

Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Resumen ejecutivo de resultados por proceso enero-diciembre 2004

1	Proceso crítico	Atención Médica
2	Posibles conductas irregulares	<p>Manejo arbitrario y burocrático en el acceso del usuario</p> <p>Atención privilegiada a pacientes con mejores recursos económicos o posición social</p> <p>Clasificación inadecuada de pacientes</p> <p>Posible alteración de recibos por cobro de cuotas de recuperación o mala aplicación del tabulador</p> <p>Uso inadecuado de los equipos de alta tecnología en beneficio del servidor público</p>
3	Objetivo estratégico del proceso	Proporcionar atención a los usuarios en un marco de calidad y respeto, evitando preferencias y tratos no adecuados. Propiciar que los usuarios identifiquen los servicios que se otorgan en las unidades de atención médica y administrativas, Fortalecer la imagen institucional, que tenga como referente una administración honesta, lícita y transparente.
4	Descripción de avances y resultados	<p>Durante el periodo de enero a diciembre, se supervisaron y revisaron 6121 expedientes socioeconómicos, sin detectar errores.</p> <p>En el inventario por cierre del ejercicio se detecto que las diferencias en el inventario de insumos médicos y medicamentos fue por \$2,500 al cierre del ejercicio reportando cifras preliminares.</p> <p>En este periodo de enero a diciembre se recibieron 53 quejas de las cuales 7 fueron procedentes y han sido resueltas por el área correspondiente.</p> <p>En cuanto a Incrementar la Satisfacción del Usuario se aplicaron 2547 encuestas en Reuniones con familiares y al Egreso del paciente, obteniendo un 98% de satisfacción, además se lleva a cabo la Evaluación del Expediente Clínico con un total de 497 expedientes revisados.</p> <p>De enero a diciembre se generaron 5 observaciones en el area de Tesorería de las cuales el OIC dio por solventadas cuatro y la restante deberá ser solventada por la Subdirección de Recursos Humanos y una en el área de Trabajo Social donde se generó una copia más del control de exención de cuota (S-10-202-240-46), de los pacientes clasificados como exentos de pago, a fin de entregarlos en una relación mensual al Departamento de Tesorería.</p> <p>En Comunicación Social no se tienen observaciones sin ser ninguna recurrente.</p> <p>Respecto a los Indicadores de Fortalecimiento, se presenta el siguiente avance: En el Índice de Capacitación se lleva a cabo de manera informal durante los cursos de pediatría y subespecialidades, cabe señalar que no existe una clase específica para tratar este tema. Durante el año 2004 se impartieron dos Cursos: Introducción a la Calidad y Seguridad del Paciente, con un total de 32 médicos (41.0%). Continua pendiente el establecimiento de un programa de capacitación, en coordinación con el Departamento de Selección y Contratación.</p> <p>De un total de 14 Departamentos y 3 Servicios que pertenecen a la Subdirección de Asistencia Médica, sólo el área de Clasificación cuenta con un sistema automatizado, misma que tiene relación directa con el Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico, esto beneficia al paciente con un registro clínico inicial.</p> <p>No se tienen acuerdos de mejora, quejas con posible responsabilidad, ni recurrencia de observaciones.</p> <p>Por otra parte, en la acción de analizar y en su caso implementar un sistema de atención de consultas subsecuentes a través de cita previa, no es posible implementar dicho sistema por las características de la Institución (3er Nivel), sólo se aplica para el cambio de citas en pacientes subsecuentes foráneos.</p> <p>Se siguen supervisando y verificando las asignaciones de los niveles socioeconómicos sin encontrar errores.</p> <p>Se atienden todas las quejas recibidas y se informan a los involucrados las resoluciones.</p> <p>Se siguen realizando supervisiones en las áreas de cajas auxiliares.</p> <p>Se sigue manteniendo un estricto control de cobertura de abasto a los diferentes servicios médicos solicitantes con la finalidad de evitar el desabasto y sobreinventario de los productos.</p> <p>No se tienen observaciones al programa de usuario simulado.</p> <p>Se mantiene actualizado y a disposición de los usuarios los servicios que proporciona el Hospital.</p>

