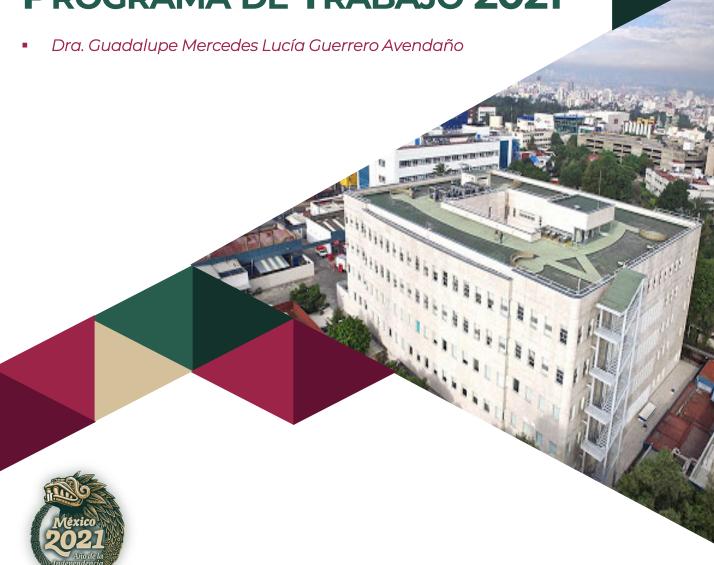




Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

PROGRAMA DE TRABAJO 2021







Marco Jurídico	2
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	4
ORIGEN DE LOS RECURSOS	5
Análisis del Estado Actual	6
OBJETIVOS PRIORITARIOS, ESTRATEGIAS PRIORITARIAS Y ACCIONES PUNTUALES	8
I.i. Objetivos prioritarios	8
Vinculación entre el Programa de Trabajo 2021 y el PSS	14
V.ii) Estrategias prioritarias y acciones puntuales	15
METAS	24
EPÍLOGO	44



Marco Jurídico

La elaboración del presente programa tiene como fundamento legal la Ley de Planeación, la cual establece en su Artículo 17 que las entidades paraestatales deberán:

I.- Participar en la elaboración de los programas sectoriales, mediante la presentación de las propuestas que procedan con relación a sus funciones y objeto observando siempre las variables ambientales, económicas, sociales y culturales que incidan en el desarrollo de éstos; II.- Elaborar sus respectivos programas institucionales, en los términos previstos en esta Ley, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales o, en su caso, por las disposiciones que regulen su organización y funcionamiento, atendiendo a las previsiones contenidas en el programa sectorial correspondiente observando en lo conducente las variables ambientales, económicas, sociales y culturales respectivas;

III.- Elaborar sus anteproyectos de presupuesto considerando los objetivos de sus respectivos programas institucionales.

Así mismo, se fundamenta en el Artículo 22 de la Ley de Planeación, en los Artículos 11, 46,47, 48, 49, 50, 53, 54 y 58 de la Ley de Entidades Paraestatales, en el Artículo 20 del Decreto de Creación del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y en los Artículos 1, 3 y 6 de su Estatuto Orgánico.

El Programa de Trabajo 2020 se establece en consecución al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024.

Cabe señalar, que el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", cumple su función de brindar salud a la población mexicana bajo el mandato del Artículo 40. párrafo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que garantiza que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución".

De acuerdo a lo anterior, los Ordenamientos Jurídicos vinculados con los Objetivos Institucionales son los siguientes:

♦ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F. 12-XII-2020.

LEYES

Al cierre, existen un poco más de cincuenta leyes que la Institución deberá observar y cumplir en las distintas acciones y proyectos que desarrolla, dentro de las principales leyes se pueden señalar los siguientes:

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales. D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 01-III-2019.
- Ley General de Salud. D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 07-I-2021.
- Ley Federal de Austeridad Republicana, D.O.F. 19-XI-2019.





- Ley de los Institutos Nacionales de Salud. D.O.F. 26-V-2000, Última Reforma D.O.F. 29-II-2019.
- Ley General de Bienes Nacionales. D.O.F. 20-V-2004, Última Reforma D.O.F. 21-X-2020.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 06-XI-2020.
- Ley de Coordinación Fiscal. D.O.F. 27-XII-1978, Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.
- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021. D.O.F. 25-XI-2020.
- Ley de Planeación. D.O.F.05-1-1983, Última Reforma. D.O.F. 16-II-2018.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 18-VII-2016.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas. D.O.F. 13-IV-2020.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo. D.O.F. 04-VIII-1994, Última Reforma D.O.F. 18-V-2018.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional. D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 01-V-2019.
- Ley Federal del Trabajo. D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.
- Ley General de Educación. D.O.F. 13-VII-1993, Última Reforma D.O.F. 30-IX-2019.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2020.
- Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles. D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 06-I-2020.
- Ley Federal de Derechos. D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 29-XII-2020.
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2020.
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. D.O.F. 4-1-2000, Última Reforma D.O.F. 13-I-2016.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. D.O.F. 9-V-2016, Última Reforma D.O.F. 27-I-2017.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. D.O.F. 13-VIII-2020.

CÓDIGOS

La Institución cumple con más de 8 Códigos, destacan los siguientes:

- Código Fiscal de la Federación. D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.
- Código Penal Federal. D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 01-VII-2020.
- Código Civil Federal. D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.
- Código Federal de Procedimientos Civiles. D.O.F. 24-II-1943, Última Reforma D.O.F. 9-IV-2012.
- Código Nacional de Procedimientos Penales. D.O.F. 05-III-2014, Última Reforma D.O.F. 22-I-2020.
- Código de Comercio. D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 24-XII-2020.
- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal. D.O.F. 26-VII-1994, Última Reforma D.O.F. 27-VI-2014.
- Código Fiscal del Distrito Federal. G.O.D.F. 29-XII-2009, Última Reforma G.O.D.F. 29-XII-2016.

De iqual manera son aplicables todas aquellas disposiciones jurídicas y ordenamientos como reglamentos, tratados internacionales, decretos, normas, manuales, planes y programas vigentes que regulen a la Institución en su ámbito de competencia.





SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APF: Administración pública federal.

CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF: Diario Oficial de la Federación.

ENT: Enfermedades no transmisibles.

HGMEL: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

PSS: Programa Sectorial de Salud 2020-2024

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SS: Secretaría de Salud.





ORIGEN DE LOS RECURSOS

La totalidad de las acciones que se consideran en este programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones, y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras éste tenga vigencia.

El presente Programa de Trabajo se realiza con la finalidad de atender oportunamente a los compromisos establecidos en el ejercicio 2021 con los recursos materiales, tecnológicos, financieros, humanos, entre otros; autorizados en el presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2021.





Análisis del Estado Actual

Estos tiempos han sido de fuertes cambios demográficos y epidemiológicos que han afectado la salud de los mexicanos y la de todo el mundo, esto implica ajustes al sistema de salud que lo fortalezcan y le permitan reaccionar con dinamismo ante los nuevos escenarios, tenemos que enfrentar la epidemiología de los tiempos actuales: en específico con los padecimientos crónico degenerativos y las enfermedades no transmisibles (ENT), lo cual se puede evidenciar en los altos porcentajes de población obesa, con sobrepeso y con problemas de hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer, entre otros, los cuales debido a una atención inadecuada genera en las personas complicaciones serias que limitan su posibilidad de interactuar en la sociedad desde un contexto de bienestar físico, económico y social. Así mismo estas enfermedades termina traduciéndose en una alta demanda de servicios de mayor complejidad y costo para el Hospital y en general para la sociedad.

Estos padecimientos para la Institución, representan una carga financiera importante, como por ejemplo para la realización de trasplantes, diálisis peritoneal ambulatoria y otras intervenciones, lo que obliga a que las autoridades del HGM tengan que establecer criterios de priorización basados en la disponibilidad de recursos. En este sentido se deben fortalecer los mecanismos de coordinación y financiamiento con otras dependencias de la administración pública federal (APF), como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o el Instituto de Salud para el Bienestar y entre organismos privados y civiles, a fin de que la atención no deje de proveerse por cuestiones financieras y de disponibilidad de recursos.

En materia de medicamentos y de insumos diversos, en el Hospital su disponibilidad se ha asegurado a través de su compra a partir, sobre todo, de ingresos propios, lo que ha permitido no existan problemas de consideración al respecto; sin embargo, la adhesión del Hospital a la nueva política de gratuidad de servicio y dotación de medicamentos sin cobro alguno plantea nuevos retos, dado que la cantidad de recursos propios disminuirá drásticamente al no aplicarse el cobro de cuota de recuperación.

Por tal motivo, para esta Institución resulta evidente la necesidad de avanzar decididamente e intensificar la calidad en los programas y acciones contenidos en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020, en consonancia con lo asentado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024 respecto de que "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos"; que garantice plenamente a la ciudadanía el acceso a los servicios de salud que requiere, y que tenga una atención de calidad y calidez en los mismos y una resolución pronta y efectiva de sus padecimientos.

En esta gestión hemos orientado nuestros mejores y mayores esfuerzos para impulsar a este Hospital en su fortalecimiento y renovación, para hacer una institución fuerte, moderna e innovadora, que responda a las necesidades actuales y futuras de nuestros pacientes.







Seguirán los retos en la materia, pero con la voluntad, sentido de pertenencia y compromiso de este gran equipo de trabajo lograremos cumplir grandes metas. La comunidad hospitalaria no se detiene ante los desafíos; estoy segura que en poco tiempo el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" llegará a ser una institución modelo que se pueda replicar en otras instituciones.







OBJETIVOS PRIORITARIOS, ESTRATEGIAS PRIORITARIAS Y Acciones Puntuales.

l.i. Objetivos prioritarios

Número	Objetivo prioritario
1	Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.
2	Impulsar la investigación científica en torno al paciente
3	Fortalecer los procesos de educación y capacitación dentro del Hospital
4	Mejorar la calidad en los servicios médicos e impulsar la mejora continua en todas las unidades administrativas y servicios médicos del Hospital
5	Impulsar una gestión trasparente y la rendición de cuentas en la conducción del Hospital

Relevancia del Objetivo prioritario 1: Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024 establece que "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos". En consonancia con ello, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 busca establecer los elementos para disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad.

