

**Instituto Nacional de Rehabilitación  
Luis Guillermo Ibarra Ibarra**

**Programa Anual de Trabajo del  
Director General  
2018**

**Seguir cambiando para seguir innovando**



El LOGO del INRLGII representa la renovación del mundo Azteca que se realizaba cada 52 años

El Instituto fue CONCEBIDO para ir cambiando con el tiempo y mantenerse adelantado

## **Directorio**

Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León  
**Director General**

Dr. Antonio Madinaveitia Villanueva  
**Director Quirúrgico**

Dr. Daniel David Chávez Arias  
**Director Médico**

Dra. Matilde Enríquez Sandoval  
**Directora de Educación en Salud**

Dr. Javier Pérez Orive  
**Director de Investigación**

Dra. Maricela Verdejo Silva  
**Directora de Administración**

## ÍNDICE

1.-Presentación .....	2
2.-AntecedentesHistóricos .....	3
3.- Marco de Referencia .....	6
4.- Alineación con las metas nacionales, sectoriales e institucionales. ....	8
5.- Misión y Visión .....	12
6.- Análisis Estratégico FODA .....	13
7.- Programa Anual de Trabajo .....	18
7.1 Investigación.....	20
7.2 Enseñanza.....	22
7.3 Atención Médica .....	24
7.4 Administración .....	26
7.5MetasPEF2018.....	28
7.6ProgramaciónNumeralia.....	37

## **1.- Presentación**

La presente propuesta de trabajo fue estructurada mediante el análisis detallado de los objetivos originales del proyecto del Instituto Nacional de Rehabilitación, así como el desarrollo que ha alcanzado y las fortalezas y oportunidades del presente, considerando que muchas de estas aún se encuentran en el horizonte próximo pero que son realizables.

También se tomaron en consideración las debilidades actuales pero muy especialmente los riesgos de un enorme esfuerzo sostenido de tiempo atrás e intensificado durante los últimos diez años, a partir de haber pasado a formar parte de los Institutos Nacionales de Salud.

La conducción del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra requiere por un lado de una auténtica visión de los problemas de Discapacidad que afectan a la población del País, con una tendencia creciente como lo ha señalado el Informe Mundial sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial, siendo necesaria una cabal comprensión de la Discapacidad como problema social y de salud y su impacto sobre el individuo, la familia y la sociedad.

La Discapacidad sigue siendo un problema infravalorado, especialmente en el campo médico, habiendo tenido un mayor impacto los aspectos sociales relacionados como la inclusión, los derechos de las personas con discapacidad, la educación, el trabajo, la cultura, el deporte y en general con la igualdad de oportunidades.

Sin embargo, en el ámbito médico, la discapacidad ha encontrado mayores barreras para que su atención forme parte sistemática de los problemas de salud. Este hecho también se refiere a la atención médica hospitalaria en donde tampoco ha tenido el desarrollo de los servicios de Rehabilitación que requieren los pacientes con todo tipo de patologías pero que ocasionan secuelas que limitan del desempeño del individuo causándole discapacidad.

Por lo anterior, el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra debe ser la guía para la prevención y rehabilitación de los diferentes problemas discapacitantes, mediante la utilización de los avances médicos, en donde destaca importantemente la cirugía de las distintas especialidades relacionadas con las discapacidades de más alta frecuencia.

En sí mismo, en la presente propuesta se señala el rumbo que debe seguir la Investigación para que conduzca a soluciones de problemas concretos y se conviertan en aportaciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad o evitar la presentación de esta.

## **2.- Antecedentes Históricos**

### **Desarrollo**

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra proviene de la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana, los cuales formaron parte de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, teniendo todos ellos una orientación bien definida hacia la atención de pacientes con problemas de discapacidad del sistema músculo-esquelético, audición, voz y lenguaje.

El Instituto Nacional de la Comunicación Humana, por su parte, promovió la construcción de un área hospitalaria en el año de 1968 que luego fue destinado a la Escuela de Salud Pública.

Los tres Institutos fueron desconcentrados en el año de 1988, siendo Secretario de Salud, el Dr. Guillermo Soberón. Los Institutos de Medicina de Rehabilitación y de Comunicación Humana continuaban funcionando como unidades de consulta externa, sin contar con servicios de hospitalización ni cirugía y disponiendo sólo de elementales servicios de radiología. La investigación era muy limitada y contaban con escasos recursos humanos, materiales y financieros.

Años después, con el Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, se planteó la necesidad de construir nuevas instalaciones para los tres Institutos, así como la dotación de equipos con tecnología de vanguardia para el diagnóstico y el tratamiento en el campo de sus especialidades. En vista del alto costo que representaba llevar a la práctica estas acciones, se determinó la conveniencia de la fusión de los Institutos, lo que facilitaría su fortalecimiento y el mejor aprovechamiento de sus recursos.

En el año de 1989, el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud, pidió al Dr. Luis Guillermo Ibarra la presentación de un proyecto de fusión de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para crear un Instituto Nacional de Rehabilitación como organismo descentralizado, quedando de manifiesto en un oficio que a la letra dice:

“Dentro de los programas que lleva a cabo esta Secretaría, se encuentra el relativo a la fusión de los Institutos Nacionales de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana; se pretende que la rectoría y dirección de un solo organismo, redunde en un mejoramiento de los servicios de atención médica de rehabilitación del sistema músculo-esquelético, de la audición, voz y lenguaje que en forma separada vienen prestando los citados organismos; por lo que se está ponderando la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Rehabilitación, como un organismo descentralizado, el cual absorbería las funciones de los Institutos aludidos”.

Dicho anteproyecto fue presentado y sirvió de base para el desarrollo del proyecto médico- arquitectónico, iniciándose su construcción en el año de 1990, con el propósito de ser terminado en el año de 1992. Durante la gestión del C. Presidente Carlos Salinas se signó un convenio con el gobierno de Argentina para la construcción de diversas obras hospitalarias, entre ellas la del Instituto Nacional de Rehabilitación, pero la obra tuvo que ser suspendida por diversos problemas administrativos. No obstante los retrasos en la conclusión de las nuevas instalaciones, el Dr. Luis Guillermo Ibarra fue promovido a Director General, en 1994 con el propósito de que coordinara la fusión de los tres Institutos de referencia.

Siendo Secretario de Salud el Dr. Juan Ramón De la Fuente, 1994-1999 reinició la construcción en el año de 1996 y el 6 de agosto de 1997 creó el Centro Nacional de Rehabilitación como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de esa fecha, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con atribuciones relativas a la prestación de servicios de atención médica de alto nivel para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades, así como para el desarrollo de investigación científica y tecnológica, y enseñanza en dichas materias, quedando abrogados los Decretos de creación de los tres Institutos anteriores. El Dr. De la Fuente nombró al Dr. Luis Guillermo Ibarra, Director General de esta nueva Institución.

Enfrentando una variada problemática se continuó la obra cuando era Secretario de Salud el Lic. José Antonio González Fernández quien aceleró el proceso constructivo y procedió a su inauguración el día 20 de noviembre del año 2000 con la asistencia del Presidente Ernesto Zedillo. Sin embargo, sólo funcionaban el 5% de las instalaciones. Cabe destacar que el Centro Nacional de Rehabilitación operó durante cuatro años de esta administración como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salud.

Mediante la modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2005, el Centro Nacional de Rehabilitación se transformó en el Instituto Nacional de Rehabilitación, por lo que su gestión se orientó a instrumentar los cambios necesarios para su operación como organismo público descentralizado, consolidar su integración y fortalecer técnica y administrativamente su funcionamiento en congruencia con el compromiso social de contribuir al logro de los objetivos sectoriales y al importante lugar que ocupa en el Sistema Nacional de Salud por las atribuciones conferidas.

A pesar de las limitaciones impuestas por las obras de terminación del Instituto las cuales aún no estaban concluidas por falta de presupuesto específico, la productividad de la institución fue creciendo en todos los aspectos: en investigación, enseñanza y en atención médica, lo cual permitió se propusiera como Instituto Nacional de Salud, propuesta que fue aprobada por la Cámara de Diputados al ser modificada la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, adicionando una fracción VIII-Bis al Artículo 5.

Conforme a lo establecido en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud se procedió a la convocatoria para ocupar la Dirección General del mismo, la cual se emitió en el mes de octubre de 2005, habiéndose procedido a la designación de un Comité de Auscultación integrado por las siguientes personalidades: Dr. Fernando Ortiz Monasterio, Dr. Pelayo Vilar Puig, Dr. Manuel Ruiz de Chávez, Dr. Miguel Gutiérrez y Dra. Mercedes Juan López, los cuales recibieron a diversos grupos del personal de Instituto para escuchar sus opiniones acerca de los candidatos: Dr. Francisco Montalvo, Dr. Francisco Hernández Orozco, Dr. Juan Manuel Guzmán y Dr. Luis Guillermo Ibarra. Después de la entrega de la propuesta de trabajo, de la presentación a los miembros de la H. Junta de Gobierno integrada por: Dr. Julio Frenk Mora como Presidente, Dr. Jaime Sepúlveda Amor, como Presidente suplente y como vocales Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Dr. Eduardo Vázquez Vela, Dr. Leobardo Ruiz Pérez, Dra. Edna Berumen Amor, Dr. Enrique Graue W., y de la entrevista personal, se designó el Dr. Luis Guillermo Ibarra como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación para el periodo comprendido del 1° de diciembre de 2005 al 30 de noviembre de 2010.

Al término de este período y conforme se estipula en el artículo 20 del Capítulo III de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se puede participar por un segundo período únicamente. Posterior a la convocatoria expedida el 13 de octubre de 2010, y con la participación de dos candidatos; en la 2a Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Instituto, celebrada el 26 de noviembre de 2010 se designó al Dr. Luis Guillermo Ibarra como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación para el

período comprendido del 1° de diciembre de 2010 al 30 de noviembre de 2015.