Cumplimiento por Proceso

	Descripción del Indicador	Valor 2003	Meta Sobresaliente 2004	Valor Actual	Cumplimiento de Meta	Factor de reto de la meta	Cumplimiento de meta por factor reto	Avance
1	Reducir el número de expedientes con clasificación socio-económica incorrecta.	150	50	0	100%	30	60%	Se supervisaron y revisaron 6121 estudios socioeconómicos sin errores en la clasificación socioeconómica.
2	Disminuir las diferencias en el inventario de insumos médicos y medicamentos.	\$5.40	\$2.00	\$2,500.00	0%	30	0%	En el inventario por cierre del ejercicio se detecto que las diferencias en el inventario de insumos médicos y medicamentos fue por \$2,500 al cierre del ejercicio.
3	Reducir el porcentaje de quejas procedentes.	35%	15%	13%	100%	30	60%	En el periodo de enero a diciembre se recibieron 53 quejas de las cuales 7 fueron procedentes en el área de Tesorería donde las acciones de mejora fueron las supervisiones a las cajas auxiliares verificando que la atención por persona se efectue de 3 min. en promedio así como la aplicación de arqueos, por lo que a contribuido a disminuir la presentación de quejas por parte de los usuarios, solventadas con oportunidad y eficiencia, asimismo la atención fue sin distinciones o preferencias al publico en general. De las 46 restantes no fueron procedentes.
4	Incrementar la satisfacción del usuario	94%	100%	98%	98%	30	59%	La Subdirección de Asistencia Médica, ha venido realizando una serie de acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención médica y la satisfacción de los usuarios, entre ellas: la aplicación de 2,547 encuestas en Reuniones con Familiares y al Egreso del Paciente con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios. Obteniendo el 98% de respuestas favorables en satisfacción. Además se lleva a cabo la Evaluación del Expediente Clínico con un total de 497 expedientes revisados.
5	Disminuir el número de observaciones del Órgano Interno de Control	0	1	6	0%	30	0%	En este periodo de Enero a Diciembre solo se recibieron 5 observaciones efectuadas al Depto. de Tesorería, el Org. Interno de Control dio por solventadas cuatro y la restante se remitió para ser atendida por la Sub. de Recursos Humanos. En junio se recibió una observación por parte del OIC al departamento de Trabajo Social donde se generó una copia más del control de exención de cuota (S-10-202-240-46), de los pacientes clasificados como exentos de pago, a fin de entregarlos en una relación mensual al Departamento de Tesorería.
PROMEDIO					60%	30	36%	

No.	Acciones específicas	Línea Estratégica
1	Sistematizar el proceso de clasificación de pacientes.	
2	Supervisar y verificar las asignaciones de los niveles socio-económicos	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
3	Atender todas las quejas recibidas e informar a los involucrados las resoluciones	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
4	Realizar supervisores en las áreas de cajas para evaluar el procedimiento y establecer posibles medidas correctivas.	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
5	Mejorar el abasto de insumos y medicamentos	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF
6	Implementar acciones de mejora para entender las observaciones del Programa de Usuario Simulado	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF
7	Poner a disposición y difundir entre los usuarios la opción de consultar la página electrónica de la Institución y conocer qué proporciona.	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
8	Analizar y en su caso implementar un sistema de atención de consultas subsecuentes a través de cita previa.	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF

NO.	Acuerdos de la CITCC	Línea Estratégica
1	Mejora regulatoria interna	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF
2	Evaluación de usuarios	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
3	Difusión de información pública en internet	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
4	Entándares de servicio y atención ciudadana	Dar calidad y transparencia a la gestión pública

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

DIRECTOR GENERAL

C. P. ZOILA ALEGRÍA FLORES

TITULAR DEL OIC

	Indicador(es) de fortalecimiento Descripción del indicador	Valor 2003	Meta 2004			Valor actual	% de Avance	Avance
			Mínima	Satisfactoria	Sobresaliente			
1	Índice de capacitación	100%	50%	60%	70%	41%	59%	La capacitación se lleva a cabo de manera informal durante los cursos de pediatría y subespecialidades, cabe señalar que no existe una clase específica para tratar este tema. Durante el año 2004 se impartieron dos Cursos: Introducción a la Calidad y Seguridad del Paciente, con un total de 32 médicos (41.0%). Continúa pendiente el establecimiento de un programa de capacitación, en coordinación con el Departamento de Selección y Contratación.
2	Áreas de atención con sistemas automatizados	6%	10%	20%	40%	6%	15%	De un total de 14 Departamentos y 3 Servicios que pertenecen a la Subdirección de Asistencia Médica, sólo el área de Clasificación cuenta con un sistema automatizado, misma que tiene relación directa con el Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico, esto beneficia al paciente con un registro clínico inicial.
3	Acuerdos de mejora con el Órgano Interno de Control	1	1	1	1	0%	0	Ningun acuerdo
4	Índice de resolución de quejas con posible responsabilidad	100%	100%	100%	100%	0	100%	Ninguna queja con responsabilidad
5	Eficacia en la eliminación de la recurrencia de observaciones de auditoría	100%	100%	100%	100%	0	100%	Ninguna observación sin ser recurrente.

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO
DIRECTOR GENERAL

C. P. ZOILA ALEGRÍA FLORES
TITULAR DEL OIC