Derivado de ello, la relevancia del objetivo prioritario planteado por el HGMEL se explica a partir de la necesidad de colaborar para dar cumplimiento a lo establecido en materia de protección de la salud en esos dos instrumentos de la planeación nacional y al precepto 4to constitucional de que "Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud"

La implementación de la política de gratuidad de servicio y de medicamentos asociados, impone un reto para el Hospital si se considera que su implementación prevé un aumento en la demanda de servicios para el hospital, sobre todo de aquellos de alta complejidad, y por otra parte una reducción significativa de los recursos financieros con los que dispone el Hospital, al ya no captar cuotas de recuperación, las cuales constituían un porcentaje importante de su presupuesto anual. El propósito es seguir brindando la atención médica necesaria a toda la población que la requiera y garantizar se dote de los medicamentos necesarios.





Sin embargo, el cumplimiento de tal objetivo impone la necesidad para el HGMEL de establecer nuevos mecanismos de cooperación, coordinación y negociación para definir nuevos mecanismos de financiamiento y control del gasto. Esos mecanismos estarán sustentados en información obtenida del análisis de costos por intervención, que permita disponer de parámetros de cuánto cuesta proveer la atención que solicita la población y permitirán hacer proyecciones de necesidades financieras según demanda por servicio. La vinculación con la SHCP, con la Comisión Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), adquiere una relevancia fundamental.

Del mismo modo, la consecución de este objetivo impone para el HGMEL la necesidad de plantearse nuevas estrategias gerenciales y de operación que permitan eliminar la capacidad ociosa y el deficiente uso de equipos y de recursos humanos; aumentar la productividad de los distintos servicios y reducir la cancelación de intervenciones médicas, entre otras.

Ante los desafíos que representan las adecuaciones al Sistema Nacional de Salud (SNS) para garantizar la protección de la salud con acceso y cobertura universal, el objetivo del HGMEL se adhiere a la necesidad de establecer un nuevo diseño institucional, a través del cual se modifique el modelo de atención para que el primer nivel esté en condiciones de resolver entre el 80 y 85 por ciento de la problemática de salud, a través de acciones de prevención, atención primaria y de educación y promoción de la salud, ya que ello permitirá que los servicios del Hospital no se saturen y se ofrezca la atención especializada a quien la requiera. Lo mismo se espera pase con la regulación de la atención en las distintas instituciones públicas de salud que ofrecen servicios a derechohabientes, a fin de garantizar el acceso a toda la población y alcanzar la cobertura universal.

Respecto de garantizar la dotación de medicamentos vinculados a la atención, el Hospital establecerá directrices que permitan garantizar una prescripción correcta y suficiente y eviten el desperdicio; del mismo modo establecerá procedimientos que garanticen se adquieran los medicamentos con las mejores condiciones de compra para el Hospital, incluyendo la adquisición a través de la SHCP, y se fortalecerán los mecanismos que permitan seguir evitando la corrupción y malas prácticas.

Aunado a eso el HGMEL se adhiere a las acciones que el Gobierno Federal lleve a cabo para mejorar la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos e insumos para la salud, en el sentido ampliar las capacidades institucionales e implementar una serie de mejoras a la cadena productiva, preferentemente en el ámbito de la industria farmacéutica nacional, a fin de disponer insumos para cualquier tipo de padecimiento.





Relevancia del Objetivo prioritario 2: Impulsar la investigación científica en torno al paciente.

Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación de alto nivel, que se vinculen con las condiciones, problemas y características de la población que se atiende en el Hospital, para generar conocimientos que permitan mejorar la atención a las personas y garantizar mejores resultados en su cuidado, es una labor impostergable; así como lo es el contribuir a la difusión de conocimiento nuevo, mediante la publicación de sus resultados en publicaciones científicas de alto impacto. Tales aspectos establecen la relevancia de este objetivo, sin dejar de considerar que el impulso a la realización de estudios e investigaciones clínicas y experimentales en las especialidades con que cuenta el HGMEL, es un aspecto esencial de su labor considerado desde su creación como entidad descentralizada de la Secretaría de Salud (SS).

El objetivo también tiene relevancia porque, desde la perspectiva de integrar un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, la investigación se constituye en el proceso requerido para disponer de evidencias que guíen los procesos y modelos subyacentes, bajo los cuales se sustentará la atención a la población, desde la detección y análisis diferenciado de información según las características, condiciones, necesidades y contextos de la población objetivo de estudio.

Se prevé que durante lo que resta del sexenio se fomentará la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en su promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género; así mismo se prevé desarrollar investigaciones sobre los problemas que más afectan a la población, como las ENT, o que proporcionen evidencia sobre el impacto que tienen las condiciones ambientales en la salud de la población, a fin de que los resultados aporten elementos para generar políticas públicas, programas académicos, estrategias integrales para su control o con el propósito de reducir la exposición a factores de riesgo.

Pero la realización de estas investigaciones requiere de establecer, impulsar y consolidar alianzas y convenios con diferentes sectores de la sociedad, sobre todo con el sector privado y social, a partir de una nueva forma de establecer estas relaciones; sustentadas en el principio rector de "honradez y honestidad" establecido en el PND 2019-2024. Destacan procesos de investigación sobre producción, acceso y uso de medicamentos, bajo una perspectiva bioética o la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública.





Igualmente, es importante mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones de Bioética, ello a fin de disponer de bases y elementos que sustenten la actividad científica del HGMEL, en apego a la normatividad y lineamientos vigentes sobre la materia.

Relevancia del Objetivo prioritario 3: Fortalecer los procesos de educación y capacitación dentro del Hospital.

Bajo el principio rector del PND de "ética, libertad, confianza", la relevancia de este objetivo prioritario radica en el hecho de que para HGMEL, la formación de nuevos recursos humanos en salud, su perfeccionamiento y su actualización es considerado un proceso indispensable, no sólo porque se reduce el déficit de profesionistas en salud en las instituciones sino, principalmente, porque los procesos de enseñanza y formación tienen como último objetivo el contar con recursos humanos interesados en el bienestar de la población que se atiende en el Hospital y en los lugares donde presten sus servicios los profesionistas que se formen en esta Institución.

Por ello, el objetivo es formar recursos humanos competentes en la atención médica especializada y facilitar la profesionalización continua del personal de la Institución, para que ofrezcan servicios de excelencia a los usuarios del Hospital. Para ello se aprovecharán, como fortalezas, el Centro Académico de Formación y Actualización Profesional Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM que se constituye, dentro del Hospital, en sede de excelencia para la formación en el pregrado y posgrado tanto médico como de enfermería; el Centro de Perfeccionamiento y Desarrollo de Habilidades Médico-Quirúrgicas; los servicios educativos para la formación de médicos generales y de especialistas y en la práctica clínica para la formación de profesionales de la salud y enfermeras a nivel técnico y licenciatura; así como los procesos que se realizan para la actualización de médicos generales, especialistas, enfermeras y otros profesionales y la disponibilidad de herramientas tecnológicas y de la información y comunicación.

En contraste, en el HGMEL se han identificado deficiencias que afectan la labor docente y los procesos de formación, educación y capacitación, entre las que destacan el poco desarrollo de la capacitación en bioética, tanatología y calidad de la atención, lo que no permite fortalecer los valores individuales, de la institución y la bioseguridad. También destaca la falta de vínculo o enlace entre los procesos de investigaciónenseñanza y la atención médica y la modernización de los procesos de docencia, a fin de que los mismos se sustenten en nuevos conocimientos y menos en lo anecdótico.

Para superar estos problemas y para mejorar los conocimientos, habilidades y características de los profesionales de la salud que se forman en el HGMEL, es que adquiere relevancia este objetivo prioritario.





Relevancia del Objetivo prioritario 4: Mejorar la calidad en los servicios médicos e impulsar la mejora continua en todas las unidades administrativas y servicios médicos del Hospital.

En coherencia con lo establecido en el PSS, la relevancia de este objetivo prioritario consiste en transformar los procesos y modelos subyacentes a los servicios de salud, a fin de transitar de procedimientos burocráticos poco resolutivos e insensibles hacia los usuarios, hacia procesos centrados en las personas y totalmente resolutivos en cuanto a la atención de problemas de salud e interacción con los servicios.

Con este objetivo, el HGMEL busca impulsar una visión centrada en el paciente a partir de la calidad como estrategia, el propósito es que los usuarios de sus servicios tengan una interacción satisfactoria y resolutiva; se buscará que el trato otorgado considere al paciente como un ser humano y que las técnicas de atención estén basadas en conocimientos científicos sólidos; que la estancia de los pacientes, como la de sus acompañantes, sea lo menos traumática posible y que al salir del hospital tengan la sensación de que se resolvió adecuadamente el problema por el que se asistió a sus instalaciones o de que se hizo todo lo humanamente posible.

La relevancia de este objetivo también debe valorarse desde la posibilidad de generar cambios en los procesos médicos o sustantivos, en la promoción del trato digno y en el impulso hacia la seguridad del paciente, pero también en la adecuación y desarrollo de procesos administrativos relacionados con la eficiencia, efectividad y aumento de la productividad en los servicios. Asociados a estas mejoras, cuyo fin es elevar la calidad de la atención en el hospital, están el fortalecimiento de los procesos de evaluación y seguimiento, el desarrollo de sistemas de información y análisis de datos y un manejo adecuado y eficiente de los recursos y el financiamiento.

El enfoque en este objetivo contempla la mejora continua y la implementación de la cultura de seguridad del paciente y su posterior consolidación, a fin de mejorar la atención clínica y personal en el Hospital. El control de calidad deberá ser una herramienta para lograr el bienestar de las personas; es decir, la calidad no es el fin sino un instrumento.

Además, para trabajar en un entorno basado en procesos de calidad será necesario impulsar procedimientos que aseguren la disponibilidad de insumos y de recursos, ya que sin ellos no se puede hablar de calidad en la tención; también se contempla desarrollar los elementos que permitan obtener la certificación del HGMEL, a fin de dar cumplimiento a los estándares establecidos por las instancias rectoras, pero sobre todo para asegurar que se ha dado cumplimiento a los estándares indispensables respecto del trato de los pacientes y funcionamiento del Hospital.





Relevancia del Objetivo prioritario 5: Impulsar una gestión trasparente y la rendición de cuentas en la conducción del Hospital.

