.

Las consultas deben ser controladas bajo la LEY General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la LEY General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, en ese sentido otorgar privilegios a los usuarios respecto a la confidencialidad de bases de datos, informes definidos y metadatos de consulta para la investigación.

(FUENTE: Carpetas de la Junta de Gobierno. Informe de seguimiento de acuerdos de sesiones anteriores)

(FUENTE: <http://www.healthdata.org/>)

En este capítulo se relacionan asuntos relevantes que se encuentran en evolución, más a diferencia del informe de la primera etapa se integran sistemas de control de alta importancia y relativa urgencia, su cumplimiento permitirá racionalizar el uso de los recursos y controlar pérdidas.

Control del gasto con procesos administrativos mejorados

El control financiero del INCICH deberá tener como base el paradigma de mayores ingresos y el mejor control de pérdidas.

En la primera expresión se hace relevante encontrar nuevas fuentes de financiamiento y administrar los recursos con los diversos modelos de control: ser estrictos en el manejo del presupuesto por centro de costo y que este nivel corresponda al de las subdirecciones y las jefaturas de departamento, para lo cual los coordinadores de finanzas deberán verificar que el organigrama corresponda en sus elementos de coordinación con los centros de costo (CC). Esta asignación presupuestal deberá presuponer el paradigma de cargos y abonos así como de la responsabilidad del gasto por parte de los mandos correspondientes.

Es probable que no se requiera mayor presupuesto si los responsables de los CC controlan las claves de mayor consumo y solicitan por partida presupuestal acorde a sus necesidades de servicio, ello se logra utilizando los controles informáticos para cargos y abonos. De la misma manera la automatización de las cuentas de pacientes por intermediación de los consumos de los pacientes en las diversas actividades de atención y con la adecuada clasificación socioeconómica de los pacientes, así como en la revisión de las cuotas de recuperación.

La cuenta paciente rezagada genera dispendio de días cama, ya que la falta de oportunidad y la cobranza generan retraso en el alta de los pacientes y en el pago; la falta de previsión y aviso oportuno de los adeudos generan una problemática de cuentas incobrables y de lo anterior se tienen cálculos de montos muy importantes que se requieren en la operación.

Otra fuente de control del presupuesto son la coordinación entre las adquisiciones y los pagos a proveedores, en primer lugar para fijar

el precio de compra y los anexos que deben contemplarse como estrategias de ahorro, por ejemplo si los equipos de cómputo son alquilados deben, desde el contrato, solicitarse con el soporte técnico incluido, los componentes de telecomunicación, software con licenciamiento y garantías necesarias en caso de descompostura y deterioro. De esta manera contratos integrales ante necesidades satisfechas deben realizarse a tiempo y con la mayor transparencia necesaria. El costo utilidad debe calcularse y ser coordinado con los operarios para su conocimiento y actuación en consecuencia.

Es necesario complementar los ingresos con proyectos de inversión, ampliar su alcance y fuente de financiamiento y recortar el tiempo de financiamiento con seguimiento puntual asertividad en su gestión, a este respecto debe involucrarse a los mandos medios y superiores en estas negociaciones. Estos proyectos de inversión deben realizarse tomando en cuenta diseños específicos en áreas como la farmacia donde una inversión en su automatización puede reducir paulatinamente el gasto en medicamentos y por ende el de retorno; una inversión en sistemas informáticos se puede recuperar en meses aplicando medidas de control.

Las áreas sustantivas y administrativas deben estar pendientes de que el equipamiento se utilice en razón de su productividad media y su vida útil, de tal manera que se aproveche en más del 60% la tecnología adquirida.

Deben evaluarse los servicios generales subrogados, en cuanto a criterios de calidad y expectativas de servicio. Otros rubros podrían ser considerados en la subrogación de servicios para optimizar recursos.

Los ingresos por parte del Seguro Popular deben mejorarse mediante un plan de adecuación de la metodología de cobro con gestiones más rápidas y proponiendo a los expertos de la institución como calificadores del monto de asignación, así como del alcance explícito de la prestación, por ejemplo la atención del infarto tiene como condición explícita el pago a menores de 60 años de edad, cuando en la realidad más del 40% de los infartos que se atienden son mayores de 60 años.

En cuanto al control de pérdidas, esta actividad solo puede realizarse mediante el análisis de los rendimientos y productividad de los recursos invertidos en la operación, los pasos que el INCICH sugiere son: 1. Revisión y adelgazamiento de los procesos de trabajo; 2. Sistematización de la información mediante uso de medios electrónicos; 3. Reacomodo físico de las operaciones tendiente a la reducción de espacios y expurgo de materiales innecesarios; 4. Reasignación y capacitación del personal en áreas donde la reingeniería se realiza.