Hay que señalar que el programa de trabajo propuesto para el quinquenio 2005-2010 fue sumamente ambicioso comprendiendo 8 estrategias y 56 líneas de acción, a todo lo cual se le dio cabal cumplimiento. Dentro de este programa de trabajo lo más difícil fue lo relativo a la construcción del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), lo cual significó un esfuerzo sostenido durante dos sexenios ya que durante la presidencia del Lic. Vicente Fox Quezada y siendo Secretario de Salud el Dr. Julio Frenk, se hizo la propuesta de este Centro, la cual no fue cristalizada. Afortunadamente, durante la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa y de su Secretario de Salud, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, fue aprobada y puesta en marcha la construcción, equipamiento y operación de este centro, contando siempre con el apoyo del Dr. Julio Sotelo Morales como Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y posteriormente Coordinador de Asesores de la Secretaría de Salud.

Durante la presente Administración del Presidente Enrique Peña Nieto, el apoyo del Dr. Jose Narro Robles como Secretario de Salud y del Dr. Guillermo Ruiz Palacios y Santos como Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad ha sido invaluable para poder continuar con el incesante trabajo y desarrollo del Instituto.

### **3.- Marco de Referencia**

#### **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Normas Reglamentarias.**

##### **Leyes:**

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; Ley de los Institutos Nacionales de Salud; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Ley de Planeación; Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional; Ley Federal de las Entidades Paraestatales; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Ley Federal del Procedimiento Administrativo; Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; Ley Federal del Trabajo; Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público; Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Ley General de Bienes Nacionales; Ley General de las Personas con Discapacidad; Ley General de Salud; Ley General del Desarrollo Social; Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativa al Ejercicio de las Profesiones en el D. F. y; Ley para las Personas con Discapacidad en el D.F.

##### **Decretos:**

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

##### **Reglamentos:**

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Reglamento de la Ley Federal de Entidades Paraestatales; Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el D.F.; Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo; Reglamento General de Seguridad Radiológica; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud; Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Reglamento de Insumos para la Salud; Reglamento del Consejo Promotor para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad.

##### **Acuerdos:**

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los Insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica y, para Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumos.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Rehabilitación aprobado por su Junta de Gobierno el 9 de septiembre de 2005.

#### **Normas Oficiales Mexicanas:**

NOM-131-SSA1-1995; NOM-007-SSA2-1993; NOM-008-SSA2- 1993; NOM-178-SSA1–1998; NOM-197-SSA1-2000; NOM-168–SSA1–1998; NOM-146-SSA1– 1996; NOM-157–SSA1; NOM-156–SSA1; NOM-166–SSA1; NOM-003–SSA2–1993; NOM-001– SSA–1994; NOM-045-SSA2-2005. Así como las reformas y modificaciones a las disposiciones señaladas o que las sustituyan y demás que resulten aplicables.

#### **Atribuciones:**

Conforme al Artículo 6 de Ley de los Institutos Nacionales de Salud fracciones I a XV, a los Institutos Nacionales de Salud les corresponde:

- I.** Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;
- II.** Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;
- III.** Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, intercambio o cooperación con instituciones afines;
- IV.** Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines;
- V.** Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;
- VI.** Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- VII.** Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;
- VIII.** Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;
- IX.** Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sean requeridos para ello;
- X.** Actuar como órganos de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado;
- XI.** Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud;
- XII.** Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades;
- XIII.** Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que les correspondan, y;
- XIV.** Realizar las demás actividades que les correspondan conforme a la presente ley y otras disposiciones aplicables.

Además, conforme a lo previsto en el artículo 1 de su Estatuto como Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, el Instituto Nacional de Rehabilitación tiene por objeto, en el campo de la rehabilitación, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios médicos de alta especialidad, cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional.

El Artículo 3 del referido Estatuto marca para el INRLGII las siguientes funciones:

- I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollos tecnológicos y básicos en las áreas de su especialidad, para la comprensión, prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de los afectados, de enfermedades y otras alteraciones que causen discapacidad, así como promover medidas de salud en el campo de la rehabilitación.
- II. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;
- III. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, de intercambio o cooperación con instituciones afines;
- IV. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización así como aquellas que le sean afines;
- V. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;
- VI. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- VII. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;
- VIII. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;
- IX. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sea requerido para ello;
- X. Actuar como órgano de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado;
- XI. Asesorar a los centros especializados de investigación, en enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud;
- XII. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus áreas de especialización;
- XIII. Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que le correspondan, y
- XIV. Realizar las demás actividades que le correspondan conforme a la Ley y otras disposiciones aplicables.

#### **4.- Alineación con las metas nacionales, sectoriales e institucionales.**

El Programa Anual de Trabajo 2018 del Instituto, además de ser congruente con el objetivo señalado en su Estatuto Orgánico se encuentra vinculados con las estrategias de carácter nacional como son: el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, los programas transversales Democratizar la productividad, Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, perspectiva de Género, además del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad

y el Programa de Acción Específico de Investigación para la Salud tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Alineación de los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con la Planeación Nacional 2018			
Programa presupuestario E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud.			
Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial de Salud	Programa de Acción Específico Investigación en Salud	Objetivos Institucionales
<p><b>Objetivo 3.1</b> México con educación de calidad.</p> <p><b>Estrategia 3.5.2</b> Contribuir a la formación y fortalecimiento del capital humano de alto nivel.</p> <p><b>Línea de acción</b> Fortalecer el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), incrementando el número de científicos y tecnólogos incorporados y promoviendo la descentralización.</p>	<p><b>Objetivo 5</b> Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</p> <p><b>Estrategia 5.4.</b> Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población.</p> <p><b>Líneas de acción.</b> <b>5.4.3.</b> Articular esfuerzos en el sistema Nacional de salud para promover nuevos descubrimientos que favorezcan una atención más efectiva. <b>5.4.8.</b> Promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado.</p>	<p><b>Objetivo 1</b> Instrumentar políticas para promover e incrementar la inversión pública para la investigación científica, innovación y desarrollo en salud.</p> <p><b>Estrategia 1.3.</b> Involucrar a los sectores académicos y gubernamentales para fortalecer la ciencia, tecnología e innovación en investigación.</p> <p><b>Líneas de acción</b> 1.3.1. Promover programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos</p> <p><b>Objetivo 5.</b> Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo en investigación</p> <p><b>Estrategia 5.2.</b> Fomentar la formación de nuevos investigadores mediante becas, estancias y talleres internacionales.</p> <p><b>Líneas de acción 5.2.1</b> Fomentar el interés por desarrollar investigación como actividad esencial en las nuevas generaciones de alumnos de carreras en el área de la salud.</p>	<p>Elevar la productividad científica de la investigación en el INR, mediante el desarrollo de una política de mejora continua de la calidad, estructurada en función de una estrategia de reingeniería 2.</p>

**Alineación de los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con la Planeación Nacional 2018**

Programa presupuestario E010 Formación y desarrollo profesional de Recursos humanos especializados para la Salud.

<b>Plan Nacional de Desarrollo</b>	<b>Programa Sectorial de Salud</b>	<b>Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad</b>	<b>Objetivos Institucionales</b>
<p><b>Objetivo 2.3</b> Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p> <p><b>Estrategia 2.3.4</b> Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p> <p><b>Línea de acción:</b> Mejorar la calidad en la formación de recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.</p>	<p><b>Objetivo 5</b> Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</p> <p><b>Estrategia 5.1.</b> Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.</p> <p><b>Líneas de acción</b>  <b>5.1.2.</b> Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales.  <b>5.1.3.</b> Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.</p>	<p><b>Objetivo 4</b> Promover la formación y actualización de profesionales para la mejora de la atención de las prioridades nacionales.</p>	<p>Lograr el óptimo desarrollo con fundamento pedagógico y metodológico al constructivismo de procesos formativos del capital humano en materia de rehabilitación con base en el proceso de enseñanza aprendizaje que tendrá la capacidad para desarrollar investigación y docencia, con individuos con pensamiento crítico en la toma de decisiones con capacidad de adaptación y excelencia en la solución de problemas, ejerciendo liderazgo en la comunidad médica y siendo competitivos a nivel nacional e internacional.</p>

**Alineación de los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con la Planeación Nacional 2018**

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

<b>Plan Nacional de Desarrollo</b>	<b>Programa Sectorial de Salud</b>	<b>Programa de Acción Específico Investigación en Salud</b>	<b>Objetivos Institucionales</b>
<p><b>Objetivo 2.3.</b> Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p> <p><b>Estrategia 2.3.4.</b> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p> <p><b>Línea de acción</b> Garantizar la oportunidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.</p>	<p><b>Objetivo 2</b> Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.</p> <p><b>Estrategia 2.1.</b> Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.</p> <p><b>Líneas de acción.</b>  <b>2.1.3.</b> Fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutoria en las unidades de atención.  <b>2.1.5.</b> Adecuar los servicios de salud a las necesidades</p>	<p><b>Objetivo 1</b> Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica..</p>	<p>Contribuir al logro de los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación, mediante la dirección, la programación, organización, operación y control de las acciones orientadas a la prestación de servicios médico-quirúrgicos integrales de salud de alta especialidad en materia de Medicina de Rehabilitación, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje, así como Auxiliares de Diagnóstico; y Servicios</p>

	<p>demográficas, epidemiológicas y culturales de la población.</p> <p><b>Objetivo 4.</b> Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.</p> <p><b>Estrategia 4.5.</b> Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.</p> <p><b>Líneas de acción</b></p> <p><b>4.5.1.</b> Promover la reducción de la incidencia de discapacidad mediante acciones de prevención.</p> <p><b>4.5.2.</b> Fomentar la detección, diagnóstico temprano y atención oportuna y eficaz para disminuir la discapacidad por enfermedades y esiones.</p>	<p>Quirúrgicos de Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología.</p>
--	---	---

Además de lo anterior este Programa Anual de Trabajo también se vincula con el Plan Quinquenal del Director general del INRLGII 2016-2021, de la siguiente manera:

#### **PLAN QUINQUENAL DEL DIRECTOR GENERAL DEL INR 2016 – 2021**

El Programa Quinquenal del Director General 2016-2021 del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra está estructurado mediante la planeación estratégica y en particular la del modelo denominado “Strategic Focusing (SF), de la Oxford Leadership Academy, y el cual parte de la revisión de los hechos, en donde se identifica el origen de la Institución, las experiencias tenidas y sus fortalezas y oportunidades, así como el momento en que se encuentra de acuerdo a la llamada curva de la “S” y que comprende a) etapa en la que no se nota un cambio en el horizonte; b) de cambio, caos y opciones; c) etapa de nacimiento; comienzo de una nueva etapa y d) de declive. Nuestro Instituto se encuentra en la etapa de comienzo de una nueva etapa a partir de haber conseguido su estabilización y una plataforma de fortalezas y oportunidades. Expuestos los hechos, han sido objeto de un análisis, de una verdadera autoevaluación a través de la introspección, para luego definir los objetivos y los valores, así como la visión, evidenciando las barreras.