La relevancia del quinto objetivo prioritario definido por el HGMEL radica en la posibilidad de avanzar en una nueva forma de administrar la institución, teniendo como base el hecho de que los beneficiarios de su operación son los ciudadanos y por ellos es necesario transparentar la forma en que se dirige, se toman las decisiones y se utilizan los recursos públicos que se le asigna. Del mismo modo, abre la posibilidad de desarrollar mecanismos de rendición de cuentas, donde los encargados de dar respuesta a las necesidades de la población son todos y cada uno de los servidores públicos que laboran en sus instalaciones y que por lo tanto tienen una responsabilidad con la población que solicita sus servicios.

El Gobierno Federal ha establecido el principio rector de "democracia significa el poder del pueblo", en el entendido de que dentro de un gobierno democrático lo esencial es socializar el poder político e involucrar a la sociedad en las grandes decisiones nacionales. Para lograr eso es necesario involucrar a la sociedad y para ello se hace indispensable instrumentar herramientas que impulsen la participación ciudadana, ya sean desde el punto de vista político o desde la valoración de las instituciones, y el conocimiento y entendimiento de lo que hace y debe hacer el gobierno para dar respuesta a las necesidades de la población.

La rendición de cuentas, por lo tanto, habla de la obligación de informar a los ciudadanos sobre lo que deberían de hacer las instituciones, sobre lo que hicieron, sobre las razones por las que lo hicieron y sobre como lo hicieron. Con estos controles al poder, las obligaciones de unos (Instituciones) son los derechos de otros (población), lo que integra a los que dan cuentas y a los que exigen cuentas.

Ahora bien, para que la población exija se le rindan cuentas, es necesario que también se involucre en los contextos y hechos de la administración pública y para ello requiere de información, misma que debe ser proporcionada por las propias instancias gubernamentales, bajo un principio de transparencia y como garantía del derecho constitucional de acceso a la información pública.

En este contexto, el objetivo del HGMEL es fortalecer la relación entre el Hospital y la sociedad con base en la rendición de cuentas, brindando información oportuna y transparente; pero además es contar con el apoyo de la sociedad para valorar y resolver problemas que afectan el cumplimiento de las funciones y metas.







Vinculación entre el Programa de Trabajo 2021 y el PSS.

Programa de Trabajo 2021	Programa Sectorial de Salud 2020- 2024
Objetivo prioritario 1 . Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.	Objetivo prioritario 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
Objetivo prioritario 2 . Impulsar la investigación científica en torno al paciente.	Objetivo prioritario 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
Objetivo prioritario 3. Fortalecer los procesos de educación y capacitación dentro del Hospital.	Objetivo prioritario 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
Objetivo prioritario 4. Mejorar la calidad en los servicios médicos e impulsar la mejora continua en todas las unidades administrativas y servicios médicos del Hospital.	Objetivo prioritario 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.
Objetivo prioritario 5. Impulsar una gestión trasparente y la rendición de cuentas en la conducción del Hospital.	Objetivo prioritario 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.





V.ii) Estrategias prioritarias y acciones puntuales

En continuación con la estructuración de este Programa Institucional del HGMEL, en las siguientes tablas se establecen las estrategias prioritarias y acciones puntales para cada uno de los objetivos prioritarios definidos:

Objetivo prioritario 1. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Conducir el quehacer de la Institución hacia el estadio que establece el nuevo modelo de salud integral e inclusiva con un enfoque de calidad, con el receptor de los servicios como centro prioritario de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y con una perspectiva de trato no discriminatorio y respeto total a los derechos humanos de los pacientes y sus núcleos de apoyo.

Estrategia prioritaria 1.1. Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles con un enfoque integral.

Disminuir el impacto de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante acciones integrales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para el paciente; a través de programas integrales de atención que tomen en cuenta la salvaguarda de los derechos humanos del paciente y estén basados en evidencia científica.

Acciones puntuales

- Impulsar una política integral para la prevención y tratamiento de 1.1.1. enfermedades transmisibles tomando en cuenta el reciente ascenso en la carga de enfermedad de éste grupo de enfermedades para la población mundial y en el escenario nacional; lo anterior por medio de brindar atención médica necesaria coadyuvando a frenar contagios y acercando al paciente al tratamiento correspondiente.
- Impulsar una política integral para la prevención y tratamiento de 1.1.2. enfermedades no transmisibles (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular) por medio del diagnóstico y tratamiento oportunos, con el propósito de retrasar la progresión de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el porcentaje de riesgo para complicaciones de salud añadidas.
- Contribuir a la disminución de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en la 1.1.3. población infantil, a través de la Clínica de Obesidad Infantil y Bienestar familiar.
- Detección y diagnóstico oportunos, tratamiento, rehabilitación y cuidados 1.1.4. paliativos de los pacientes con diagnóstico de cáncer, con énfasis en cáncer cérvico-uterino y de mama dada la carga de enfermedad que representan para la población mexicana.
- Fortalecer el programa Código Infarto a pacientes que ingresan al Servicio de 1.1.5. Urgencias por afecciones cardiovasculares, y de ésta manera aumentar sus probabilidades de supervivencia.
- Consolidar el modelo de atención integral contra las adicciones. 1.1.6.
- Fomentar la cultura del autocuidado en nuestros pacientes por medio del 1.1.7. Programa de Competencia Ciudadana y Universidad del Paciente, a través del cual se capacita a los pacientes y sus familiares en torno a sus padecimientos. en temas como hipertensión arterial, sobre peso, obesidad, cáncer, diabetes mellitus y los estilos de vida saludable.



Estrategia prioritaria 1.2. Otorgar atención médica de alta especialidad, con altos estándares de calidad y seguridad.

Acciones puntuales

- 1.2.1. Continuar e impulsar la atención médica de alta especialidad basada en evidencia científica, con procedimientos que cumplan estándares internacionales de calidad y seguridad del paciente.
- 1.2.2. Fortalecer el Plan maestro de procedimientos de mínima invasión.
- 1.2.3. Brindar atención médica de tercer nivel a problemas de salud de alto impacto a través de las Clínicas multidisciplinarias que funcionan en el hospital, con el fin de asegurar un abordaje integral.
- 1.2.4. Procurar el óptimo funcionamiento del equipo médico de alta tecnología, a través del mantenimiento preventivo, correctivo, uso eficiente, así como la capacitación constante al personal para su correcta utilización.

Estrategia prioritaria 1.3. Aportar servicios de diagnóstico y vigilancia epidemiológica para enfermedades transmisibles. Establecer y aplicar medidas de vigilancia, prevención y control de la propagación de infecciones nosocomiales, basada en la información recabada durante la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

Acciones puntuales

- 1.3.1. Realizar acciones específicas de prevención y control de infecciones nosocomiales en las áreas de hospitalización.
- 1.3.2. Realizar las acciones necesarias para que todo el personal de la Institución realice un lavado de manos correcto en el momento correcto.
- 1.3.3. Favorecer el abasto de medicamentos e insumos para la atención sanitaria. Especialmente de antibióticos, así como salvaguardar el uso correcto de los mismos, para disminuir el riesgo de resistencia bacteriana.
- 1.3.4. Mantener la calidad y productividad del Laboratorio de Influenza del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" certificado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE), que además realiza detección de otros virus respiratorios.
- 1.3.5. Promover los programas de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.
- 1.3.6. Realizar campañas informativas continuas de prevención y contención de enfermedades infectocontagiosas, tanto en el personal como entre los pacientes y familiares.

Estrategia prioritaria 1.4. Impulsar la salud sexual y reproductiva estableciendo protocolos género incluyentes que permitan atender y prevenir embarazos no planeados en adolescentes, infecciones de trasmisión sexual (VIH-SIDA), así como optimizar la atención de las urgencias obstétricas.

Acciones puntuales

- 1.4.1. Garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva a través de la atención médica integral, con un enfoque humanístico, de género y de no discriminación.
- 1.4.2. Optimizar el sistema de atención del Código mater, para prevenir y/o disminuir







la mortalidad materna y perinatal.

- 1.4.3. Favorecer el acceso universal a la información, educación y orientación sexual y reproductiva para la población adolescente, disminuyendo los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.
- 1.4.4. Continuar con las acciones de prevención y atención a pacientes con VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Estrategia prioritaria 1.5. Mejorar la infraestructura en salud desarrollando las acciones necesarias para el mantenimiento, conservación y optimización de la infraestructura hospitalaria, mobiliario y equipo, con el propósito de favorecer el óptimo funcionamiento y la prestación de servicios de calidad.

Acciones puntuales

- 1.5.1. Ejecutar las acciones de conservación y mantenimiento para garantizar la continuidad y calidad de los servicios, así como reducir costos de operación, en medida de lo posible, de acuerdo con la austeridad presupuestal, ampliando la vida útil de las instalaciones.
- 1.5.2. Gestionar con las autoridades sectoriales o con la iniciativa privada recursos para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, con los cuales se favorezca la implementación de nuevos proyectos asistenciales necesarios para satisfacer la demanda de servicios de salud.
- 1.5.3. Elaboración del proyecto de construcción y equipamiento del nuevo Servicio de Urgencias, a fin de garantizar la atención digna, oportuna y eficiente a la población usuaria.
- 1.5.4. Dignificar el espacio público (pasillos, jardines, exteriores, etc.) para contribuir a la realización de las labores inherentes y esenciales de la función Institucional.
- 1.5.5. Actualizar el Equipo Médico de Alta Tecnología con enfoque a la atención médica de alta especialidad.
- 1.5.6. Ofrecer solución a los problemas hematológicos y oncológicos en pacientes de población abierta con escasos recursos, mediante el fortalecimiento de la capacidad física y la Unidad de Trasplantes de Células Hematopoyéticas.
- 1.5.7. Ejecutar las acciones de Gestión de Equipo Médico necesarias en la medida que el presupuesto asignado lo permita, con la finalidad de garantizar su conservación y mantenimiento que coadyuven a que sea disponible y seguro para la atención de los pacientes.

Objetivo prioritario 2. Impulsar la investigación científica en torno al paciente

Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación de alto nivel, la generación y la aplicación de nuevas técnicas para la atención de patologías de pacientes que acuden al Hospital, así como contribuir en la difusión de conocimiento mediante publicaciones científicas de alto impacto.

Estrategia prioritaria 2.1. Impulsar la formación de nuevos investigadores.

