

Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción		
REPORTE DE AVANCES		
HSOPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"		
ENERO-DICIEMBRE 2005		
Resumen ejecutivo de resultados por proceso		
1	Proceso crítico	Atención Médica
2	Posibles conductas irregulares	<p>1.-Que el cajero manipule la información a su conveniencia, cancelando y modificando los recibos de cobro..</p> <p>2.- Los usuarios soliciten a las trabajadoras sociales la asignación de un nivel inferior ofreciéndoles una gratificación.</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 administrativa
4	Descripción de avances y resultados	<p>Durante el periodo acumulado de enero a diciembre del año 2005 se realizaron un total de 12,247 estudios socioeconómicos, sin errores en la clasificación socioeconómica en virtud de que cada expediente es supervisado y revisado de los cuales 5,841 estudios socioeconómicos son de pacientes de primera vez. En el periodo acumulado a diciembre se cobraron 956 servicios de urgencias nocturnos de 1,135 pacientes atendidos, cabe destacar que la diferencia de los 179 se debe a discrepancias de horarios.</p> <p>El indicador Disminuir las diferencias en el inventario de insumos médicos y medicamentos, a lo largo del año se reporto en ceros toda vez que el departamento de Almacenes recurre al levantamiento de inventario en el cuarto trimestre del año, por lo que no existe una diferencia de 2,365 de insumos médicos y de medicamentos en comparación con el año 2004 que la diferencia fué por 9,913.01</p> <p>Como resultado de las encuestas practicadas al egreso del paciente por el Área de Calidad Hospitalaria a partir del 2005 se obtuvieron 75 quejas en el periodo acumulado a diciembre en virtud de que por indicaciones superiores se efectúa el costo manual de insumos, lo que demora la atención a los usuarios, sin ser ninguna procedente.</p> <p>En el periodo enero - diciembre 2005 la Subdirección de Asistencia Médica, presenta el siguiente avance: 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 3,105 encuestas en Reuniones con Familiares y al Egreso del Paciente con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios donde 2,829 contestaron satisfactoriamente Obteniendo el 91% de respuestas favorables y un 9% de insatisfacción donde se trata de que las quejas tengan solución y atención inmediata en el momento en que se presentan las cuales son informadas a traves de comunicados a los responsables de cada servicio involucrado. Además se lleva a cabo la Evaluación del Expediente Clínico con 1,432 expedientes revisados y Evaluación de los Registros de Enfermería con 905.</p> <p>En este periodo de enero a diciembre se generaron 11 observaciones al Departamento de Tesorería, 2 en el segundo trimestre solventando una en el mes de noviembre y 9 observaciones mas en el ultimo trimestre del año 2005 sin tener resolución por parte del OIC.</p> <p>En este periodo se concertaron 4 acciones de mejora en el Departamento de Trabajo Social, donde se atendieron 2, una donde se adecuó el Manual de Procedimientos para la Evaluación Social y Asignación de Nivel en el Pago de Cuotas de Recuperación, en la cual se prevén acciones a tomar en casos de familiares de pacientes incapaces de presentar documentación y la segunda donde se mejoró el mecanismo de supervisión y control para la clasificación socioeconómica lo cual permite disminuir actividades potenciales de corrupción,</p> <p>Las otras 2 se atendieron en el mes de noviembre habilitando una ventanilla y modificando el formato que se entrega a usuarios de Requisitos para Apertura de Expedientes lo cual evitará algunos de los contratiempos que actualmente se observan y en relación al registro y seguimiento de las cartas compromiso para la donación de sangre, se retomó, mejoró y se esta aplicando.</p> <p>En cuanto a los indicadores de fortalecimiento en relación al "Índice de Capacitación" 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. Continua pendiente el establecimiento de un programa de capacitación, en coordinación con el Departamento de Selección y Contratación, se impartió Curso-Taller sobre Planeación Estratégica enfocada a la Calidad de los Sistemas de Salud a 63 participantes de 78 programados obteniendo el 81% de avance.</p> <p>No hay quejas con posible responsabilidad ni observaciones recurrentes.</p> <p>El indicador "Porcentaje de pacientes que se operan dentro de los primeros 7 días de la fecha programada" presento un impacto positivo a diciembre 2005 con un avance del 87%</p> <p>Las acciones específicas nos muestran que todas las quejas se atienden y tratan de resolver al momento informando a los involucrados las resoluciones.</p> <p>Se realizan de 2 a 3 supervisiones al mes en las cajas auxiliares, verificando que la atención por persona se efectúe en 3 minutos en promedio.</p> <p>Para el presente ejercicio, se llevo a cabo la división y establecimiento en tres áreas operativo-administrativo, del sistema de recepción, guarda y distribución en Medicamentos, Material de Curación y de Laboratorio, y Reactivos, con una repercusión positiva en Generación de información independiente por grupo de insumo, Otorgamiento independiente de folios en solicitudes de abasto, Seguimiento independiente de los niveles de abasto, Procesos administrativos y operativos por grupo de insumo e Integración de información por grupo de trabajo y se da seguimiento a los resultados de inventarios aleatorios.</p> <p>No se ha detectado al Usuario Simulado y en Cumplimiento a la ley federal de transparencia y acceso a la información se tienen publicados los servicios que proporciona este hospital desde el 12 de junio de 2003 en la liga www.facmed.unam.mx/infantil</p>