Finalmente se han definido metas factibles y medibles así como las estrategias y líneas de acción para alcanzarlas mediante su implementación.

Por lo que el Programa Anual de Trabajo 2018 del Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra está vinculado al Programa Quinquenal 2016– 2021, en la consecución de sus 2 Objetivos Generales, 6 Objetivos Específicos, 5 Estrategias, 30 Metas y 81 Líneas de Acción.

## **5.- Misión y Visión**

La misión y visión institucionales son expresadas en los siguientes términos:

### **Misión**

Somos una institución de salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

### **Visión**

Consolidarse como la institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolle la investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

### **Situación Actual**

En la actualidad, el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra ha ganado presencia y reconocimiento a nivel nacional como Institución Líder en la Atención médica de Alta Especialidad y la Formación de Recursos Humanos en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación y Audiología y más recientemente en Otorrinolaringología. Así mismo, tiene presencia nacional a través de las campañas de Cirugía Extramuros y del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados. Participa en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud. Ha alcanzado proyección Internacional a través de los programas de cooperación internacional mediante la intervención de la Dirección General de Asuntos Internacionales y como Centro Colaborador de OPS/OMS.

El Instituto también ha alcanzado la suficiente calidad en todos sus procesos que le ha merecido la Certificación ISO 9000 y la del Consejo de Salubridad General.

Puede considerarse que se alcanzaron en buena medida los objetivos planteados para este último quinquenio, los que deben servir como base para su desarrollo futuro, corrigiendo deficiencias y aprovechando las fortalezas y tomando en cuenta las oportunidades para una nueva etapa de cambio como está previsto desde su origen. Sin embargo, en Investigación, aún presenta carencias y deficiencias significativas, especialmente consideradas desde el punto de vista de las necesidades de la población con discapacidad y de los lineamientos ya mencionados del Programa Sectorial de Salud y de los compromisos contraídos con OPS/OMS. Su enfoque ha sido dirigido a cumplir con metas cuantitativas pero no cualitativas y aun las primeras, bien analizadas no llenan los requisitos de verdaderas publicaciones científicas. Por eso la escasez de publicaciones en revistas de nivel III o más. Por otro lado, la falta de apoyo a los investigadores resulta en el desperdicio de proyectos valiosos que terminan publicándose en revistas de difusión o de nivel I, existiendo una discrepancia entre la capacidad instalada, y la productividad estando esta muy por debajo de las dos primeras. Dado que el Instituto tiene en su mayor parte investigadores jóvenes y un número grande de médicos residentes de especialidad, de alta especialidad, de diplomados y alumnos de maestrías, se requiere fundamentalmente de apoyo y de guía para que sus tesis conduzcan a publicaciones en revistas de impacto y no se desperdicie su esfuerzo ni los recursos institucionales. Por otro lado, el importante volumen de pacientes atendidos con calidad y calidez en el Instituto debería dar como resultado una igual cantidad de publicaciones de Investigación clínica en revistas de

calidad e impacto para las especialidades del Instituto. Las publicaciones se han concentrado en la revista Cirugía y Cirujanos de la Academia Mexicana de Cirugía, en la del propio Instituto (Investigación en Discapacidad), así como en las revistas de las sociedades médicas de las diferentes especialidades, todas ellas de nivel I. El todavía reducido número de investigadores en el SNI y la fuga de investigadores con maestría y doctorado son otro reflejo de la falta de apoyo a nuestros investigadores clínicos y básicos.

En la formación de recursos humanos, tenemos la oportunidad de convertirnos en Modelo de formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists), pero los esfuerzos de investigación se han concentrado en los laboratorios situados en la Torre de Investigación y no en todo el Instituto como es necesario, con lo que los médicos especialistas y los médicos residentes que se encuentran realizando cursos de maestría y doctorado no son tomados en cuenta para los apoyos que incluyen su ingreso al SII y al SNI.

En Atención Médica, si bien se ha logrado alcanzar la certificación en los procesos de calidad, no se ha sistematizado la evaluación de los resultados de las distintas intervenciones médicas en base a indicadores internacionales (Outcomes), con excepción de algunas especialidades o intervenciones quirúrgicas. Sin esta actividad no se puede evaluar cabalmente la Atención Médica ni llevar a cabo Investigación Clínica con seguimiento de resultados. Por lo que se hace indispensable nuevamente una relación más estrecha entre la Investigación Clínica y la Básica que a su vez redunde en una mejor enseñanza. No se han consolidado los Modelos de Atención previstos, en parte por las razones anteriormente expuestas, por lo que dichos modelos no se han replicado a nivel Nacional e Internacional.

En el área de Administración no se ha conseguido incrementar los recursos autogenerados a pesar de los esfuerzos realizados, pero los recursos disponibles hacen que esto sea una oportunidad vigente que deberá ser impulsada.

Reviste la mayor importancia el hecho de que muchos de los equipo médicos de alto costo ya han rebasado el límite de su vida útil, por lo que constituye un gran desafío la renovación de los mismos, como sucede por ejemplo con la Resonancia Magnética Nuclear, la actualización de los Quirófanos y la actualización y respaldo de los equipos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones que albergan el Expediente Clínico Electrónico. Así mismo, ya son obsoletos algunos de los equipos de la casa de máquinas, lo que constituye un riesgo para toda la institución.

Para finalizar, el Instituto tiene que iniciar una nueva etapa comenzando con una Reingeniería de su Estructura y reorientando sus procesos de Atención Médica, Enseñanza e Investigación conforme a la Situación Actual de los conocimientos y recursos de las instituciones más avanzadas a nivel Internacional.

## **6.- Análisis Estratégico FODA**

A continuación se presenta el análisis estratégico FODA desarrollado a partir de cada una de las áreas de trabajo de manera individualizada.

## **Análisis FODA Investigación**

### **Fortalezas**

1. Laboratorios con instalaciones y equipamiento de vanguardia.
2. Investigadores jóvenes.
3. Volumen de pacientes suficiente para la realización de investigación.
4. Número de alumnos de posgrado con potencial de desarrollar investigación.
5. Líneas de investigación de vanguardia en desarrollo.

### **Oportunidades**

1. Oportunidad de convertirse en un Centro de Excelencia en Investigación en Discapacidad y Rehabilitación con proyección internacional.
2. Oportunidad de transferencia de tecnología y desarrollo de patentes especialmente en tecnologías para la Rehabilitación.
3. Oportunidad de realizar colaboración estrecha con otros INS e Instituciones de Educación Superior e Investigación a nivel Nacional e Internacional.
4. Realizar investigaciones sobre cuestiones prioritarias relacionadas con la discapacidad (OPS/OMS).
5. Desarrollar una masa crítica de investigadores formados en cuestiones de Discapacidad en una amplia variedad de disciplinas: Epidemiología, Estudios sobre la Discapacidad, Salud y Rehabilitación, Economía, Sociología y Políticas Públicas (OPS/OMS).
6. Oportunidad de desarrollo de alternativas avanzadas de prevención y tratamiento de discapacidad a través de Ingeniería de Tejidos, Terapia Celular, Medicina Regenerativa, Trasplantes, Terapia Génica y Bioingeniería.
7. Oportunidad de desarrollo de Investigación Epidemiológica que permita conocer con mayor precisión la prevalencia, incidencia, factores de riesgo, mecanismos y causas de las diferentes discapacidades.
8. Aprovechar el volumen de pacientes y las patologías tratadas para realizar investigación que permita ayudar a resolver problemas y resulte en la realización de publicaciones de impacto nacional e internacional.
9. Formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists).

### **Debilidades**

1. Limitado alineamiento de los proyectos de investigación con las líneas de investigación y con las diversas discapacidades de mayor impacto.
2. Escaso número de investigadores en el SNI y limitado apoyo para su ingreso.
3. Falta de impulso a la Investigación Clínica.
4. Bajo nivel de las investigaciones realizadas como Tesis de Especialidad y Alta Especialidad.
5. Escaso aprovechamiento de estudiantes extranjeros que podrían desarrollar investigación.
6. Insuficiente abasto de insumos para la investigación.
7. Financiamiento externo insuficiente.
8. Financiamiento internacional nulo.
9. Reducido aprovechamiento de los convenios con Instituciones de Educación Superior e Investigación y con los INS.
10. Reducido aprovechamiento de la infraestructura de investigación instalada.
11. Limitado número de publicaciones en Revistas de Alto Impacto.

12. Escaso registro y seguimiento de las citaciones a los trabajos publicados.
13. Limitado número de investigadores con estudios y/o estancias de investigación en el extranjero.
14. Comité de Investigación con participación limitada.
15. Registro inexistente del total de investigaciones en proceso en las diferentes áreas del Instituto.
16. Pérdida de Investigadores por falta de apoyo incluyendo investigadores con maestría, doctorado y aun investigadores repatriados.
17. Desperdicio de trabajos publicados en revistas de Nivel I, cuando con apoyo podrían haber sido publicadas en revistas de Nivel III o más por su originalidad y aportación a la rehabilitación.
18. Sesgo de la información de productividad, repitiendo publicaciones que habían sido reportadas en otro periodo.
19. Reporte de publicaciones que no corresponden a trabajos de investigación propiamente dichos sino a opiniones sobre aspectos diversos.