Incrementar el número de investigadores con nombramiento, tanto del Sistema Institucional de Investigadores como en el Sistema Nacional de Investigadores, en los próximos años.







Acciones puntuales

- 2.1.1. Promover la integración de investigadores de nueva generación o con menor experiencia a grupos ya consolidados, o bien, propiciar la creación de nuevos grupos de trabajo.
- 2.1.2. Gestionar ante la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud (DGPIS), para que se incremente el número de plazas para investigadores en el Hospital.
- 2.1.3. Establecer un programa para fortalecer el ingreso, permanencia y promoción de investigadores, tanto del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) como del Sistema Institucional de Investigadores de la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud (DGPIS), mediante la difusión de convocatorias de ingreso a ambos sistemas, fomentando la publicación de sus trabajos en revistas científicas de alto impacto, induciendo la actualización curricular en ambos sistemas.

Estrategia prioritaria 2.2. Fomentar el desarrollo de la investigación científica a fin de apoyar la labor del HGMEL.

Establecer acciones específicas que impulsen y faciliten el desarrollo de investigación científica de acuerdo con las principales problemáticas de salud de la población.

Acciones puntuales

- 2.2.1. Promover el apego y cumplimiento de los Lineamientos Generales para la administración del financiamiento de proyectos de investigación clínica fase I a la IV en el HGM.
- 2.2.2. Impulsar la participación de los investigadores en las diferentes convocatorias nacionales e internacionales, públicas y privadas, para la obtención de recursos para el desarrollo de proyectos de investigación.
- 2.2.3. Fomentar entre la comunidad de investigadores, la emisión y entrega del reporte de avances, la producción científica a la Dirección de Investigación, derivada de la realización de proyectos.
- 2.2.4. Promover el aprovechamiento de las instalaciones destinadas a investigación clínica de innovación.

Estrategia prioritaria 2.3. Colaboración en materia de investigación

Incentivar la colaboración nacional e internacional en el desarrollo de líneas de investigación para mejorar las condiciones de salud de la población y establecer mejores prácticas médicas.

Acciones puntuales

- 2.3.1. Promover a nivel externo, las instalaciones destinadas a investigación clínica y tecnológica con las que cuenta el Hospital para el desarrollo de investigación.
- 2.3.2. Fortalecer la colaboración con la industria farmacéutica para el desarrollo de nuevos proyectos clínicos en el Hospital.
- 2.3.3. Fortalecimiento de la relación con instituciones que estén interesadas en realizar investigación básica o clínica en el hospital, para la creación de nuevos vínculos de investigación y la consolidación de convenios de colaboración.





Estrategia prioritaria 2.4. Mejora de los procesos administrativos en torno a los proyectos de investigación

Promover la mejora continua en los procesos administrativos de aprobación, desarrollo y seguimiento de los proyectos de investigación.

Acciones puntuales

- 2.4.1. Implementar el Sistema de gestión de proyectos de investigación con los investigadores y diferentes grupos de trabajo.
- 2.4.2. Impulsar a los investigadores a presentar los proyectos propuestos por la Industria Farmacéutica, con un presupuesto atractivo para el Hospital.
- 2.4.3. Optimizar el desarrollo de los procesos administrativos para la gestión de los proyectos de investigación.
- 2.4.4. Incrementar conforme al marco jurídico aplicable, la captación de Recursos de Terceros, a efecto de lograr mejores rendimientos para el Hospital.
- 2.4.5. Conformar un grupo de apoyo a la investigación patrocinada por la Industria Farmacéutica (IF) en el Servicio de Farmacología Clínica.

Objetivo prioritario 3. Fortalecer los procesos de educación y capacitación dentro del Hospital.

Formar recursos humanos competentes con calidad y pertinencia en la atención médica general y especializada y facilitar la profesionalización continua del personal de la Institución, para que ofrezcan servicios de excelencia a los usuarios del Hospital.

Estrategia prioritaria 3.1. Impulsar la capacitación del personal del HGMEL a fin de fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.

Acciones puntuales

- Planeación, elaboración, autorización y seguimiento del Programa Anual de Capacitación que garantice el desarrollo de competencias laborales de manera eficiente
- 3.1.2. Impartir cursos para la formación, actualización, entrenamiento y capacitación del personal en sus diferentes áreas de competencia.
- 3.1.3. Promover oportunidades de profesionalización de los médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.
- 3.1.4. Emplear y modernizar los recursos tecnológicos con que cuenta el Centro Electrónico de Información e Investigación Documental para la Salud (CEIDS) para la capacitación y educación en línea.

Estrategia prioritaria 3.2. Apoyar a la formación de recursos humanos para la salud a través de la implementación de residencias médicas, cursos de alta especialidad, cursos de pregrado, incluyendo el internado rotatorio de pregrado, cursos de posgrado, servicio social y prácticas profesionales, así como por medio de la enseñanza en enfermería, y áreas afines a la salud.







Acciones puntuales

- 3.2.1. Elaborar el diagnóstico de la situación interna de la enseñanza médica en el Hospital respecto al proyecto integral de salud, basado en el contexto nacional e internacional.
- 3.2.2. Establecer un Plan de adecuación académica relacionada con la salud, en consenso con las instancias universitarias y de institutos de educación que colaboran con el Hospital, para que las actividades de la enseñanza estén alineadas a las nuevas dimensiones de los servicios integrales de salud, eficientando e implementando los nuevos modelos educativos de la educación a distancia.
- 3.2.3. Mejorar la eficiencia terminal en la formación de especialistas en áreas de la salud, e impartir cursos para la formación, actualización, entrenamientos y capacitación.
- 3.2.4. Fortalecer y/o establecer nuevos convenios de colaboración en materia de educación médica, con instituciones nacionales e internacionales, bajo el enfoque integral de salud.
- 3.2.5. Asegurar las competencias de los profesionales de la salud para que su ejercicio clínico y quirúrgico sea seguro y de calidad, a través de fortalecer la implementación de cursos y talleres impartidos en el Centro de Perfeccionamiento en Competencias Médico-Quirúrgicas.
- 3.2.6. Utilizar y perfeccionar el módulo informático de pregrado, posgrado y alta especialidad, el cual permite el control y administración de los aspirantes y adscritos en el área de educación.
- 3.2.7. Realizar el proyecto de implementación de la Plataformas educativas que permitirá el establecimiento de herramientas informáticas para la educación en línea.
- 3.2.8. Fortalecer en forma significativa la ética, los principios y valores de la profesión, así como la prevención y erradicación del abuso, acoso y hostigamiento en las áreas sustantivas de la educación y capacitación

Objetivo prioritario 4. Mejorar la calidad en los servicios médicos e impulsar la mejora continua en todas las unidades administrativas y servicios médicos del Hospital.

Mejorar la calidad de los servicios en la Institución a través de acciones estratégicas encaminadas a fortalecer internamente los procesos sustantivos y administrativos, promoviendo el trato digno y con seguridad al paciente, así como la mejora continua y el uso eficiente de los recursos.

Estrategia prioritaria 4.1. Implementar la cultura de seguridad del paciente a fin de mejorar la atención clínica y los procesos solicitados por el Modelo de Consejo de Salubridad General.

Acciones puntuales

- 4.1.1. Difundir los estándares y requisitos en materia de calidad al personal de la Institución.
- 4.1.2. Establecer un programa de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario a largo plazo que contenga las acciones a realizar en torno al fomento de la cultura de seguridad del paciente y como consecuencia buscar la certificación







hospitalaria por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimiento de Atención Médica (SiNaCeAM)a/.

4.1.3. Realizar reuniones periódicas con el cuerpo Directivo, para la evaluación de los avances del programa de Certificación.

a/En el apartado de metas y parámetros se incluye para el seguimiento de la meta 4.1, el Cronograma de aplicación del Programa de trabajo para el fomento de la cultura de seguridad del paciente en el HGM.

Estrategia prioritaria 4.2 Fomentar la cultura del reporte no punitiva a fin de generar análisis que propicien la implementación de barreras de seguridad en los procesos.

Acciones puntuales

- 421. Integrar todos los reportes de IRSP (incluyendo errores de medicación, infecciones nosocomiales, eventos adversos y cuasifallas).
- 422. Identificar los servicios con menor reporte de IRSP.
- 423. Generar acciones orientadas a aumentar reporte CuasiFallas
- 424. Analizar las cuasifallas y eventos adversos por patrones y tendencias a fin de que, por medio del análisis, se identifiquen aquellos procesos, servicios o turnos con mayor riesgo y se implementen barreas de seguridad para que intentar evitar que esos errores sucedan por la misma causa.

Estrategia prioritaria 4.3. Garantizar el uso eficiente y efectivo de los recursos asignados al HGMEL a fin de contribuir al cumplimiento de sus objetivos y mejorar la calidad de sus servicios.

Acciones puntuales

- 4.3.1. Cumplir con el Programa de Fomento al Ahorro del Hospital que se establezca anualmente hasta el 2024. El cual deberá establecer las políticas de racionalidad que establezcan todas las áreas.
- 4.3.2. Continuar con la sistematización y automatización de los procedimientos de las áreas administrativas. En el caso de la Dirección de Recursos Financieros hemos utilizado un sistema contable por el que no hemos erogado ningún recurso ya que fue donado y no requerimos pagar un mantenimiento ni licencia alguna.
- 4.3.3. Garantizar que los insumos adquiridos sean asignados de manera eficiente para llevar a cabo las acciones enfocadas a proporcionar atención médica de calidad y seguridad al paciente.
- 4.3.4. Administrar los recursos materiales y financieros en forma eficaz, oportuna y eficiente, desde la requisición, contratación, suministro de bienes y servicios, almacenamiento y distribución, enfocada al uso, consumo y control óptimo con base en las necesidades de las áreas de Atención Médica, Investigación, Enseñanza y la propia Administración.
- 4.3.5. Mejora de los procesos administrativos y operativos a través de uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- 4.3.6. Establecer un documento maestro estructurado que guíe los esfuerzos y acciones a realizar, alineando las estrategias para resolver la problemática sobre la recepción de insumos con defecto de calidad.
- 4.3.7. Contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, e impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis





y seguimiento de la detección y administración de riesgos.