Este primer paso de reordenamiento requiere ser priorizado sobre todo en áreas de gran volumen de atención y donde se cometen más errores de operación. En segundo lugar las áreas de menor productividad o que han caído en obsolescencia, retirar y reacomodar; en tercer lugar la reingeniería debe ser sobre las áreas de beneficio pero de alto costo como son los comedores, la biblioteca, entre otros que debe valorarse su renta como espacio oneroso.

Los archivos que ocupan grandes espacios deben ser valorados para su confinación, digitalización y almacenamiento electrónico así como su conservación en espacios reducidos y con equipamiento adecuado para el ahorro de espacio físico.

Otra fuente de ahorro deben ser los inventarios y el almacenamiento de mercancías, tender a almacén cero, este esfuerzo inicia con la planeación de necesidades de insumos y compras a proveedores; significará un reto comprar y ser surtido paulatinamente alrededor del periodo fiscal y reducir el almacén a un área de tránsito menor a 2 semanas para todos los insumos, incluidos los medicamentos. Estas acciones requieren de equipamiento y de mejor control del uso racional de los insumos y los materiales en el punto de operación como son los subalmacenes de enfermería, en las áreas quirúrgicas y de materiales de investigación.

A estas iniciativas se debe sumar el control de insumos en laboratorio con varias acciones tácticas de manejo, una de ellas es la reducción de exámenes mediante el control de las tomas innecesarias y las que no se usan para el diagnóstico del paciente mediante la prescripción adecuada; otra fuente de recursos es la maquila de exámenes de laboratorio con los que el INCICH es el único que los realiza; otra es el uso racional de los reactivos mediante una mecanización creciente de los procesos de análisis clínicos.

Automatización de la farmacia hospitalaria para reducir el costo de operación hospitalaria

En el INCICH existe un sistema de dispensación unitaria y hay un concepto de farmacia hospitalaria que requiere ser consolidado, la farmacia hospitalaria se rige por el ciclo de gestión de medicamentos que inicia con la información de las causas de demanda de atención, la conformación del catálogo de medicamentos a partir del cuadro básico autorizado por el Consejo de Salubridad General y las fichas técnicas de los medicamentos asociados a las Guías de Práctica Clínica.

Ante este catálogo documental el ciclo de gestión inicia por la consulta de la selección de medicamentos a las áreas técnicas del INCICH, esta consulta debe realizarse a tiempo para poder generar el catálogo de proveedores y las ventajas comerciales de las

compras en el caso del INCICH las compras se han consolidado con el IMSS para tener ventajas financieras pero es momento de evaluar su costo efectividad. Posterior al proceso de compra, la recepción en almacén debe mejorar en cuanto a las vías de acceso y la automatización en el registro y el almacenamiento; el siguiente paso en el proceso es la prescripción en sala de hospital y la solicitud automatizada por parte de enfermería, cargo y descargo en cuenta paciente e inventario respectivamente; el surtimiento debe realizarse de manera automatizada y descargadas las dosis unitarias en equipo móvil que se lleva directamente a la sala de atención; la aplicación del medicamento y la farmacovigilancia son procedimientos del farmacéutico quien de acuerdo a la normatividad, tiene la facultad de realizar recomendaciones a los médicos y enfermeras.

En este ciclo se requiere fortalecer el sistema informático y alinearlo al sistema de gestión de medicamentos; equipar al almacén y capacitar al personal; modificar el reglamento de prescripción; evaluar la eficiencia del ciclo de gestión y el uso de medicamentos hasta el punto de consumo del paciente; alinear a compras y finanzas para dar oportunidad y confiabilidad al proceso de adquisición; dar seguimiento a los convenios de compra y garantizar insumos para la atención y medicamentos adecuados, así como conductas ecológicas en la recolección de residuos en general y contactos comerciales con el área de investigación. Este es el señalamiento como proyecto de acción pendiente, esta actividad puede reducir el consumo de productos en alrededor de 15% al año. Por lo que el retorno de inversión puede ser en menos de 2 años.

Sistema de control del ingreso y egreso de pacientes para reducir el costo del día cama y día paciente.