### **Amenazas**

1. Fuga de más investigadores por falta de apoyo institucional.
2. Distanciamiento mayor de la investigación de los problemas principales discapacidad en el país.
3. Reducción del financiamiento externo.
4. Deterioro de equipo e Instalaciones por presupuesto insuficiente.
5. Disminución de investigadores en el SNI por falta de apoyo para su ingreso, permanencia y promoción.
6. Deterioro del nivel de la investigación y de las publicaciones.

## **Análisis FODA Enseñanza**

### **Fortalezas**

1. Programa amplio de formación de recursos humanos que comprende Doctorados, Maestrías, Cursos de Especialización Médica, Cursos de Alta Especialización, Diplomados, Licenciaturas, Pregrado y Educación Continua.
2. Alta Eficiencia Terminal.
3. Certificación por parte de los Consejos de Especialidades Médicas del 100% de los egresados.
4. Calidad de los Cursos de Especialización Médica y Alta Especialidad que se refleja en el perfil de los solicitantes y de los egresados.
5. Profesorado altamente calificado.
6. Instalaciones e infraestructura para la enseñanza, incluyendo tecnología para educación a distancia y circuito cerrado de televisión.
7. Convenios con Instituciones de Enseñanza Superior.

### **Oportunidades**

1. Llevar los programas de enseñanza a nivel internacional en la Tendencia de un México Globalizado, tanto en la Educación Médica como Paramédica.
2. Aumentar el número de Estudiantes de Maestría y Doctorado entre los Médicos Especialistas, Médicos Residentes y Médicos en cursos de Alta Especialidad impulsando la Formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists).
3. Oportunidad de proyectar la enseñanza a nivel Nacional a través de Educación a Distancia.

4. Convertirse en un centro de referencia internacional (rotación de médicos residentes y personal de salud extranjeros).
5. Impulsar la creación y ser uno de los centros formadores de especialistas en disciplinas comunes a todos los INS (Anestesiología, Terapia Intensiva, Imagenología).
6. Impulsar la Educación Continua y la enseñanza de Posgrado del Personal Paramédico.
7. Poner en marcha el Curso de Licenciatura en Órtesis y Prótesis.
8. Impulsar la capacitación del personal en el extranjero.
9. Fortalecer la enseñanza de Medicina basada en Evidencias.
10. Impulsar la enseñanza en Medicina del Deporte.
11. Creación de un Centro de Adiestramiento Quirúrgico con modelos de plástico y piezas de cadáver.
12. Creación de un Centro de Adiestramiento Médico-Quirúrgico en Modelos Virtuales.

### **Debilidades**

1. Exceso de Médicos Residentes de algunas Especialidades.
2. Limitados equipos, materiales e insumos para la enseñanza.
3. Falta de recursos para la enseñanza en el extranjero.
4. Falta de un centro de adiestramiento quirúrgico en piezas de cadáver.
5. Limitada Educación Continua del Personal Paramédico.
6. Insuficientes instalaciones para los Médicos Residentes.
7. Insuficiente involucramiento de los Médicos Adscritos en la enseñanza.
8. Insuficiente interacción de la Enseñanza con la Investigación y la Atención Médica.
9. Insuficientes interacción con la Facultad de Medicina de la UNAM.

### **Amenazas**

1. Deterioro de la Calidad de la Enseñanza.
2. Falta de Competitividad en la Enseñanza con otras Instituciones Médicas y de Educación Superior Nacionales e Internacionales.
3. Falta de aprobación de los exámenes de los Consejos de Especialidad.
4. Disminución de la Eficiencia Terminal.
5. Pobre desempeño Profesional de los egresados.
6. Desprestigio de la Institución.

## **Análisis FODA Atención Médica**

### **Fortalezas**

1. Personal Médico altamente calificado con Subespecialidades, Maestrías y Doctorados.
2. Abundante y variado número de pacientes.
3. Instalaciones apropiadas con equipo de alta tecnología.
4. Disponibilidad de Guías de Práctica Clínica actualizadas.
5. Bajas tasas de mortalidad general.
6. Reducido número de Infecciones Intrahospitalarias.
7. Disponibilidad de recursos para la atención de las diversas Discapacidades de más alta Incidencia y Prevalencia dentro de una sola Institución, lo que permite la atención integral de los pacientes.

## **Oportunidades**

1. Alinear los Criterios de Admisión con los Criterios de Inclusión de proyectos de Investigación.
2. Revisión y ajuste de los Criterios de Admisión para que correspondan a la Atención de Alta Especialidad y los proyectos de investigación y a las necesidades de enseñanza.
3. Continuar mejorando la Atención Médica especialmente en Pacientes Geriátricos y con discapacidades por enfermedades crónicas no transmisibles.
4. Valorar los resultados de la Atención Médica (Outcomes) con criterios Internacionales.
5. Actualizar la Infraestructura.
6. Eficientar la productividad de los quirófanos.

## **Debilidades**

1. Insuficiente alineamiento de los Criterios de Admisión con los proyectos de investigación.
2. Excesivos Criterios de Admisión.
3. Insuficiente atención de Pacientes Geriátricos y Terapia Intensiva.
4. Falta de apego de un número importante de pacientes al seguimiento médico.
5. Insuficiente evaluación de resultados (Outcomes).
6. Inadecuadas e insuficientes instalaciones de Psicología, Trabajo Social, Hidroterapia, Laboratorio de Análisis Clínicos, Banco de Sangre, Urgencias, Terapia Intensiva y otras.
7. Insuficiente personal de Anestesiología, Geriátrica, Medicina Interna, Enfermería, Terapia Física, Terapia Ocupacional.
8. Falta de Terapia Intensiva Pediátrica.
9. Insuficiente actualización de Equipos e Instrumental.
10. Obsolescencia de equipo.

## **Amenazas**

1. Deterioro de la Atención Médica.
2. Fuga de Personal altamente calificado.
3. Incremento de la demanda de atención que rebase la capacidad del Instituto.
4. Deterioro o pérdida del Expediente Clínico Electrónico que impida el Proceso de Atención Médica.
5. Deficiente calidad del PACS que no permita Diagnósticos de precisión.
6. Aumento de los tiempos de espera.
7. Aumento en el diferimiento de cirugías.
8. Incremento de infecciones intrahospitalarias.
9. Incremento de la mortalidad general.
10. Pobres resultados de la intervención médica (Outcomes de baja calidad).

## **Análisis FODA Administración**

### **Fortalezas**

1. Auditorías a Estados Financieros limpias.
2. Cumplimiento completo en aspectos relacionados con acceso a la información.

3. Certificación de Calidad ISO 9000 de todos los Procesos Administrativos.
4. Automatización de los procesos administrativos.
5. Ejecución de obras con alta eficiencia.
6. Conservación y mantenimiento de excelencia.
7. Subrogación deservicios.
8. Control de asistencia automatizado.

### **Oportunidades**

1. Integración de las áreas administrativas dispersas a través de la ejecución del Proyecto de Ampliación de Urgencias y Recuperación de Áreas Médicas.
2. Contar con presupuesto suficiente que permita mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios sustantivos.
3. Crear un Fideicomiso para la reposición de equipo.
4. Incrementar el financiamiento externo.
5. Ser centro de enseñanza de administración de hospitales.
6. Reducción de riesgos.

### **Debilidades**

1. Insuficiencia presupuestal crónica.
2. Dispersión de las áreas administrativas ocupando áreas de atención médica en todos los edificios del Instituto.
3. Equipo industrial caduco.
4. Insuficiencia de recursos para el desarrollo de TIC.
5. Carencia de Presupuesto para mantenimiento y reposición de equipo.
6. Falta de presupuesto para la actualización de quirófanos.
7. Inadecuadas Instalaciones de los almacenes ubicadas en el estacionamiento techado.
8. Barreras arquitectónicas no resueltas por falta de presupuesto.

### **Amenazas**

1. Incumplimiento de metas por insuficiencia presupuestal.
2. Reducción de ingresos propios por bajo nivel económico de la población.
3. Deterioro de la calidad de la atención médica por obsolescencia de equipo médico e insuficiencia de instrumental y material de curación.
4. Deterioro de Instalaciones en casa de máquinas y subestaciones eléctricas.
5. Suspensión o pérdida del Expediente Clínico Electrónico por falta de respaldo adecuado.

## **7.- Programa Anual de Trabajo**

- 2 Objetivos Generales
- 6 Objetivos Específicos
- 5 Estrategias
- 30 Metas
- 85 Líneas de Acción

## **OBJETIVOS**

### **• Objetivos Generales:**

1. Consolidar al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra como la Institución de más alto nivel en su campo en el país y formar parte de los Institutos de mayor prestigio en el mundo.
2. Realizar actividades de Investigación, Enseñanza y Atención Médica para prevención de la discapacidad y la rehabilitación integral que puedan proyectarse a nivel nacional e internacional.

### **• Objetivos Específicos:**

1. Realizar investigación que conduzca a la solución de problemas específicos relacionados con las discapacidades de mayor incidencia y prevalencia en el país.
2. Ser el Centro de Excelencia para la atención médica de alta especialidad orientada a la prevención, atención médica y rehabilitación de las discapacidades de mayor Incidencia y prevalencia en el país.
3. Ser Centro de referencia a nivel nacional e internacional.
4. Participar en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud conforme a los acuerdos con la OPS y laOMS.
5. Formar recursos humanos con alta capacidad para la Atención Médica altamente especializada, la Investigación y la Enseñanza (Physician Scientists), líderes en sus áreas de influencia e nivel nacional e internacional.
6. Ser modelo de Administración Pública con apego estricto a la normatividad.

## **ESTRATEGIAS:**

1. Consultar a la Sociedad Civil y grupos de personas con discapacidad en coordinación con CONADIS para escuchar y tomar en cuenta sus necesidades sentidas y reales.
2. Orientar la investigación a la prevención y rehabilitación de las discapacidades causadas por enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidades de la infancia, envejecimiento y accidentes.
3. Orientar la formación y capacitación para la prevención y rehabilitación de las discapacidades causadas por enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidades de la infancia, envejecimiento y accidentes, promoviendo la capacitación del personal de salud en todos los niveles de atención.
4. Determinar la población blanco para la prevención y rehabilitación de discapacidades y organizar la atención médica, mediante criterios de admisión relacionados a proyectos de investigación relativos a la prevención y rehabilitación de las discapacidades blanco, desarrollando al mismo tiempo la telemedicina, el seguimiento de pacientes y la evaluación de resultados con criterios internacionales (Outcomes).
5. Implementar el Consejo Técnico Nacional y el Consejo Técnico Internacional con la participación de personalidades en los diferentes campos de especialidad del Instituto.