- 4.3.8. Mantener actualizada la plantilla del personal con la finalidad de regularizar los centros de adscripción, jornadas laborales, datos de los trabajadores, etc.
- 4.3.9. Coadyuvar en materia de recursos humanos, a los diferentes servicios del Hospital, a través de procesos de reclutamiento y selección de personal.
- 4.3.10. Garantizar el pago de sueldos al personal del Hospital.
- 4.3.11. Dar continuidad al control de asistencia y permanencia del personal en las diferentes ramas y servicios.
- 4.3.12. Estandarizar las gestiones legales, presupuestales y administrativas para el planteamiento eficaz de los requerimientos de contratación de servicios y adquisición de medicamentos, material de curación, laboratorio y diversos insumos médicos.
- 4.3.13. Promover en las áreas médicas y administrativas la detección de necesidades de bienes y de servicios, a fin de que soliciten oportunamente la contratación de éstos.

Objetivo prioritario 5. Impulsar una gestión trasparente y la rendición de cuentas en la conducción del Hospital

Fortalecer las acciones que garanticen la formación de una conducta ética en el funcionamiento administrativo de la Institución, transparencia en la asignación y el manejo de recursos públicos, así como en la rendición de cuentas.

Estrategia prioritaria 5.1. Constituir a la transparencia como una práctica cotidiana en el Hospital

Acciones puntuales

- 5.1.1. Sensibilizar a los directivos, jefes de servicios y de unidades administrativas sobre la necesidad de garantizar el derecho de acceso a la información pública y de protección a los datos personales.
- 5.1.2. Atender a la totalidad de las solicitudes de información pública recibidas en la Unidad de Transparencia.
- 5.1.3. Impulsar la participación del personal en la capacitación en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales.
- 5.1.4. Cumplir anualmente con la responsabilidad de cargar la información en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia (SIPOT) de acuerdo con los lineamientos emitidos por el INAI.
- 5.1.5. Resolver los asuntos en materia de acceso a la información y datos personales por medio del Comité de Transparencia.
- 5.1.6. Impulsar la sistematización de la información que genera el Hospital y su uso como mecanismo de seguimiento y evaluación.

Estrategia prioritaria 5.2. Establecer a la rendición de cuentas promoviendo el cumplimiento del marco legal y normativo en el que se desarrolla el quehacer institucional como un mecanismo de fortalecimiento.







Acciones puntuales

- 5.2.1. Vigilar el cumplimiento de la normatividad, mediante la transformación de este Hospital como una Institución transparente, abierta y con alto sentido de responsabilidad para fortalecer la confianza ciudadana en la institución.
- 5.2.2. Supervisar y vigilar que las actividades inherentes a la administración y registro de los recursos financieros asignados al HGMEL, así como la integración, autorización, ejercicio y control del presupuesto, sean llevadas conforme a la normatividad.
- 5.2.3. Continuar impulsando las actividades del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, así como la difusión permanente de temas en materia de contenido ético.
- 5.2.4. Informar a la Junta de Gobierno sobre las actividades sustantivas del Hospital para la toma de decisiones a nivel directivo.
- 5.2.5. Vigilar que los servidores públicos se apeguen a la legalidad durante el ejercicio de sus funciones, promoviendo el cumplimiento de la normatividad en materia de rendición de cuentas.
- 5.2.6. Instrumentar mecanismos que permitan informar a la sociedad sobre la labor de la institución y sobre la forma en que se utilizan los recursos públicos asianados.







METAS

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Metas Anteproyecto PEF 2021 1/

PP: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceag

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria

		Entidad/unidad:	Hospital Ger	neal de Méxic	o "Dr. Eduardo Liceag	2						para todo	los indicadores p	ara atender o	el avance semestral de la	Cuenta Pública 2021.	
						_											
No		Nivel MML: FIN 1a	Linea F	Base 2/	Estimado Cierre	E	n cada perio	odo de reporte :	se registra el v	Meta Programad		do proceda se manti	ene constante	9	Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind		DEFINICION DEL INDICADOR	Ano	Valor		Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep Oct	Nov [Dic	2021	2022	2024
	INDICADO	Tasa de incremento anual de plazas de médicos especialistas en formación FÓRMULA: (VARIABLE 1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	2016		0.0									0.0	0.0	0.0	0.0
1	VARIABLE 1	Plazas de médicos residentes otorgadas en el año actual por la Secretaría de Salud para formar médicos especialistas						lr	dicador rep	oortado por DO	BCES				0		
	VARIABLE 2	Plazas de médicos residentes otorgadas en el año anterior por la Secretaria de Salud para formar médicos especialistas													0		
		Nivel MML: FIN 1b				E	n cada perio	odo de reporte :	se registra el v	alor acumulado de	el indicador, cuan	do proceda se manti	ene constante	,			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre	- A				Meta Programad	a 2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind		The straight accurate at	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep Oct	Nov [Dic	2021	2022	2024
	INDICADO	Cobertura de plazas de residentes FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	0.0	0.0									0.0	0.0	0.0	0.0
2	VARIABLE 1	Número de plazas de médicos residentes ocupadas						Ir	dicador rep	oortado por DO	BCES				0		
	VARIABLE :	Número de plazas de médicos residentes disponibles													0		
		Nivel MML: FIN 1c				E	n cada perio	odo de reporte :	se registra el v	alor acumulado de	el indicador, cuan	do proceda se manti	ene constante	,			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programad	a 2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind		DO INGOVERE RESOLUTION	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep Oct	Nov [Dic	2021	2022	2024
	INDICADO	Efficiencia terminal de médicos especialistas en las entidades federativas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	0.0	0.0									0.0	0.0	0.0	0.0
3	VARIABLE 1	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico en las entidades federativas con plazas de residentes asignadas por la Secretaria de Salud						Indicado	r reportado	por Entidades	Federativas				0		
	VARIABLE 2	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico en las entidades federativas con plazas de residentes asignadas por la Secretaría de Salud													0		

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

Nivel MML: PROPÓSITO 1a

VARIABLE 1

VARIABLE 2

clínicas, maestrías y doctorados de la misma

l'otal de profesionales de especializaciones no

clínicas, maestrías y doctorados inscritos en la

cohorte con constancia de terminación

misma cohorte

DEFINICION DEL INDICADOR

Metas Anteproyecto PEF 2021 1/

"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"

En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante

Meta Programada 2021





Estimación

ÁREA: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud

Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD

Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceaga

Linea Base 2/

PP: E010

Estimado Cierre

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

17

18

Meta Anual

nd.		110000011011010000011000011000011000000	Ano	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
IN	DICADOR	Eficacia en la formación de médicos especialistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2009	96.5	100.0									100.0	100.0	100.0	101.9
v	ARIABLE 1	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico		251	235	•								235	235.0	250	265
		- Originados en becas DGCES		80	73									73	73.0	80	85
		- Originados en becas propia institución		118	116									116	116.0	120	
		(1) Subtotal de becas DGCES e institución		198	189									189	189.0	200	210
		(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales.		5	5	5								5	5.0	5	5
4		(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.		22	41									41	41.0	45	50
		(4) Otros (escriba en este espacio)		26											0.0		
V	ARIABLE 2	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico		260	235	5								235	235.0	250	260
		- Originados en becas DGCES		83	73									73	73.0	80	85
		- Originados en becas propia institución		122	116									116	116.0	120	120
		(1) Subtotal de becas DGCES e institución		205	189									189	189.0	200	205
		(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales.		5	5	6								5	5.0	5	5
		(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.		23	41									41	41.0	45	50
		(4) Otros (escriba en este espacio)		27											0.0		
		Nivel MML: PROPÓSITO 1b				5	n cada nerio	ndo de renor	ta ca ranietra al	valor acumulado	del Indicador	cuando proce	da se mantiene i	constante			
0.		Value of the Control	Linea	Base 2/	Estimado Cierre		ii cada peric	do de repor	te se registra er	Meta Program	mada 2021	cuando proce	ua se manuene (Jonstante	Meta Anual	Estimación	Estimación
nd.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
IN	DICADOR	Eficiencia terminal de especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2011	97.1	100.0									94.4	94.4	91.7	91.7
5	10110151	Número de profesionales de especializaciones no		20	40									47	47		

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

33

AGOSTO 14 2020

11

12

11

12

17

18

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

18

18

"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



ÁREA: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud

Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD

Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceaga

PP: E010

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

_		Nivel MML: PROPÓSITO 1c					En cada perio	odo de re	eporte se r	registra el va			cuando proceda se i	mantiene (constante			
No		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre		22	1			Meta Programada 2					Meta Anual	Estimación 2022	Estimación 2024
Ind	INDICADOR	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2011	95.0	100.0	Ene Feb	Mar	0.0	r h	100.0	Jun 100.0	Jul Ago	Sep 100.0	Oct Nov	100.0	100.0	100.0	100.0
(VARIABLE 1	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de los cursos de educación continua impartida por la institución		4,242	4,800			0		100	1,000		1,500		2,400	2,400	2,450	2,500
	VARIABLE 2	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado x 100		4,465	4,800			o		100	1,000		1,500		2,400	2,400	2,450	2,500
		Nivel MML: COMPONENTE 1a					En cada perio	do de re	eporte se r	registra el va	lor acumulado del in	dicador,	cuando proceda se i	nantiene (constante			
No		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre	- 1- 1		270	(4)		Meta Programada 2	021				Meta Anual	Estimación	Estimación 2024
Ind			Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	rj N	Vlay	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	100.0	100.0										91.1	91.1	91.1	91.1
-	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		74	77										72	72	72	72
	VARIABLE 2	Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el período x 100		74	77										79	79	79	79
		Nivel MML: COMPONENTE 1b					En cada perio	ndo de re	enorte se r	registra el va	lor acumulado del ir	dicador	cuando proceda se i	mantiene i	constante			
No		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre						Meta Programada 2	021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind			Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	r N	Vlay	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de cursos de especialización no clínicas, maestrías y doctorados con percepción de calidad satisfactoria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	100.0	100.0										100.0	100.0	100.0	100.0
1	VARIABLE 1	Número de cursos de especialización no clínica, maestría y doctorado impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos		9	3										3	3	3	3
	VARIABLE 2	Total de cursos de especialización no clínica, maestría y doctorado impartidos en el periodo X 100 IPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DES		9	3										3	3	3	3