Cumplimiento por Proceso										
		Descripción del Indicador	Tipo de meta 1=crec. 2=decrec.	Valor 2004	Meta Sobresaliente 2005	Valor Actual	Cumplimiento de Meta	Factor de reto de la meta	Cumplimiento de meta con factor reto aplicado	Avance
1	1	Clasificación socio- económica de pacientes	1	100%	100%	100%	100%	40	80%	En el periodo acumulado enero-diciembre se realizaron 12,247 estudios socioeconómicos, sin errores en la clasificación socioeconómica en virtud de que cada expediente es supervisado y revisado.
2	2	Cobertura de revisión de clasificación socio-económica de pacientes de primera vez	1	N/D	25%	100%	100%	40	80%	En el periodo acumulado enero-diciembre se realizaron 5,841 estudios socioeconómicos de primera vez, sin errores en la clasificación los cuales están incluidos dentro de los 12,247 estudios socioeconómicos.
3	3	Certeza en el cobro de servicios nocturnos de urgencias	1	N/D	80%	84%	100%	40	80%	En el periodo de enero a diciembre se cobraron 956 servicios nocturnos de urgencias contra 1,135 pacientes atendidos, debido a que el paciente primero en valorado para el servicio de urgencias, si procede se atiende y es registrado, al final se cobran los servicios que se le otorgaron; por lo que existen discrepancias en los horarios.
4	4	Disminuir las diferencias en el inventario de insumos médicos y medicamentos	2	0%	0%	24%	0%	40	0%	El indicador a lo largo del año se reporto en ceros toda vez que el departamento de Almacenes recurre al levantamiento de inventario en el cuarto trimestre del año, por lo que existe una diferencia de 2,365 de insumos médicos y de medicamentos en comparación con el año 2004 que la diferencia fue por 9,913.01
5	5	Reducir el número de quejas procedentes	2	7	4	0	100%	40	80%	Como resultado de las encuestas practicadas al egreso del paciente por el Área de Calidad Hospitalaria a partir del 2005 se obtuvieron 8 quejas en el mes de Enero, 10 quejas en el mes de Febrero, 6 quejas en el mes de Marzo, 6 quejas en el mes de Abril y 2 quejas en el mes de Mayo, 10 quejas en el mes de Junio, 9 quejas en el mes de Julio, 4 quejas en el mes de Agosto, 11 quejas en el mes de Septiembre, 5 en octubre y 3 en noviembre dando un total de 75 quejas en todo el año, en virtud de que por indicaciones superiores se efectúa el costo manual de insumos, lo que demora la atención a los usuarios sin ser ninguna procedente.
6	6	Incrementar la satisfacción del usuario	1	98%	100%	91%	91%	40	73%	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 3,105 encuestas en Reuniones con Familiares y al Egreso del Paciente con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios donde 2,829 contestaron satisfactoriamente, obteniendo el 91% de respuestas favorables y un 9% de insatisfacción donde se trata de que las quejas tengan solución y atención inmediata en el momento en que se presentan las cuales son informadas a través de comunicados a los responsables de cada servicio involucrado. Además, se lleva a cabo la Evaluación del Expediente Clínico con 1,432 expedientes revisados y Evaluación de los Registros de Enfermería con 905.
7	7	Disminuir el número de observaciones determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras	2	6	2	11	0%	40	0%	En este periodo de Enero a Diciembre se generaron 11 observaciones al Departamento de Tesorería, 2 en el segundo trimestre solventando una en el mes de noviembre y 9 observaciones mas en el ultimo trimestre del año 2005 sin tener resolución por parte del OIC.
8	8	Eficiencia en la atención de las acciones de mejora	1	N/D	100%	100%	100%	40	80%	De las 4 acciones de mejora concertadas en el Departamento de Trabajo Social, en el periodo acumulado enero-septiembre se atendieron 2, una donde se adecuó el Manual de Procedimientos para la Evaluación Social y Asignación de Nivel en el Pago de Cuotas de Recuperación, en la cual se prevén acciones a tomar en casos de familiares de pacientes Incapaces de presentar documentación y la segunda donde se mejoró el mecanismo de supervisión y control para la clasificación socioeconómica lo cual permite disminuir actividades potenciales de corrupción, las otras 2 se atendieron en el mes de noviembre habilitando una ventanilla y modificando el formato que se entrega a usuarios de Requisitos para Apertura de Expedientes a fin que se les explique de una manera más oportuna y accesible a la población el trámite, lo cual evitará algunos de los contratiempos que actualmente se observan y en relación al registro y seguimiento de las cartas compromiso para la donación de sangre, se retomó, mejoró y se esta aplicando.
PROMEDIO							74%	40%	59%	