## 7.1 Investigación

- 8 Metas
- 18 Líneas de Acción

### • Metas

1. Alinear los proyectos de investigación con los principales problemas de discapacidad del país.
2. Los proyectos de investigación deben conducir a la solución real de problemas específicos relacionados con la prevención y rehabilitación de discapacidades.
3. Incrementar el número de publicaciones de Nivel III y más.
4. Incrementar el número de citaciones.
5. Incrementar el número de patentes y productos con registro de propiedad intelectual y Derechos de Autor derivados de los proyectos de investigación.
6. Promover el desarrollo y producción de ayudas técnicas para la rehabilitación.
7. Vincular la investigación con el sector productivo (Transferencia de tecnología).
8. Continuar incrementando el número de investigadores en el SII y el SIN.

### • Líneas de Acción

#### Meta 1. Alinear los Proyectos de Investigación con los principales problemas de Discapacidad del País

##### Líneas de Acción Meta 1

1. Precisar los principales problemas de discapacidad del país mediante el desarrollo de proyectos de epidemiología de la discapacidad y enfermedades y lesiones discapacitantes con un enfoque dirigido a la determinación de acciones de prevención y rehabilitación de discapacidades
2. Tomar en consideración las recomendaciones de la OPS/OMS en relación a discapacidad.
3. Considerar el Programa Sectorial de Salud en materia de discapacidad y de enfermedades y lesiones discapacitantes.
4. Considerar las necesidades de los grupos organizados de personas con discapacidad y grupos de expertos.

#### Meta 2. Los proyectos de investigación deben conducir a la solución real de problemas específicos relacionados con la prevención y rehabilitación de discapacidades

##### Líneas de Acción Meta 2

5. Impulsar el desarrollo de proyectos de epidemiología de la discapacidad y enfermedades y lesiones discapacitantes con un enfoque dirigido a determinación de factores de riesgo de discapacidad y de las posibles acciones de prevención y rehabilitación de discapacidades.
6. Reforzar la Unidad de Apoyo a la Investigación para que los proyectos cumplan con la metodología apropiada.
7. Reorganizar la Comisión de Investigación para la dictaminación de pertinencia de los proyectos que conduzcan a la solución aplicada para la prevención y rehabilitación de discapacidades.

### Meta 3. Incrementar el número de publicaciones de Nivel III y más

Líneas de  
Acción Meta 3

8. Fomentar las estancias en el extranjero de los investigadores del INRLGII.
9. Fomentar la realización de trabajos en colaboración con otros investigadores de instituciones de investigación y enseñanza superior.
10. Fortalecer la Unidad de Apoyo Metodológico a los investigadores.
11. Aumentar el número de estudiantes de Maestría y Doctorado entre los Médicos Especialistas, Médicos Residentes y Médicos en cursos de Alta Especialidad impulsando la formación de investigadores clínicos (Physician Scientists)

### Meta 4. Incrementar el Número de Citaciones

Líneas de  
Acción Meta 4

12. Llevar el registro y seguimiento de las citaciones.

### Meta 5. Incrementar el número de patentes y productos con registro de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor derivados de los proyectos de investigación

Líneas de  
Acción Meta 5

13. Promover la realización de proyectos de investigación susceptibles de generar patentes y productos que pueden conseguir registro de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor.

### Meta 6. Promover el Desarrollo y Producción de Ayudas Técnicas para la Rehabilitación

Líneas de  
Acción Meta 6

14. Promover la investigación de tecnología asistencial de bajo costo: lentes, lupas, audífonos, dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, bastones, muletas, andadores, caminadores, sillas de ruedas manuales y eléctricas, sistemas de asiento y posicionamiento, triciclos, aparatos de ortopedia como soportes, férulas y miembros artificiales, así como computadoras, programas de lectura de pantalla y teléfonos adaptados.
15. Impulsar la Producción de Tecnología Asistencial de bajo costo.

### Meta 7. Vincular la investigación con el sector productivo (Transferencia de Tecnología)

Líneas de  
Acción Meta 7

16. Colaborar con la CCINSHAE, UNAM y CONACYT para la creación de la Oficina de Vinculación para la Transferencia de Tecnología (OTT)

### Meta 8. Continuar incrementando el número de investigadores en el SII y elSNI

Líneas de  
Acción Meta 8

17. Promover el ingreso al SII de Médicos Especialistas que realizan investigación clínica y publicaciones de buen nivel que no han ingresado al sistema.
18. Promover el que los investigadores con plaza y clínicos que llenan los requisitos ingresen al SIN.

## 7.2 Enseñanza

- 8 Metas
- 21 Líneas de Acción

- **Metas**

1. Promover y participar en mejorar la calidad del personal de salud para la prevención y rehabilitación de las discapacidades.
2. Mejorar la calidad de la enseñanza del personal de salud para la rehabilitación utilizando criterios internacionales.
3. Promover la formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists)
4. Desarrollar la educación a distancia de acuerdo a los requerimientos de la Red Nacional de Servicios de Rehabilitación.
5. Incrementar el número de estudiantes extranjeros y de personal de salud médico y paramédico de acuerdo a la capacidad del Instituto.
6. Creación de un Centro de Adiestramiento Médico-Quirúrgico con modelos de plástico, piezas de cadáver y modelos virtuales.
7. Mejorar la infraestructura, el equipamiento y los insumos para la Enseñanza.
8. Fortalecer el Fideicomiso de becas.

- **Líneas de Acción**

### Meta 1. Promover y participar en mejorar la calidad del personal de salud para la prevención y rehabilitación de las discapacidades.

#### Líneas de Acción Meta 1

1. Precisar las necesidades de personal de salud para la rehabilitación en el país.
2. Fortalecer la coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y con la UNAM.
3. Promover el fortalecimiento de la coordinación con la CCINSHAE, CONADIS, IMSS, ISSSTE, y DIF.
4. Promover la Certificación o Acreditación de las Escuelas de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Leguaje a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con la participación de la Escuela Superior de Rehabilitación del INRLGII.

### Meta 2. Mejorar la calidad de la enseñanza del personal de salud para la rehabilitación utilizando criterios internacionales.

#### Líneas de Acción Meta 2

5. Revisión y análisis de los programas de enseñanza y contenidos de los consejos (Boards) de especialidades en Estados Unidos y Europa de las especialidades y
6. Ajuste de los Programas de Especializaciones Médicas del Instituto cumpliendo con el PUEM e incorporando lo necesario conforme al punto anterior

### Meta 3. Promover la formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists)

#### Líneas de Acción Meta 3

7. Desarrollar el interés por la Investigación de los Médicos Residentes y Médicos Especialistas del Instituto.
8. Fortalecer los Seminarios de Investigación para Médicos Residentes.
9. Promover estancias de investigación (Research Fellowship) entre Médicos Especialistas y Médicos Residentes.

### **Meta 3. Promover la formación de Investigadores Clínicos (Physician Scientists)**

**10.** Incentivar a Médicos Especialistas y Médicos Residentes para incorporarse a los programas de Maestría y Doctorado.

### **Meta 4. Desarrollar la educación a distancia de acuerdo a los requerimientos de la Red Nacional de Servicios de Rehabilitación.**

Líneas de  
Acción Meta 4

**11.** Crear un área específica para la educación a distancia  
**12.** Desarrollar Programas de Educación a Distancia en coordinación con el INSP, el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE) y la representación de OPS en México.

### **Meta 5. Incrementar el número de estudiantes extranjeros y de personal de salud Médico y Paramédico de acuerdo a la capacidad del Instituto.**

Líneas de  
Acción Meta 5

**13.** Difundir a nivel Internacional los Programas de Enseñanza del Instituto.  
**14.** Fortalecer la coordinación con la Dirección General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, impulsar el Centro Colaborador OPS/OMS y con las Sociedades Médicas Internacionales (ISOC, SLAOT, etc.)  
**15.** Fortalecer el área de Divulgación Científica del INRLGII.

### **Meta 6. Creación de un Centro de Adiestramiento Médico-Quirúrgico con modelos de plástico, piezas de cadáver y modelos virtuales.**

Líneas de  
Acción Meta 6

**16.** Utilización de espacios disponibles al construir el Edificio de Recuperación de Áreas Médicas y Ampliación de Urgencias para la creación de un centro de Adiestramiento médico quirúrgico.  
**17.** Establecer convenios de comodato con empresas fabricantes y proveedoras de equipos quirúrgicos para la facilitación de modelos e instrumental.

### **Meta 7. Mejorar la infraestructura, el equipamiento y los insumos para la Enseñanza.**

Líneas de  
Acción Meta 7

**18.** Desarrollar un proyecto de mejora de la Infraestructura para la Enseñanza.  
**19.** Desarrollar un Proyecto de Presupuesto de insumos y equipos para enseñanza en base a los recursos obtenidos por estas actividades.  
**20.** Planear la Distribución de los recursos de Enseñanza para los fines de la propia Dirección de Educación en Salud.

### **Meta 8. Fortalecer el Fideicomiso de Becas, Centro de Información Documental e Investigación**

Líneas de  
Acción Meta 8

**21.** Reactivar y fortalecer los Fideicomisos existentes de Becas y Biblioteca.

### 7.3 Atención Médica

- 6 Metas
- 18 Líneas de Acción

- **Metas**

1. Mejorar la Calidad y Seguridad de la Atención Médica de los pacientes, en particular, pacientes geriátricos, niños, adolescentes y mujeres de manera que se consiga la prevención secundaria de enfermedades y lesiones discapacitantes.
2. Implementar la evaluación de resultados (Outcomes).
3. Crear modelos de atención para la prevención y rehabilitación de discapacidades para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica para la rehabilitación integral de los principales problema discapacitantes en el país.
4. Los criterios de admisión estarán determinados por las discapacidades definidas por el PROSESA, y los criterios OPS /OMS, CONADIS y las propuestas del sector social.
5. Adecuar la Infraestructura hospitalaria en áreas inapropiadamente funcionales.
6. Asegurar que la atención médica se haga conforme a medicina basada en evidencias (Atención Médica-Investigación-Enseñanza).