Este asunto relevante tiene relación con el egreso tardío de pacientes que puede ser corregido generando un sistema automatizado de cargo y abono centrado en la cuenta paciente. Aunado a lo anterior, se hace muy importante la programación, mediante el ECE a fin de dar paulatinamente preferencia a la atención electiva tanto en áreas médicas como quirúrgicas, dar acceso universal a todos los insumos necesarios para la atención, preferentemente referida de unidades de menor complejidad, públicas y privadas, que el área de finanzas se encargue de coordinar la cuenta paciente en todo el proceso y las áreas técnicas y profesionales de proveer de la atención necesaria.

Para que lo anterior ocurra deberán revisarse puntualmente los procesos mediante la intervención del área de calidad como un organismo interno que regule y proponga, más que auditar, dejar la auditoría a las instancias de supervisión y autoridades de cada área así como al OIC bajo un programa acordado por la Junta de Gobierno.

La revisión de procesos debe contener pocos tramos de control pero efectivos y procesos electrónicos bien definidos para reducir la carga de los registros manuales.

Esta revisión de procesos implica que al interior de la unidad ocurran los siguientes eventos: mejora de la distribución de las camas de hospital, sobre todo en pisos 7 y 9; inclusión de un área de terapia intermedia en apoyo a la terapia intensiva para una mejor utilización de las salas de cirugía; reducción de la carga de trabajo administrativa al personal técnico y de enfermería en torno a la preparación del egreso desde el inicio; automatización de los resultados de laboratorio e imagenología; participación activa de la familia de los pacientes en el alta enfermera como un concepto del modelo de cuidados hospitalarios; capacitación en servicio del personal de enfermería con énfasis en los turnos vespertino, nocturno y jornada acumulada; entrega de guardia en enfermería y médicos en forma conjunta y con grupos reducidos, reglamentada; entrega automatizada de materiales por turno; manejo automatizado de registros enfermeros de cada paciente; mejoría continua de la calidad de los procesos y estímulos al desempeño.

Unidad de información en salud para mejorar la toma de decisiones.

Está pendiente garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, esta información debe consultarse en tiempo real.

Actualmente a pesar de los esfuerzos de automatización, equipamiento y consolidación de la red informática, no se ha logrado enlazar la información con su utilización, asumiendo la revisión de la normatividad, la información del censo hospitalario, las estadísticas de servicios otorgados y la información epidemiológica debe ser continuo para la toma de decisiones en el INCICH. Este reto a vencer implica un esfuerzo de organización más que de inversión y requiere que las áreas de epidemiología, calidad e informática tengan confluencia en su acción, a efecto de que se cuente con un sistema de información en salud integrado que, además responda con una sola voz a las instancias de la autoridad y a las globalizadoras, incluido el tema de transparencia focalizada, de tal manera que pueda coordinarse la información con la planeación y el seguimiento de los procesos y los resultados del sistema de atención.

El sistema de información debe contener espacios definidos para registros primarios, conformación de bases de datos relacionables, información sobre pacientes consumo de servicios y motivos de atención así como de eventos adversos y cuenta paciente.

El segundo nivel es la posibilidad de consulta de los datos que puedan obtenerse directamente de las bases de datos y dar servicio a las áreas de epidemiología, estadística y calidad si es posible directamente en una sala de análisis situacional en tiempo real.

Este segundo nivel debe estar disponible para investigadores, en cualquiera de sus modalidades para la generación de conocimientos por lo que un sistema de graficadores y cubos dinámicos así como manejadores de megadatos e información digitalizada debe ser accesible, así como acceso a fuentes bibliográficas ligadas a universidades o centros de información.

El tercer nivel de consulta es la automatización de los informes requeridos por las autoridades y la rendición de cuentas que debe ser cotidiana en la resolución de problemas, mensual en el cumplimiento de los procesos y semestral en el logro de resultados. Para ello el sistema de indicadores debe conformar una información fija, repetible y que refleje el uso de los servicios, la productividad y la calidad, debe ser un listado lógico en dos vertientes, la técnica y la administrativa o gerencial, reflejar la coherencia entre la utilización de servicios finales, de apoyo y básicos, costos y la monitoría del presupuesto ejercido. Este sistema de indicadores debe dar paso a la toma de decisiones y anticipar las amenazas de desabasto y cambio de tecnologías.

La rendición de cuentas es otra función del sistema de información, la cual debe ser coherente con los planes de trabajo y metas de resultados, la matriz de indicadores de resultados es producto de elementos críticos de los procesos finales de la atención respecto al gasto (eficiencia), el incremento continuo del éxito en los tratamientos, investigaciones y formación de profesionales (eficacia), y el impacto en indicadores de salud de la población a la que se atiende o a la población general como efecto del conocimiento generado por la institución (efectividad); en la actualidad el sistema de indicadores tiene fuentes diversas y es producto de sistemas de fiscalización y de control, que no siempre reflejan el éxito de la operación frente a la misión y los objetivos.