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010

"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



ÁREA: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud

Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD

Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

		Nivel MML: COMPONENTE 1c					En cada periodo	de re	eporte se registra el va	alor acumulado del i	ndicador	, cuando proceda se	mantiene	constante			27.62
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Linea	Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 2	2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abi	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2011	98.7	100.0		0.0)	100.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
9		Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo		77	75		C	0	2	15		25		36	36	38	40
	VARIABLE 2	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo período X 100		78	75		C	0	2	15		25		36	36	38	40
							Fdd-										-
	1	Nivel MML: COMPONENTE 1d	Lines	Base 2/	Estimado Cierre		En cada periodo	ae re	eporte se registra el va	Meta Programada		, cuando proceda se l	nantiene	constante	Meta Anual	Estimación	Estimación
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor		F F-1				Jun			0-4 1	Di-		2022	2024
irid.			Ano	valor	2020	Ene Feb	Mar	Abı	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	ZVZZ	2024
	INDICADOR	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	52.2	62.5		0.0)	35.0	35.0		35.0		35.4	35.4	36.7	38.0
					-	1		-									

		FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	52.2	62.5	0.0	35.0	35.0	35.0	35.4	35.4	36.7	38.0
10		Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo		2,400	3,000	0	35	350	525	850	850	900	950
	VARIABLE 2	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100		4,600	4,800	o	100	1,000	1,500	2,400	2,400	2,450	2,500

		Nivel MML: COMPONENTE 1e					En cada periodo o	de rep	porte se registra el va	alor acumulado del i	ndicador	r, cuando proceda se	mantiene	constante			
No		DEFINICION DEL INDICADOR	Linea	Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 2	2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Inc		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADO	Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	2012	9.0	9.0		0.0		9.0	9.0		9.0		9.0	9.0	9.0	9.0
1	1 VARIABLE	Sumatoria de la calificación respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos manifestada por 1 los profesionales de la salud encuestados que participan en cursos de educación continua que concluyen en el período		38,135	40,500		0		720	7,200		10,800		17,100	17,100	17,500	17,900
	VARIABLE	Total de profesionales de la salud encuestados 2 que participan en cursos de educación continua que concluyen en el periodo		4,242	4,500		0		80	800		1,200		1,900	1,900	1,950	2,000

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

- 1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.
- 2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010

"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



ÁREA: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud

Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD	

Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

DEPRIODER BOOKEON Company Comp			Nivel MML: ACTIVIDAD 1					En cada perio	odo de repor	te se registra e	valor acumulado d	el indicador, cua	ndo proceda se m	antiene cor	nstante			
NOCADOR Processing de pessadors (Progrado clinic or specimento de geresadors de collicios)	No.			Linea I		Estimado Cierre				e co regiona e					I	Meta Anual		Estimación
NOCADO September of segression Programs of the grant scale (Programs of the grant scale (Programs of the grant scale (Programs of the grant scale) 2016 0.0 0.	Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep (Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
VARIABLE 1 Programade critically disclorately connected as equations on espatialized of control cont		INDICADOR	seguimiento de egresados (Posgrado clínico y especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados)	2016	0.0	0.0									0.0	0.0	0.0	0.0
No. DEFINICION DEL NOCADOR Live Base 2 Etimado Cerre En cada período de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se manifere constante	12	VARIABLE 1	posgrado clínico y especializaciones no clínicas, maestrías y doctorados con seguimiento de					Indicador a re	eportar por la	as DIRECCIONE	S GENERALES DE	COORDINACIÓN	I de la CCINSHAE			0		
DEFINICION DEL MICHADOR DEFINICION DEL MICHADOR DEFINICION DEL MICHADOR Porcentiaje de espacios académicos ocupados Porcentiaje de postulantes aceptados Porcentiaje de postulantes acep																0		
NDICADOR Porcentage de espacios educativos de posgrado cubiertos (plazas, becas o matricula) 130 VARIABLE 2 Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (plazas, becas o matricula) 724 706 708 708 709 708 709			Nivel MML: ACTIVIDAD 2					En cada perio	odo de repor	te se registra e	valor acumulado d	el indicador, cua	ndo proceda se m	nantiene cor	nstante			
INDICADOR Porcentaje de espacios académicos ocupados FORMULA: VARIABLEZ / VARIABLEZ			DEFINICION DEL INDICADOR				E E		1.00				C 1	0.4 1	Di-			Estimación 2024
Lines Base 2: Estimado Cierre Meta Artividado Meta Artividado	ind.	INDICADOR					Life Peu	Ividi	AU	ividy	Juli	Jul Ago	зер (OCT NOV				100.0
New MALE 2 disponibles en la institución x 100 1/30 1/30 1/30 1/30 1/30 1/30 1/30	13	VARIABLE 1			724	706									658	658	680	690
No. DEFINICION DEL INDICADOR Linea Base ½/ Estimación Canada Cana		VARIABLE 2			750	708									672	672	680	690
No. DEFINICION DEL INDICADOR Linea Base ½ Javano Valor Ano Valor Beli Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic 2021 2022 Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100 VARIABLE 2 Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100 Neta Programada 2021 Estimación May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic 2021 2022 21.9 21.9 21.8 22.0 25.0 26.5 26.5 27.0 27.0 27.0 27.0 27.0 27.0 27.0 27.0			Nivel MML: ACTIVIDAD 3					En cada perio	odo de repor	te se registra e	valor acumulado d	el indicador. cua	ndo proceda se m	antiene cor	nstante			
INDICADOR Porcentaje de postulantes aceptados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 VARIABLE 1 Institución para realizar estudios de posgrado X 100 VARIABLE 2 Institución para realizar estudios de posgrado X 100 Número de candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado X 1,068 1,100	No.			Linea l	Base 2/	Estimado Cierre		an odda pom	out ut ropor	to co region a ci			nao proceda co m	and one out	TO CONTROL	Meta Anual		Estimación
INDICADOR FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 2016 31.3 31.9 21.8 21.9 21.8 21.8 21.9 21.9 21.8 21.9 21.9 21.8 21.9 21.9 21.8 21.9 21.9 21.9 21.8 21.9 21.9 21.9 21.9 21.9 21.9 21.9 21.9	Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep (Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
VARIABLE 1 institución para realizar estudios de posgrado Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 1,068 1,068 1,100		INDICADOR		2016	31.3	31.9									21.9	21.9	21.8	21.9
VARIABLE 2 institución para realizar estudios de posgrado x 1,068 1,068 1,100	14	VARIABLE 1			250	265									234	234	240	245
		VARIABLE 2	institución para realizar estudios de posgrado x		800	830									1,068	1,068	1,100	1,120
LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021	LAS	METAS COM	PROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DES	EMPEÑO	DE ACUERI	DO A LOS RECURS	OS FISCA	ALES Y PROPI	OS DISPON	IBLES PARA EI	EJERCICIO FISCA	L 202 1						

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"





ÁREA: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud

Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:NBD

Entidad/unidad: Hospital Geneal de México "Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria pará todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

		Nivel MML: ACTIVIDAD 4					En cada periodo	de re	eporte se registra el vi			, cuando proceda se	mantiene d	constante			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Base 2/	Estimado Cierre			_		Meta Programada 1					Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.			Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2012	95.0	100.0		0.0)	100.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.
15	VADIABLE 1	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado		4,465	4,800		o)	100	1,000		1,500		2,400	2,400	2,450	2,500
	VARIABLE 2	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100		4,700	4,800		O)	100	1,000		1,500		2,400	2,400	2,450	2,500

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad: NBD	
	Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria
Entidad/unidad:)SPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAG	para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

CAPACITACIÓN CONSOLIDADO

772		Nivel MML: FIN						En cada p	eriodo de repo	orte se registra el v	alor acumulad	to del indic	cador, cuando	proceda se .	mantiene constant	te	Fecha:		
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	ea Base 2/	Estimado Cierre						Meta Progra	amada 2021	1000				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun		Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	0.0	100.0											100.0	100.0	100.0	100.0
1	VARIABLE 1	Número de servidores públicos capacitados			600											627	627	650	720
	VARIABLE 2	Número total de servidores públicos programados para capacitarse en el período			600											627	627	650	720

34		Nivel MML: PROPÓSITO					En cada perio	odo de r	eporte se registra el va			ando proceda se mant	tiene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	ea Base 2/	Estimado Cierre			1,200		Meta Programada 202	21	1840			Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ag	o Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	0.0	100.0	100	(0.0	0.0	98.9		96.7		96.1	96.1	96.0	96.3
2	VARMBLE1	Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación			730			0	O	177		623		1,145	1,145	1,200	1,300
	VARIABLE 2	Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación			730			0	O	179		644		1,192	1,192	1,250	1,350

331		Nivel MML: COMPONENTE					En cada p	eriodo de l	reporte se registra el va	alor acumulado del inc	ficador, cu	ando proceda se mant	iene constar	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 202	21				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Fel	Mar	Ab	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	0.0	100.0			0.0	0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
3	VARIABLE 1	Número de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente			60			0	0	11		37		72	72	80	87
	VARIABLE 2	Número total de Eventos de Capacitación realizados hasta su conclusión en el periodo de evaluación			60			0	0	11		37		72	72	80	87

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

- 1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.
- 2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



														Charles of the last of the las		A NORMANCE	SREACTA IMPROVALEDAD
							Programació	on y C	alendarización Ejerc	icio 2021							
		Clave entidad/unidad:		NDD													
		Entidadiunidad:	SPITAL GEN	NERAL DE MEXICO	"DR. EDUARDO LICEAG										vance semestral de la Cuent	a Pública 2021.	
		NIVEL MML: COMPONENTE					En cada periodo	o de re	porte se registra el valo	r acumulado del ind	icador, cua	ando proceda se manti	ene constar	nte			
		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	ea Base 2/ Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Meta Programada 202 Jun		Sep	Oct Nov	Dic	Meta Anual 2021	Estimacion 2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	0.0	47.8				0.0	100.0	1.2	100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
4	VARIABLE 1	Presupuesto institucional destinado a capacitación			4,300,000			0	0	498,000		1,857,000		3,905,000	3,905,000	4,000,000	5,000,000
	VARIABLE 2	Presupuesto institucional total ejercido			9,000,000			0	0	498,000		1,857,000		3,905,000	3,905,000	4,000,000	5,000,000
		Nivel MML: ACTIVIDAD					En cada periodo	o de re	porte se registra el valo	r acumulado del ind	leador, cua	ando proceda se manti	ene consta	nte			
					Estimado Cierre				V	Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación	Estimación
nd.		DEI INDICTORE INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	0.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100.0
5	VARIABLE 1	Número de temas incluidos en el Programa Anual de Capacitación			25									27	27	30	35
	VARIABLE 2	Número de temas detectados que se apegan a las funciones de los servidores públicos			25									27	27	30	35
- 0		Entidadivinidad: 38/TTAL GENERAL DE MESICO TOR. EDUARDO LICEA November Processor Pr						ate									
Section Control Co				Estimación													
nd.		T INCION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
		Porcentaie de temas contratados en el															