- **Líneas de Acción**

#### Meta 1. Mejorar la calidad y seguridad de la atención médica de los pacientes, en particular, pacientes geriátricos, niños, adolescentes y mujeres de manera que se consiga la prevención secundaria de enfermedades y lesiones discapacitantes.

##### Líneas de Acción Meta 1

1. Cumplir con los requisitos de la Certificación del Consejo de Salubridad General y de la ISO9000.
2. Empleo sistemático de la CIF.
3. Revisión y ajuste de los criterios de admisión para que correspondan a la atención de alta especialidad y los proyectos de investigación y a las necesidades de enseñanza.
4. Fortalecer la Unidad de Calidad, el Comité de Calidad, el Comité del Expediente Clínico y la participación del Aval Ciudadano.

#### Meta 2. Implementar la Evaluación de resultados(Outcomes)

##### Líneas de Acción Meta 2

5. Tomar en consideración los resultados clínicos (Outcomes) Internacionales de las diferentes especialidades.
6. Implementar el uso de escalas internacionales e incorporarlas al Expediente Clínico Electrónico.

#### Meta 3. Crear Modelos de atención para la prevención y rehabilitación de discapacidades para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica para la rehabilitación integral de los principales problema discapacitantes en el país.

7. Considerar como población blanco las siguientes:

**Discapacidades causadas por enfermedades crónicas no transmisibles:**

**Meta 3. Crear Modelos de atención para la prevención y rehabilitación de discapacidades para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica para la rehabilitación integral de los principales problema discapacitantes en el país.**

Líneas de  
Acción Meta 3

- a) Diabetes mellitus: amputaciones, retinopatía diabética, neuropatía y nefropatía
- b) Cáncer: secuelas de cáncer de mama, cáncer de laringe y cáncer de óseo
- c) Hipertensión arterial sistémica : secuelas de EVC
- d) Obesidad: osteoartritis, dorsopatías.

**Discapacidades de la infancia y la adolescencia:**

- a) Hipoacusia
- b) Catarata congénita
- c) Displasia del desarrollo de la cadera
- d) Pie equino varo congénito
- e) Amputaciones congénitas
- f) Autismo

**Discapacidades por envejecimiento:**

- a) Osteoartritis
- b) Fracturas de cadera por osteoporosis y otras
- c) Catarata senil

**Discapacidades por Accidentes**

- a) Fracturas graves
- b) Secuelas de traumacráneo-encefálico
- c) Paraplejia y cuadriplejiatraumáticas
- d) Amputaciones traumáticas

**8.** Revisar y actualizar los Manuales de Organización y Procedimientos.

**9.** Actualizar las Guías de Práctica Clínica.

**Meta 4. Los criterios de admisión estarán determinados por las discapacidades definidas por el PROSESA, y los criterios OPS /OMS, CONADIS y las propuestas del sector social.**

Líneas de  
Acción Meta 4

- 10.** Revisión y ajuste de los criterios de admisión para que correspondan a la atención de alta especialidad, los proyectos de investigación, las necesidades de enseñanza y población blanco.
- 11.** establecer convenios de coordinación para la referencia y contra-referencia de casos.

**Meta 5. Adecuar la Infraestructura hospitalaria en áreas inapropiadamente funcionales**

Líneas de  
Acción Meta 5

- 12.** Evaluación de la infraestructura de acuerdo a la normatividad correspondiente.
- 14.** Elaboración del proyecto de inversión y registro en cartera.
- 15.** Aprovechamiento espacios producto del Proyecto de la Construcción del Edificio de la Recuperación de Áreas Médicas y Urgencias.

## Meta 6. Asegurar que la atención médica se haga conforme a medicina basada en evidencias (Atención Médica-Investigación-Enseñanza)

### Líneas de Acción Meta 6

16. Capacitación del personal en medicina basada en evidencias.
17. Revisión de Guías de Práctica Clínica para que sean congruentes con medicina basada en evidencias.
18. Auditoría periódica del Expediente Clínico.

## 7.4 Administración

- 8 Metas
- 28 Líneas de Acción

### • Metas

1. Reingeniería.
2. Integración de las áreas administrativas.
3. Obtener las ampliaciones presupuestales necesarias.
4. Incrementar los recursos propios.
5. Etiquetar los recursos propios de Enseñanza para cubrir sus propias necesidades.
6. Integración y funcionamiento del Patronato.
7. Realizar la Adecuación y Equipamiento de la Unidad de Rehabilitación y Ortopedia Geriátrica.
8. Fortalecer la reducción de riesgos.

### • Líneas de Acción

## Meta 1. Reingeniería

### Líneas de Acción Meta 1

1. Análisis y Modificación, en su caso, de la Estructura Orgánica.

## Meta 2. Integración de las Áreas Administrativas.

### Líneas de Acción Meta 2

2. Realizar las licitaciones públicas para la construcción y la supervisión de la obra del Edificio para la Recuperación de Áreas Médicas y Ampliación de Urgencias.
3. Concluir la licitación pública para el equipamiento y llevar a cabo la adjudicación.
4. Capacitación del personal ya disponible para el funcionamiento de las áreas de Cero Rechazo y de Rehabilitación Inmediata de pacientes atendido en Urgencias cuyas áreas están integradas, como acciones innovadoras en el proyecto de recuperación de áreas médicas y ampliación de urgencias.

## Meta 3. Obtener las ampliaciones presupuestales necesarias.

### Líneas de Acción Meta 3

5. Comprometer el recurso presupuestal solicitado para atender las metas de las áreas sustantivas.
6. Dar a conocer el déficit presupuestal sobre la base del presupuesto autorizado y el ejercido en el año anterior.
7. Iniciar las Licitaciones Públicas necesarias para el ejercicio 2017.
8. Ejercer eficiente y oportunamente el presupuesto calendarizado.

#### **Meta 4. Incrementar los Recursos Propios.**

Líneas de  
Acción Meta 4

9. Actualizar el Tabulador de Cuotas de Recuperación.
10. Reforzar y ampliar los convenios de colaboración de atención médica con instituciones del sector público.
11. Incrementar los convenios con compañías de seguros privados.
12. Incrementar los ingresos de los cursos de Enseñanza.

#### **Meta 5. Etiquetar los Recursos Propios de Enseñanza para cubrir sus propias necesidades**

Líneas de  
Acción Meta 5

13. Administrar y Distribuir los recursos de Enseñanza para los fines de la propia Dirección de Educación en Salud.
14. Desarrollar un proyecto de presupuesto de insumos y equipos para enseñanza en base a los recursos obtenidos por estas actividades.
15. Elaborar el reglamento del uso de los recursos propios de Enseñanza.

#### **Meta 6. Integración y funcionamiento del Patronato.**

Líneas de  
Acción Meta 6

16. Proponer a la Junta de Gobierno la reestructuración del Patronato.
17. Designación del Patronato.
18. Elaboración del Programa de Trabajo del Patronato.

#### **Meta 7. Realizar la Adecuación y Equipamiento de la Unidad de Rehabilitación y Ortopedia Geriátrica.**

Líneas de  
Acción Meta 7

19. Completar el proceso del Registro en Cartera.
20. Presentar el proyecto ya autorizado por el Titular de la Comisión de Protección Social en Salud al Consejo Técnico del Seguro Popular.
21. Llevar a cabo las Licitaciones Públicas para la adquisición del equipamiento necesario y de la adecuación de las instalaciones existentes.
22. Continuar con la capacitación del personal disponible: Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación, Ortopedia, Geriátrica, Enfermería, etc.

#### **Meta 8. Fortalecer la Reducción de Riesgos.**

Líneas de  
Acción Meta 8

23. Solucionar las Observaciones del Comité de Hospital Seguro.
24. Fortalecer el Comité de Protección Civil
25. Llevar a cabo cursos y seminarios de Relaciones y Desarrollo Humano en el Instituto.
26. Actualizar la Matriz de Riesgos del Instituto.
27. Reforzar los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física.
28. Promover la disposición del respaldo del Expediente Clínico Electrónico del Instituto.

## 7.5 Metas PEF2017

### Programa Presupuestario E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"

Área: Capacitación gerencial y administrativa

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
1	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de servidores públicos capacitados</b>	3.9	21.0	N/A*	N/A*
	VARIABLE 1	Número de servidores públicos capacitados	100	118		
	VARIABLE 2	Número total de servidores públicos susceptibles de capacitarse x 100	2,450	563		

\* Indicador no reportado en este período

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
2	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial</b>	97.0	75.3	N/A*	N/A*
	VARIABLE 1	Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	97	137		
	VARIABLE 2	Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial	100	182		

\* Indicador no reportado en este período

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
3	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial</b>	138.5	92.3	N/A*	N/A*
	VARIABLE 1	Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	18	12		
	VARIABLE 2	Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	13	13		

\* Indicador no reportado en este período

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
4	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación</b>	55.6	100.0	N/A*	N/A*
	VARIABLE 1	Número de temas incluidos en el Programa Anual de Capacitación	10	7		
	VARIABLE 2	Número de temas detectados que se apegan a las funciones de los servidores públicos x 100	18	7		

\* Indicador no reportado en este período

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
5	INDICADOR	<b>Porcentaje de temas administrativos y gerenciales contratados y registrados en el Programa Anual de Capacitación</b>	N/A*	0.0	N/A*	N/A*
	VARIABLE 1	Número de temas en materia administrativa y gerencial contratados		0		
	VARIABLE 2	Número de temas en materia administrativa y gerencial registrados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) x 100		23		

\* Indicador no reportado en este período

**Programa Presupuestario E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"**

Área: Formación y desarrollo de recursos humanos especializados para la salud

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
3	INDICADOR	<b>Eficiencia terminal de médicos especialistas</b>	96.2	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtiene constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico	126	140	147	147
	VARIABLE 2	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico x 100	131	140	147	147