Mejora del clima organizacional en general para reducción del ausentismo.

Ante el paradigma de la secuencia causal que va desde la calidad del trabajo, la motivación, el clima organizacional, las pérdidas y el ausentismo, se aclara que el INCICH es una de las instituciones de la Administración Pública Federal que goza de un prestigio a nivel nacional e internacional, que es tradición por el orden en sus procesos y la calidad de los resultados de la atención a los pacientes reflejado en el trato digno y la atención efectiva.

El ausentismo no programado entre el personal institucional no rebasa el 12% anual, para reducir aún más esta cifra y es necesario el estudio del clima organizacional y hacer objetivas las necesidades del personal que en general está compuesto por una proporción creciente de mujeres y más aún como jefas de familia. Esta definición de los perfiles personales se encuentra en estudio, los cuales han cambiado con el tiempo y existen fenómenos como el doble trabajo, el trabajo doméstico entre otros problemas a los que el personal no está exento de compartir con el resto de la población del contexto.

Otra problemática se encuentra en torno al objeto propio de labor, donde el síndrome de burnout es una constante en el personal que se encuentra en contacto directo con el paciente; el cansancio en jornadas nocturna y acumulada así como los riesgos en el manejo de ambientes potencialmente infecto contagiosos y exposición a sustancias o radiaciones, parte de los procesos de atención.

Es importante analizar así mismo el modelo de liderazgo de las diferentes jefaturas el cual se mueve en torno a una autocracia institucional propia de mediados del siglo pasado, la cual tuvo éxito en ese tiempo pero en la actualidad debe valorarse, es necesario que se definan líneas de mando y se de espacio a las ideas de los jóvenes sobre el manejo de los procesos de trabajo en forma institucionalizada, el modelo educativo debe ser transformador hacia la interacción de las diferentes disciplinas técnicas y administrativas, este es probablemente el proceso que requerirá mayor atención en los tiempos venideros.

(FUENTES: Castiglione, Susana. Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud, 2010.

Dean T Jamison. Global health 2035: a world converging within a generation. En: Lancet 2013; 382: 1898-955.

Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, 2010.)

En este capítulo se relacionan asuntos relevantes que se encuentran en evolución, en la ETAPA 1 se refirió la importancia de la integración de los sistemas de control; en la ETAPA 2 se da continuidad a los asuntos relevantes sobre el control de gasto en los procesos de adquisición y uso racional de materiales, así como la automatización de la farmacia y el mejoramiento del clima organizacional. En esta ETAPA 3, como asunto relevante se abordan las necesidades que tiene el INCICH de que el entorno de la Secretaría de Salud (SS) esté mejor organizado para mejorar la calidad de la atención.

¿Qué necesidades tienen los pacientes y sus familiares?

Un poco de teoría es lo más práctico, Porter y Cols., señalaron en 2011 que los pacientes y su familia esperan de los servicios médicos 5 resultados: 1. Sobrevivir al evento hospitalario; 2. Hacerlo en el menor tiempo posible; 3. Recuperarse en el mayor grado posible; 4. Con el menor riesgo de eventos adversos; 5. Que el tratamiento provisto sea sustentable; 6. Que el tratamiento a mediano y largo plazo no tenga consecuencias negativas.

De la urgencia a la electividad

Esta es una cadena de necesidades con un enfoque muy racional desde la perspectiva de los pacientes, para que esto ocurra el paciente programado es un paciente menos grave y por ende, con mejores probabilidades de éxito. Cuando los pacientes piensan en acudir al INCICH, 40% lo hacen sin una referencia de sistemas de menor complejidad, por lo que condicionar el ingreso a una hoja de referencia es retrasar el diagnóstico, tratamiento y encarecer la solución para todos; la SS debe organizar la cadena de atención desde lo más cercano a su domicilio, hasta lo más distante y especializado, y desde los estilos de vida hasta la necesidad de terapias complejas de alta especialidad.

El siguiente punto es que una parte importante de las urgencias (37%) son sentidas y esto hace que el costo de la atención tenga que disponer de insumos de mayor costo para la urgencia calificada donde la disponibilidad se ve reducida. Un 27% de las cirugías entran por urgencias, lo cual tiene como causa, pacientes que fueron diferidos por este círculo vicioso de listas de espera y que se presentan agravados y con mayor consumo de recursos por su potencial gravedad. El INCICH debe generar mayor productividad y la SS debe capacitar y equipar a unidades de menor complejidad a resolver problemas cardiovasculares clasificados.