77		Nivel MML: ACTIVIDAD				Er	n cada perio	do de re	porte se registra el va			ando proceda se mam	iene consta	inte				
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre	£			1800		Meta Programada 202	21				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Fe	b	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	0.0	100.0			0	.0	0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
6	VARIABLE1	Número de temas contratados incluidos en el PAC			22				0	0	6		17		27	27	21	25
	VARIABLE 2	Número de temas programados para contratarse que se incluyeron en el PAC			22				0	0	6		17		27	27	21	25

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



														1000	SECRETARIA DE SACUO	A MOREGIN' N	THE ACTA SUPPLYMENTS
							Programación	y Calendarizaci	ión Ejer	cicio 2021							
FORMULA: VARIABLE IT VARIABLE 2X 100																	
		Entided the ideal	MONTH OF	EDAL DE MÉXICO													
		Entidadunidad	ISPITAL GEN	ERAL DE MEXICO	OR. EDUARDO LICEAG								para todos los	indicadores para atender el	avance semestral de la Cuent	ta Pública 2021.	
							CAPACIT	ACIÓN TI	ÉCNI	CO-MÉDIC	Δ						
		Nivel MML: FIN										ando proceda se man	tiene consta	nte	Fechac		
		DEFINICION DEL INDICADOR								Meta Programada 202	21						
Ind.		1	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr May		Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR		2018	100.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100.
1	VARIABLE :	Número de servidores públicos capacitados		950	450									477	477	500	550
	VAMABLE Z			950	450									477	477	500	550
		Nivel MML: PROPÓSITO					En cada periodo d	e reporte se regis	tra el va	lor acumulado del ind	licador, cui	ando proceda se man	tiene consta	mte			
		DEFINICION DEL INDICADOR				2 120							1 207 1 22				
ind.			Ano	Valor	2020	Ene Feb	Mar.	Abr May		Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Die	2021	2022	2024
	INDICADOR	cursos de capacitación técnico-médica	2018	100.0	100.0		0.0		0.0	91.7		90.0		90.1	90.1	90.0	90.
2	VARIASIC:	mayores conocimientos a través de capacitación		1100	600		0		0	22		188		430	430	450	500
	VARIABLE 2			1100	600		0		0	24		209		477	477	500	550
		Nivel MML: COMPONENTE					En cada periodo d	e reporte se regis	tra el va			ando proceda se man	tiene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR				E. 181				Meta Programada 202	21						
Ind.		1	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar /	Abr May		Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica	2018	100.0	100.0		0.0		0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

		NIVEL MML: COMPONENTE						En cada per	odo de	reporte se registra el va	ilor acumulado del ind	dicador, cua	ando proceda se mant	iene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre						Meta Programada 202	21				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Ab	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0				0.0	0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
3		Número de Eventos de Capacitación en materia Técnico-Médica realizados satisfactoriamente		70	55				0	0	2	2	12		29	29	35	40
	VARIABLEZ	Número total de Eventos de Capacitación en materia Técnico-Médica realizados hasta su conclusión en el período de evaluación		70	55				0	0	2	2	12		29	29	35	40

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

- 1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.
- 2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad:	NED					
Entidad/unidad:	XSPITAL GENERAL DE MÉXICO	"DR. EDUARDO LICEAG		Auy relevante: Favor de registrar la meta prevista par para todos los indicadores para atender el av		
COMPONENTE			En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se r	mantiene constante		
	Lines Base 26	Estimado Clarro	us transfer and the second		 Estimación	Estimación

		NIVEL MML: COMPONENTE					En cada perk	iene constai	nte								
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 202	H				Meta Anual	Estimación 2018	Estimación 2018
Ind.		The second of th	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Ab	r May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación técnico-médica respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	45.8	100.0			0.0	0.0	21.7		40.0		38.3	38.3	37.5	50.0
4	VARIABLE 1	Presupuesto institucional destinado a capacitación técnico médica		3000000	3,000,000			0	0	108,000		742,000		1,495,000	1,495,000	1,500,000	2,500,000
	VARIABLE 2	Presupuesto institucional total ejercido		6550000	3,000,000			o	0	498,000		1,857,000		3,905,000	3,905,000	4,000,000	5,000,000

		Nivel MML: ACTIVIDAD					En cada per	iodo de report	e se registra el v	alor acumulado e	fel indicador, cuando	proceda se i	mantiene constan	te			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programs	da 2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas identificados en materia técnico- médica que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100.0
5		Número de temas en materia técnico-médica incluidos en el Programa Anual de Capacitación		30	17									11	11	13	15
	VARIABLE 2	Número de temas detectados en materia técnico- médica que se apegan a las funciones de los servidores públicos		30	17									11	11	13	15

		Nivel MML: ACTIVIDAD					En cada periodo	de rep	orte se registra el va	lor acumulado del ind	licador, cui	ando proceda se mant	iene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	a Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0		0.0		0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
6		Número de temas en materia Técnico-Médica contratados incluidos en el PAC		30	17		0		0	1		7		11	11	13	15
	VARIABLE 2	Número de temas en materia Técnico-Médica programados para contratarse que se incluyeron en el PAC		30	17		0		0	1		7		11	11	13	15

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

- 1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.
- 2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



		Clave entidadiunidad:		NOO			Programación			, view visibella	JOE ACIS, IEEPICAREZINO						
		Entidadiunidad	ISPITAL GEN	VERAL DE MÉXICO	"DR. EDUARDO LICEAG				registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria dicadores para atender el avance semestral de la Quenta Pública 2021.								
		Nivel MML: FIN				PACITACIÓ					AL			Feethe			
The second secon			Line	ea Base 2/	Estimado Cierre	En cada pen		odo de reporte se registra el		Meta Programada 2021		moo proceda se mim	retre consu	nic .	Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor.	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100
1	- YARMSEE1	Número de servidores públicos capacitados		180	150									150	150	150	1
	VAMMARE 2	Número total de servidores públicos programados para capacitarse en el período		180	150									150	150	150	1
		NIVEL MML: PROPÓBITO					En cada periodo	de rei	porte se registra el va	lor acumulado del ind	ficador, cua	ando proceda se mant	iene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		ea Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		T DEFINITION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0		0.0		0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100
2	AWWRIET.	Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación administrativa y gerencial		250	130		0		0	155		435		715	715	750	8
	VARIABLE 2	Número de servídores públicos inscritos en acciones de capacitación administrativa y gerencial		250	130		0		0	155		435		715	715	750	8

NIVA MMIL: COMPONENTE En cada período de reporte se registra el valor acumulado del índicador, cuando proceda													ando proceda se mant	iene consta	nte				
N	b.	DEFINICION DEL RIDIC ADOR Lines Base 2/ Estimado Cierre Meta Programada 2021													Meta Anual	Estimación	Estimación		
In	d.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Die	2021	2022	2024
		INDICADOR	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0			0.0		0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
- 1	-			,				-							1				
	3	VARIABLE 1	Número de Eventos de Capacitación en materia administrativa y gerencial realizados satisfactoriamente		10	5			0		0	9		25		43	43	45	47
		VARIABLE 2	Número total de Eventos de Capacitación en materia administrativa y gerencial realizados hasta su conclusión en el periodo de evaluación		10	5			0		0	9		25		43	43	45	47

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEIOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

- 1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.
- 2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E010"FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"



														(200 PM	ECRETARÍA DE SALUS	A HOUSE OF STREET	TOR ACTA REPRODUCTION
	Programación y Calendarización Ejercicio 2021																
Clave entidadjunidad: xco																	
		Entidad/unidad:	SPITAL GEN	IERAL DE MÉXICO	"DR. EDUARDO LICEAG	May relevante. Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicados para estandes a superca sementar de la Cuestra Pública 2011.											
		NIVE MIML: COMPONENTE					En cada periodo	de re	porte se registra el va	lor acumulado del ind	licador cus	ando proceda se manti					
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	ea Base 2/	Estimado Cierre		an odda penodo		porte de regiona er re	Meta Programada 202		Meta Anual	Estimación	Estimación				
nd.		DEPINION DEL INDIGNOCIA	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación administrativa y gerencial respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019		21.7		0.0)	0.0	78.3		60.0		61.7	61.7	62.5	50.
4	VARIABLES	Presupuesto institucional destinado a capacitación administrativa y gerencial		1330512	1,300,000			þ	0	390,000		1,115,000		2,410,000		2,500,000	2,500,00
	VARIABLE 2	Presupuesto institucional total ejercido		6550000	6,000,000		c	0	0	498,000		1,857,000		3,905,000		4,000,000	5,000,00
		NIVEL MML: ACTIVIDAD					En cada periodo	de re	porte se registra el va	lor acumulado del ind	licador, cua	ando proceda se manti	ene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		ra Base 2/	Estimado Cierre					Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación	Estimación 2024
nd.			Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas identificados en materia Administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100
5	VARIABLE 1	Número de temas en materia Administrativa y gerencial incluidos en el Programa Anual de Capacitación		7	8									16	16	17	2
	VARIABLE 2	Número de temas detectados en materia Administrativa y gerencial que se apegan a las funciones de los servidores públicos		7	8									16	16	17	2
		NIVel MML: ACTIVIDAD					En cada periodo	de re	porte se registra el va	lor acumulado del ind	licador, cua	ando proceda se manti	iene consta	nte			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		na Base 2/	Estimado Cierre	Fac. Fin.				Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación 2022	Estimación 2024
nd.	INDICADOS	Porcentaje de temas en materia administrativa y gerencial contratados en el Programa Anual de	Año	Valor 400.0	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun 100.0	Jul Ago	Sep 400.0	Oct Nov	Dic 100 0	2021		