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
4	INDICADOR	<b>Eficiencia terminal de posgrado no clínico</b>	100.0	100.0	100	100
	VARIABLE 1	Número de profesionales en posgrado no clínico con constancia de terminación	8	10	9	9
	VARIABLE 2	Total de profesionales en posgrados no clínicos inscritos en la misma cohorte x 100	8	10	9	9

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
5	INDICADOR	<b>Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua</b>	85.9	86.7	85.0	85.0
	VARIABLE 1	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	3,886	4,268	3,570	3,570
	VARIABLE 2	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el período reportado x 100	4,524	4,925	4.200	4.200

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
6	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos</b>	91.2	82.9	82.4	82.4
	VARIABLE 1	Número de cursos de formación de posgrado impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad por parte de los médicos en formación superior a 80 puntos	31	29	28	28
	VARIABLE 2	Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el período x 100	34	35	34	34

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
7	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de cursos de posgrado no clínico con promedio de percepción de calidad superior a 80 puntos</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de cursos de formación de posgrado no clínico impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos	2	2	2	2
	VARIABLE 2	Total de cursos de formación de posgrado no clínico impartidos en el período x 100	2	2	2	2

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
8	<b>INDICADOR</b>	<b>Eficacia en la impartición de cursos de educación continua</b>	75.5	81.6	95.6	95.6
	VARIABLE 1	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el período	37	40	43	43
	VARIABLE 2	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo período x 100	49	49	45	45

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
9	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua</b>	67.6	55.1	60.0	60.0
	VARIABLE 1	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el período	3,057	2,715	2,520	2,520
	VARIABLE 2	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el período x 100	4,524	4,925	4,200	4,200

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
10	<b>INDICADOR</b>	<b>Percepción sobre la calidad de la educación continua</b>	9.5	9.5	9.1	9.1
	VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el período) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	9,272	9,167	10,865	10,865
	VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen el período) encuestados	975	965	1,194	1,194

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
12	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de cobertura de matrícula requerida</b>	89.9	97.6	99.6	99.6
	VARIABLE 1	Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (becas o matrícula)	240	245	247	247
	VARIABLE 2	Número de espacios educativos de posgrado requeridos de acuerdo a las necesidades institucionales x 100	267	251	248	248

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
13	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de postulantes aceptados</b>	37.6	41.9	39.5	39.5
	VARIABLE 1	Número de candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado	65	62	68	68
	VARIABLE 2	Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100	173	148	172	172

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
14	<b>INDICADOR</b>	<b>Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua</b>	113.5	123.6	95.0	93.4
	VARIABLE 1	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el período reportado	4,524	4,925	4,200	3,720
	VARIABLE 2	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el período reportado x 100	3,985	3,985	4,421	3,985

Programa Presupuestario E022 "Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud"

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
1	<b>INDICADOR</b>	<b>Proporción de investigadores institucionales de alto nivel</b>	55.7	30.4	26.7	26.0
	VARIABLE 1	Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de investigadores de las categorías D-E-F del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	54	34	28	27
	VARIABLE 2	Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	97	112	105	104

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
2	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto</b>	41.6	54.5	35.9	34.8
	VARIABLE 1	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII) en el período	72	54	33	32
	VARIABLE 2	Artículos científicos totales publicados en revistas (niveles I a VII) en el período	173	99	92	92

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
3	<b>INDICADOR</b>	<b>Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel</b>	1.1	1.6	1.2	1.2
	VARIABLE 1	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII, de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores) en el periodo	57	54	33	32
	VARIABLE 2	Número total de investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sea miembro vigente en el SIN y que no tenga nombramientos de investigador del SII, en el periodo	54	34	28	27

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
4	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de artículos científicos en colaboración</b>	65.9	71.7	67.4	67.4
	VARIABLE 1	Artículos científicos institucionales publicados en revistas (I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	114	71	62	62
	VARIABLE 2	Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (I a VII) en el periodo	173	99	92	92

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
9	INDICADOR	<b>Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud</b>	-17.6	2.8	2.8	2.8
	VARIABLE 1	Presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, en el año actual	15'305,890	9'762,051	7'865,357	7'865,357
	VARIABLE 2	Presupuesto federal total institucional en el año actual	18'567,905*	348'560,555	276'962,465	276'962,465

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
10	INDICADOR	<b>Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud</b>	43.5	134.6	101.7	101.7
	VARIABLE 1	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	12'456,770	13'140,000	8'000,000	8'000,000
	VARIABLE 2	Presupuesto federal institucional destinado a investigación en el año actual	8'679,290*	9'762,051	7'865,357	7'865,357

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
13	INDICADOR	<b>Promedio de productos por investigador Institucional</b>	1.9	0.7	0.9	0.9
	VARIABLE 1	Productos institucionales totales en el período	185	82	95	94
	VARIABLE 2	Total de investigadores institucionales vigentes* en el período	97	112	105	104

\*Considerar a productividad institucional de los investigadores vigentes del SII más otros investigadores que colaboren con la institución, que sean miembros vigentes en el SIN y que no tengan nombramiento de investigador del SII

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
14	INDICADOR	<b>Porcentaje de ocupación de plazas de investigador</b>	87.7	93.8	88.9	90.1
	VARIABLE 1	Plazas de investigador ocupadas en el año actual	71	76	72	73
	VARIABLE 2	Plazas de investigador autorizadas en el año actual	81	81	81	81

Programa Presupuestario E023 "Atención a la salud"

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
1	INDICADOR	<b>Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional</b>	4.2	3.1	3.5	3.5
	VARIABLE 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional en el período de evaluación	846	479	611	611
	VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el período de evaluación x 100	20,054	15,209	17,445	17,445

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
2	INDICADOR	<b>Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación</b>	99.6	99.6	99.7	99.7
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	7,604	6,498	7,263	7,263
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	7,636	6,523	7,288	7,288

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
3	INDICADOR	<b>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos</b>	95.8	95.3	97.6	97.6
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	2,304	2,382	2,460	2,460
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	2,404	2,499	2,520	2,520

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
4	INDICADOR	<b>Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas respecto al total realizado</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	911,801	1'148,701	1'305,825	1'305,825
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	911,801	1'148,701	1'305,825	1'305,825

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
5	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados</b>	16.2	18.8	23.0	23.0
	VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	47,569	56,540	72,009	72,009
	VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100	293,356	300,436	313,081	313,081

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2017	Estimación 2018
6	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados</b>	N/A	N/A	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución			7,228	7,228
	VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100			7,228	7,228

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
7	<b>INDICADOR</b>	<b>Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	242,545	221,734	264,626	264,626
	VARIABLE 2	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta) x 100	242,545	221,734	264,626	264,626

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
8	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos</b>	91.9	93.8	91.9	91.9
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	1,436	1,207	1,356	1,356
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	1,563	1,287	1,476	1,476

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
9	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados con forme a la NOM SSA 004</b>	94.2	95.0	93.3	93.3
	VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	113	114	112	112
	VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	120	120	120	120

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
10	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas</b>	100.0	100.0	100	100
	VARIABLE 1	Número de auditorías clínicas realizadas	1	1	1	1
	VARIABLE 2	Número de auditorías clínicas programadas x 100	1	1	1	1

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
11	<b>INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de ocupación hospitalaria</b>	69.8	62.2	75.0	75.0
	VARIABLE 1	Número de días paciente durante el período	38,752	34,640	41,967	41,967
	VARIABLE 2	Número de días cama durante el período x 100	55,500	55,722	55,944	55,944

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
12	<b>INDICADOR</b>	<b>Promedio de días estancia</b>	6.9	6.9	6.9	6.9
	VARIABLE 1	Número de días estancia	52,475	44,932	50,229	50,229
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	7,636	6,523	7,288	7,288

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
13	<b>INDICADOR</b>	<b>Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsulta</b>	72.9	64.7	69.6	69.6
	VARIABLE 1	Número de consultas de primera vez otorgadas en el período	20,158	15,045	17,996	17,996
	VARIABLE 2	Número de preconsulta otorgadas en el período x 100	27,668	23,271	25,869	25,869

NO. IND.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Cierre 2016	Cierre 2017	Estimación 2018	Estimación 2019
14	<b>INDICADOR</b>	<b>Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia)</b>	3.2	4.2	3.9	3.5
	VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el período de reporte	167	187	179	175
	VARIABLE 2	Total de días estancia en el período de reporte x 1000	52,475	44,932	50,229	50,229

## 7.6 Programación Numeralia

INVESTIGACIÓN	
AÑO	PROGRAMADO 2018
1) Núm. de artículos	92
Grupo I:	43
Grupo II:	16
Total:	59
Grupo III:	22
Grupo IV:	11
Grupo V:	0
Grupo VI:	0
Grupo VII:	0
Total:	33
2) Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) <sup>1</sup> ***	
ICM A:	10
ICM B:	40
ICM C:	26
ICM D:	17
ICM E:	1
ICM F:	2
Emérito:	0
Total:	96
3) Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII <sup>1</sup>	0.61
4) Artículos de los grupos (III-IV-V- VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII <sup>1</sup> *	0.34
5) Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII **	0.36
6) Sistema Nacional de Investigadores	
Candidato:	14
SNI I:	47
SNI II:	7
SNI III:	1
Total:	69
7) Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII <sup>1</sup> / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII <sup>1</sup>	0.57
8) Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII <sup>1</sup> e investigadores vigentes en el SNI	0.87
9) Producción	
Libros editados:	0
Capítulos en libros:	4
10) Núm. de tesis concluidas	
Especialidad:	62
Maestría:	10
Doctorado:	4
12) Núm. de proyectos con financiamiento externo:	39
Núm. agencias no lucrativas:	2

Monto total:	8,757
Núm. industria farmacéutica:	5
Monto total:	138
<i>13) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:</i>	
<i>14) Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución</i>	