Alta tecnología para la acción: lo mejor siempre

La reducción del tiempo de recuperación tiene varios componentes, la tardanza en el diagnóstico, el tratamiento en sí mismo y el cobro de los servicios. La SS de salud debe fortalecer la gratuidad de los servicios sobre todo los de menor complejidad, equipar y mejorar los sueldos de los profesionales para que radiquen en los lugares de origen; que los pacientes sean atendidos en el lugar más cercano a sus domicilios; con ello se reducirá el tiempo de recuperación porque se limita la gravedad de los padecimientos y se reduce el costo de la atención por los intangibles para la familia.

Los eventos adversos y el grado de recuperación son directamente proporcionales a la oportunidad y confiabilidad de los servicios, el tema de la calidad adquiere visibilidad cuando se aplica a toda la cadena de servicios, es más importante certificar la calidad bajo un solo sistema en los niveles de primero y segundo contacto, que en el tercero. Por lo cual la SS debe reestructurar sus sistemas de certificación, más con un enfoque de servicio, que con un enfoque de aseguramiento social, hacer énfasis en los sistemas públicos más que en los privados para que la calidad se palpe desde la estructura y el proceso.

Para mejorar la calidad de la recuperación en tiempo y grado, el desarrollo de capacidades y su certificación son imprescindibles, capacitar al personal técnico y administrativo en un concepto de actualización continua tiene como punto crucial, mejorar los métodos de capacitación y la inversión inicial en plataformas educativas centrales y en la base técnica, así como pensar que es tan importante la profesionalización de los administrativos como del resto del personal técnico y su certificación. La SS debe reforzar los sistemas de telemedicina, con la finalidad de fortalecer las competencias. Hay mucha teoría en la práctica que no se ha documentado, de esta forma las políticas públicas son eventos lógicos, emanados del ejercicio empírico de la gerencia en salud.

Para garantizar la sustentabilidad de los tratamientos y evitar las consecuencias iatrogénicas del manejo, es necesario contar con la tecnología más avanzada posible para todos los niveles de atención, así como mejorar la calidad del ciclo de gestión de los insumos para la atención, en particular de los medicamentos y de los insumos de alto costo, así como de su control. El papel de la SS es disponer de los mecanismos que garanticen la transparencia de la gestión de los recursos y de su calidad tecnológica, ello permitirá tener mayor precisión e impacto en el diagnóstico y tratamiento.

Producción y reproducción: liderazgo en salud

Para lo anterior, garantizar la generación de conocimiento en investigación en salud, es urgente mejorar la formación de capital humano con mejor presupuesto. CONACYT debe ser descentralizado para que el recurso llegue con la menor burocracia a los centros de trabajo, para ello es importante que cada subsector de la SS maneje en forma transparente los 6 mil Mdp del sector salud, de los cuales el INCICH solo tiene acceso a 30.3 Mdp actualmente.

La SS de salud debe gestionar mejores becas para los residentes y estudiantes en servicio social que devenguen empleos formales con seguridad social, de tal manera que aprendan con un concepto andragógico y se intercambie la tutela por la creatividad, a su vez



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE CONCLUSIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN 2012-2018



tengan mayores posibilidades de ser investigadores de carrera e incorporar eficientemente a más de 30,000 profesionales al año al campo de la investigación, más la docencia y mejorar las redes de liderazgo del conocimiento en salud, esto solo es posible con el concurso de mejores políticas públicas en el campo académico de la salud, así como la incorporación obligatoria a la relación indudable de las universidades formadoras de recursos para actualizar los obsoletos programas educativos.

En resumen estas propuestas de continuidad son material de trabajo para las unidades de salud pero también para la propia estructura de la SS en la toma de decisiones, el planteamiento de esta política de control de los resultados es urgente y es muy importante para mejorar la calidad de la atención la cual debe transitar hacia sistemas complejos e integrativos de todo el sector como un sistema y así mismo trasladar las acciones a una pinza estratégica más que reactiva.

(FUENTE: Villa Barragán, Juan Pablo. Planeación y gerencia de los servicios de salud.)

A T E N T A M E N T E

31 88 21 2d 33 d4 8e a9 21 74 3f 4c 6f 38 49 af

MARCO ANTONIO MARTINEZ RIOS

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

FOLIO 13941

FECHA DE LA FIRMA 31/10/2018

CADENA ORIGINAL fe 9c 86 f2 4d 4f 09 b4 02 df 5a 8a e2 17 17 d7