No.	Acciones específicas	Línea Estratégica
8	1 Supervisar y verificar las asignaciones de los niveles socio-económicos	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
	2 Atender todas las quejas recibidas e informar a los involucrados las resoluciones.	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
	3 Realizar supervisiones en las áreas de cajas para evaluar el procedimiento y establecer posibles medidas correctivas.	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
	4 Mejorar el abasto de insumos de medicamentos	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
	5 Implementar acciones de mejora para atender las observaciones del Programa del Usuario Simulado	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF
	6 Poner a disposición y difundir entre los usuarios la opción de consultar la página electrónica de la Institución y conocer los servicios que proporciona.	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
No.	Acuerdos de la CITCC	Línea Estratégica
9	1 Mejora regulatoria interna	Mejora de los procesos y servicios públicos en la APF
	2 Estándares de servicio y atención ciudadana	Dar calidad y transparencia
	3 Evaluación de usuarios	Dar calidad y transparencia a la gestión pública
	4 Programa de usuario simulado	Dar calidad y transparencia a la gestión pública

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO
DIRECTOR GENERAL DEL HIMFG

C.P. ZOILA ALEGRÍA FLORES
TITULAR DEL ORGANÓ INTERNO DE CONTROL EN EL HIMFG

No.	Indicador(es) de fortalecimiento Descripción del indicador	Valor 2004	2005			Valor Actual	% de Avance	Avance
			Minima	Satisfactoria	Sobresaliente			
10	1 Índice de capacitación	41%	41%	60%	70%	81%	100%	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. Continua pendiente el establecimiento de un programa de capacitación, en coordinación con el Departamento de Selección y Contratación, se impartió Curso-Taller sobre Planeación Estratégica enfocada a la Calidad de los Sistemas de Salud a 63 participantes de 78 programados obteniendo el 81% de avance.
	2 Índice de resolución de quejas con posible responsabilidad.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ninguna queja con responsabilidad
	3 Eficiencia en la eliminación de la recurrencia de observaciones de auditoría	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ninguna Observación Recurrente.
	4 Porcentaje de pacientes que se operan dentro de los primeros 7 días de la fecha programada	87%	87%	90%	95%	87%	92%	En este periodo consideramos que la Subdirección de Asistencia Quirúrgica cumple con el valor esperado dentro de este indicador ya que tiene un impacto positivo con el resultado de enero a diciembre del 87%.