ENSEÑANZA	
AÑO	PROGRAMADO 2018
1) <i>Total de residentes:</i>	336
Número de residentes extranjeros:	29
Médicos residentes por cama:	1
2) <i>Residencias de especialidad:</i>	7
3) <i>Cursos de alta especialidad:</i>	29
4) <i>Cursos de pregrado:</i>	38
5) Núm. estudiantes en Servicio Social	385
6. <i>Núm. de alumnos de posgrado:</i>	450
7) <i>Cursos de Posgrado:</i>	3
8) <i>Núm. autopsias:</i>	NA
% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos	NA
9) <i>Participación extramuros</i>	
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	650
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	170
10) % <i>Eficiencia terminal</i> (Núm. de residentes egresados/ Núm. de residentes aceptados):	99%
11) <i>Enseñanza en enfermería</i>	
Cursos de pregrado:	0
Cursos de Posgrado:	1
12) <i>Cursos de actualización</i> (educación continua) ***	45
Asistentes a cursos de actualización (educación continua) *	4,200
13) <i>Cursos de capacitación **:</i>	41
14) <i>Sesiones interinstitucionales:</i>	16
Asistentes a sesiones interinstitucionales	320
15) <i>Sesiones por teleconferencia:</i>	36
16) <i>Congresos organizados:</i>	3

**INDICADORES DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD**  
**Información anual de 2017**

	2018
<b>I. CONSULTA EXTERNA</b>	
<b>1) Índice de utilización de consultorio</b>	138,365.9
Número de consultas otorgadas x Sumatoria de tiempos de cada consulta /Número de consultorios x días laborables	
<b>2) Porcentaje de consultas de primera vez/preconsulta</b>	64.6
Número de consultas de primera vez /Número de preconsultas x 100	
<b>3) Proporción de consultas subsecuentes/primera vez</b>	12.1
Número de consultas subsecuentes/Número de consultas de primera vez x 100	
<b>4) Porcentaje de consultas programadas otorgadas</b>	100
Número de consultas realizadas/Número de consultas programadas x 100	
<b>II. URGENCIAS</b>	
<b>5) Razón de urgencias calificadas atendidas</b>	5.6
Número de urgencias calificadas/Número de urgencias no calificadas	
<b>III. HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>9) Promedio de días estancia</b>	6.8
Número de días estancia/Total de egresos	
<b>10) Porcentaje de ocupación hospitalaria</b>	75
Número de días paciente/Número de días cama censables x 100	
<b>11) Índice de rotación de camas</b>	28.4
Número de egresos/Número de camas censables	
<b>12) Intervalo de sustitución</b>	2.0
Porcentaje de desocupación x promedio de días estancia/porcentaje de ocupación	
<b>13) Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos</b>	95
Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004/Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	
<b>14) Porcentaje de pacientes referidos para atención médica</b>	19.7
Número de expedientes clínicos abiertos con referencia/Total de expedientes clínicos abiertos x100	

**INDICADORES DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD**  
**Información anual de 2017**

	<b>2018</b>
<b>15) Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación</b>	99.6
Número de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación/Total de egresos hospitalarios x 100	
<b>16) Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE</b>	100
Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico x 100	
<b>17) Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta</b>	142.0
Número de pacientes admitidos con patología no resuelta/Total de pacientes admitidos x 100	
<b>18) Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta</b>	53.9
Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta/Total de egresos x 1000	
<b>19) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria</b>	3.8
Número de defunciones hospitalarias/Total de egresos x1000	
<b>20) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)</b>	3.1
Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria/Total de egresos x 1000	
<b>21) Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad en atención hospitalaria superior a 80 puntos</b>	93.7
Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos / Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	
<b>22) Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas</b>	100
Número de auditorías clínicas realizadas/Número de auditorías clínicas programadas x 100	
<b>IV. CIRUGÍA</b>	
<b>23) Proporción de cirugías programadas realizadas</b>	100
Número de intervenciones quirúrgicas realizadas/Total de intervenciones quirúrgicas programadas x 100	
<b>24) Índice de utilización de salas de cirugía</b>	2,362.3
Número de cirugías programadas realizadas x Sumatoria de tiempos quirúrgico de cada cirugía/Número de salas de operaciones x días laborables	
<b>25) Porcentaje de cirugías ambulatorias</b>	37.2
Número cirugías ambulatorias /Total de cirugías realizadas x 100	

**INDICADORES DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD**  
**Información anual de 2017**

	<b>2018</b>
Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía/ Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100	
<b>28) Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura</b>	
Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura /Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos x 100	91.9
<b>29) Índice de cirugía de alta especialidad</b>	0.8
Número de procedimiento quirúrgicos de alta especialidad/Total de procedimientos quirúrgicos	
<b>30) Tasa de complicaciones quirúrgicas</b>	76.9
Número de complicaciones quirúrgicas/Total de cirugías realizadas x 1000	
<b>31) Tasa de complicaciones anestésicas perioperatorias</b>	25.9
Número de complicaciones anestésicas perioperatorias/Total de procedimientos anestésicos x 1000	
<b>32) Tasa de mortalidad quirúrgica</b>	0.3
Defunciones post intervención quirúrgica/Total de cirugías practicadas x 1000	
<b>33) Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas)</b>	0.3
Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica/Total de cirugías realizadas x1000	
<b>V. TERAPIA INTENSIVA</b>	
<b>34) Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia</b>	
Número de días paciente en terapia intensiva/Número de días cama en terapia intensiva x 100	53.5
<b>36) Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras por de decúbito durante estancia en terapia intensiva</b>	
Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión o decúbito durante su estancia en UTI /Número de pacientes egresados de UTI durante el período x 100	6.2

<b>37) Porcentaje de extubación no planificada</b>	0.1
Número de extubaciones no planificadas/Total de pacientes intubados x 100	
<b>VI. CONTROL DE INFECCIONES</b>	
	<b>2018</b>
<b>38) Tasa de infección nosocomial</b>	3.9
Número de pacientes con infección nosocomial/ Total de días de estancia en el período x 1000	
<b>39) Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva</b>	21
No. de pacientes con infecciones nosocomial en terapia intensiva /Total de días de estancia en el período x 1000	
<b>40) Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central</b>	2.1
Número de infecciones asociadas a catéter venoso central/Número de días catéter venoso central x 1000	
<b>41) Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical</b>	1.7
Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario/Número de días catéter urinario x 1000	
<b>42) Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica</b>	12.4
Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico/ Número de días ventilador mecánico x 1000	
<b>43) Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente</b>	2.6
Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus meticilina resistente /Número de hemocultivos tomados x 10000	
<b>44) Porcentaje de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes</b>	1,673.5
Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes/Número de infecciones intrahospitalarias x 1000	
<b>45) Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile</b>	0
Número de infecciones por Clostridium difficile/Número casos de diarrea intrahospitalaria x 100	
<b>VII. ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	
<b>46) Porcentaje de sesiones rehabilitadoras especializadas realizadas respecto al total realizado</b>	100
Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas/Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	

<b>47) Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados</b>	
Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados considerados de alta especialidad por la institución/Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100	37.6
<b>48) Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados</b>	
Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución/Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	100
<b>49) Porcentaje de percepción de satisfacción de calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos</b>	
Número de usuarios ambulatorios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos/Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	96.4
<b>50) Porcentaje de estudios interpretados de acuerdo a estándar de tiempo</b>	
Número de estudios interpretados en tiempo estándar/Número de estudios realizados x 100	15.0
<b>VIII. DE INMUNIZACIÓN POR VACUNACIÓN</b>	
<b>51) Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal</b>	
Pacientes vacunados contra influenza en el periodo invernal / Total de pacientes atendidos en el mismo periodo x 100	190.4
<b>IX. INDICADORES ESPECIALES</b>	
<b>OBSTETRICA Y NEONATAL</b>	
<b>DE PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	
<b>74) Índice de enfermeras tituladas-técnicas</b>	
Número de enfermeras tituladas/Número de enfermeras tituladas técnicas	7.6
<b>DE TRABAJO SOCIAL</b>	
<b>75) Índice de estudios socioeconómicos por trabajadora social</b>	
Total de estudios socioeconómicos realizados/Total de personal de trabajo social	440.6
<b>76) Índice de camas x trabajadora social</b>	
Total de camas censables/Total de personal de trabajo social	2.8

<b>77) Índice de casos nuevos por trabajadora social</b>	192.8
Total de casos nuevos/Total de personal de trabajo social	
	<b>2018</b>
<b>INDICADORES ESPECIALES (FARMACIA)</b>	
<b>78) Porcentaje de abasto de medicamentos</b>	93.3
Total de recetas surtidas/Total de recetas x 100	
<b>79) Porcentaje de medicamentos genéricos</b>	77.2
Total de medicamentos genéricos surtidos/Total de medicamentos surtidos en el periodo x 100	
<b>80) Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos</b>	22.8
Total de medicamentos de patente surtidos /Total de medicamentos surtidos en el período x 100	
<b>81) Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación</b>	88.9
Total de medicamentos adquiridos por licitación/Total de medicamentos adquiridos x 100	
<b>82) Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa</b>	11.1
Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa/Total de medicamentos x 100	

<b>ADMINISTRACIÓN</b>	
<b>AÑO</b>	<b>PROGRAMADO 2018</b>
1) <i>Presupuesto federal original</i>	1'416,860
1.1) <i>Recursos propios original</i>	172,117
2) <i>Presupuesto federal modificado</i>	1'413,860
2.1) <i>Recursos propios modificado</i>	172,117
3) <i>Presupuesto federal ejercido</i>	1'413,860
3.1) <i>Recursos propios ejercido</i>	172,117
4) <i>% del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:</i>	67
5) <i>% del Presupuesto a gastos de investigación:</i>	7
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	15,015
6) <i>% de Presupuesto a gastos de enseñanza:</i>	3
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	19,252
7) <i>% del Presupuesto a gastos de asistencia:</i>	80
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	404,538
8) <i>Total de recursos de terceros</i>	10,000
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	58,110
Recursos de origen externo:	10,000
9) <i>Núm. de plazas laborales:</i>	2,549
Núm. de plazas ocupadas	2,525
Núm. de plazas vacantes	24
% del personal administrativo:	7
% del personal de áreas sustantivas:	87
% del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	6
10) <i>Núm. de plazas eventuales:</i>	0