	NIVEI MILL: ACTIVIDAD En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante																	
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	Base 2/	Estimado Cierre						Meta Programada 202	1				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDIGADOR	Año	Valor	2020	Ene 8	eb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de temas en materia administrativa y gerencial contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	100.0	100.0			0.0		0.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
6		Número de temas en materia administrativa y gerencial contratados incluidos en el PAC		7	5			0		0	5		10		16	16	8	10
	VARIABLE 2	Número de temas en materia administrativa y gerencial programados para contratarse que se incluyeron en el PAC		7	5			0		0	5		10		16	16	8	10

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

PP: E022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad: NBD	
Entidad/unidad: HGM	

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

13			Nivel MML: FIN 1					En c	ada periodo	de reporte s	e registra e	l valor a	cumulado (lel indicad	dor, cuar	do proced	da se mantiene	constante			
No			DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre		20 000		50 02		M	eta Programa	da 2021	2. 3500			14.	Meta Anual	Estimación	Estimación
Inc	d.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	e Feb	Mar	Abr	May		Jun	Jul	Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
		INDICADOR	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	0.0	40.3												41.8	41.8	41.8	43.5
	1	VARIABLE 1	Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de investigador en Ciencias Médicas de las categorias D-E-F- Eméritos del SII más investigadores vigentes en el SNI (Niveles 1 a 3 y Eméritos) en el año actual			27	,											28	28	28	30
			Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual			67												67	67	67	69
			Nivel MML: PROPÓSITO 1 a					En c	ada periodo	de reporte s	e registra e	l valor a	cumulado e	lel indicad	dor, cuar	do proced	da se mantiene	constante			
No			DECEMBER MICHARDS		Linea Base 2/	Estimado Cierre						M	eta Programa	da 2021					Meta Anual	Estimación	Estimación

10.5	53	Nivel MML: PROPOSITO 1 a	C.				En c	ada periodo	ae reporte	e se registra el val	or acumulado del		or, cuando proced	da se manue	ie constante			V 10
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre		- 10				Meta Programada	2021	1951	70 00	345	Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul A	lgo Sep	Oct N	ov Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas de impacto alto FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2014	0.0	40.0			30.70		50.0	44.4				40.5	40.5	35.3	35.7
2	VARIABLE 1	Artículos científicos publicados en revistas de impacto alto (grupos III a VII) en el periodo			80					30	40				81	81	71	75
	VARIABLE 2	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo			200					60	90				200	200	201	210

102		Nivel MML: PROPÓSITO 1b	9				EIIC	ada periodo	ae reporte	e se registra ei vai			dor, cuando proced	da se manuene (constante	A		
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre						Meta Programada	2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul #	Ago Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Promedio de productos de la investigación por investigador institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	2019	0.0	3.2			- 5.000		1.5	1.7				3.2	3.2	3.3	3.3
3	VARIABLE 1	Productos institucionales totales, en el periodo			216					100	116				217	217	220	230
	VARIABLE 2	Total de Investigadores institucionales vigentes* en el período			67					67	67				67	67	67	69

^{*} Considerar la productividad institucional de los investigadores vigentes del SII más otros investigadores que colaboren con la institución, que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SII.

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACION INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACION SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACION PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

PP: E022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

		Clave entidad/unidad:	NBD			_											
		Entidad/unidad:	HGM												rta prevista para el mes de ma a atender el avance semestral		atoria
		Nivel MML: COMPONENTE 1a				En	cada periodo	de reporte s	e registra el va		el indicador, cua	ndo proced	fa se mantiene c	onstante			
lo.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre			To T		Meta Programa			I - I - I		Meta Anual	Estimación	Estimación 2024
nd.	INDICADOR	Proporción de investigadores del Sistema Institucional que se hacen acreedores del estimulo al desempeño FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	Valor 0. 0	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic 0.0	2021	2022	0
4	VARIABLE 1	Investigadores del Sistema Institucional que se hacen acreedores del estímulo al desempeño del año actual						INDIC	ADOR APL	ICABLE A L	A DGPIS				0		
	VARIABLE 1	Total de investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores en el año actual													0		
		Nivel MML: COMPONENTE 1b				En	cada periodo	de reporte s	e registra el va		el indicador, cua	ndo proced	la se mantiene c	onstante			
lo. nd.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Linea Base 2/ Valor	Estimado Cierre 2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Meta Programa Jun	da 2021 Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	Meta Anual 2021	Estimación 2022	Estimación 2024
	INDICADOR	Proporción de investigadores que se hacen acreedores al estímulo a la permanencia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	0.0	0.0							•		0.0	0.0	0.0	0
5	VARIABLE 1	Investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional que se hacen acreedores del estímulo a la permanecía en el año actual						INDI	CADOR AF	PLICABLE A	DGPIS						
	VARIABLE 2	Total de investigadores en el Sistema institucional de investigadores en el año actual			0									0	0	0	
		Nivel MML: COMPONENTE 1c				En	cada periodo	de reporte s	e registra el va	alor acumulado d	el indicador, cua	ndo proced	da se mantiene c	onstante			
lo.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre				77-	Meta Programa	da 2021				Meta Anual	Estimación	Estimación
nd.	INDICADOR	Tasa de variación de recursos destinados a apoyar la investigación FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2) / VARIABLE2 X 100	2018	Valor 0.0	2020	Ene Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic 0.0	2021	0.0	2024
6	VARIABLE 1	Presupuesto que obtiene la CCINSHAE para apoyar la investigación en el año actual						INDIC	ADOR APL	ICABLE A L	A DGPIS		-		0		
	VARIABLE 2	Presupuesto que obtuvo la CCINSHAE para apoyar la			2)										0		

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACION INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACION SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACION PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

PP: E022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

ave entidad/unidad: NBD	
ave emudadamindad. NBD	
Feddeds also Ideals HOM	

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Cuenta Pública 2021.

-		NIVEL MML: ACTIVIDAD 1					En cad	da periodo d	te reporte s	e registra el v		del indicador, cua	ando proced	da se mantiene d	constante		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	170
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre						Meta Progran					Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de investigadores vigentes en el Sistema Institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2019	0.0	0.0							3 12 12 1			0.0	0.0	0.0	0.0
10		Investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional en el año actual							INDIC	ADOR AP	LICABLE A	LA DGPIS				0		
		Total de Investigadores en el Sistema Institucional en el año actual														o		

		Nivel MML: ACTIVIDAD 2					En ca	da periodo	de reporte	se registra el l				ando procei	da se mantiene c	constante			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		Linea Base 2/	Estimado Cierre			100		400	Meta	Programada	2021	2200			Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene	Feb	Mar	Abr	May		Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2012	0.0	97.4					97	.4	97.4				97.4	97.4	100.0	100.0
11	VARIABLE 1	Plazas de investigador ocupadas en el año actual			38					3	8	38				38	38	39	39
	VARIABLE 2	Plazas de investigador autorizadas en el año actual			39					3	9	39				39	39	39	39

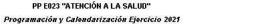
LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 17 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACION INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACION SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEJA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACION PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.





Clave entidad/unidad: NBD

Entidad/unidad: Holipital General de Mético Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoría

		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E310 2/	Estimado Clerre				Meta Programada:	2021				Meta Anual	Estimación	Ertimación
1.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar Abr	May	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
u	NDICADOR	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2015	1.7	23.5		27.5	27.6	27.	7	28.8		29.9	29.9	29.9	29.
1		Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación		1,211	6,468		1,720	2,912	3,47	4	5,211		6,948	6,948	7,090	7,23
950	VARUELE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100		69,978	27,539		6,256	10,563	12,53	4	18,105		23,246	23,246	23,711	24,18

		NI VAI MML: PROPÓBITO 1				En cada	periodo de rep	orte se	e registra el valor a	acumulado del i	ndicado	r, cuando proced	a se mantie	ne constante			
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E316 2/	Estimado Clerre		10.00			Meta Programada 2	021				Meta Anual	Erimación	Ertimación
Ind.		DEI INCION DEE INDICACOIC	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	Мау	nuL	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULÁ: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2009	90.4	87.6		91.3		91.3	91.3		91.4		91.4	91.4	91.4	91.
2		Número de egresos hospitalarios por mejoría y ouración		37,887	22,794		4,921		8,136	9,808		14,901		19,628	19,628	20,021	20,421
	WHENECS	Total de egresos hospitalarios x 100		41,927	26,012		5,391		8,911	10,740		16,299		21,482	21,482	21,912	22,350

0.		DEFINICION DEL INDICADOR	Lines	Ease 2/	Estimado Cierre				N.	Neta Programada 2	1021				Meta Anual	Ertimación	Ertimación
id.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Bne Feb	Маг	Abr	Мау	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	89.8	81.0		0.0)	0.0	85,2	2	0.0		85.1	85.1	86.0	86.
3	WEART	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 porcentuales		902	243					21:	3			383	383	430	51
	WRAD C2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	8	1,005	300					250	0			450	450	500	60

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMIA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

NI VEL MALL: COMPONENTE 18

En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante

PP E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad: NBD

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoría

		Entidad/unidad	i: Hospital G	eneral de Mético	Dr. Eduardo Liceaga							1,450,650,550		CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE PARTY.	sta para el mes de mayo. el avance semestral de l	. Esta información es obli a Ouenta Pública 2021.	gatorfa
No.		DEFINICION DEL INDICADOR		3 E319 2/	Estimado Cierre		40.00			Meta Programada 20		-			Meta Anual	Estimación	Ertimación
nd.		V CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	Ma;	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	98.9	99.2		98.9		99.0	99.0		99.1		99.1	99.1	99.3	99
4		Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas		64,049	40,030		9,880		16,188	19,846		29,396		38,212	38,212	39,720	40,51
		Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100		64,761	40,366		9,988		16,351	20,047		29,663		38,559	38,559	40,000	40,80

0.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	E319 2/	Estimado Clerre				Meta Programada 20	21				Meta Anual	Estimación	Ertimación
d.		DEFINE ON DEL INDEADOR	Año	Valor	2020	Bne Feb	Mar Abr	Ma;	Jun	Jul Ago	Sep C	Oct Nov	Elic	2021	2022	2024
1	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	4.0	5.2		5.3	5.3	5.3		5.3		5.4	5.4	5.4	5
5	WHATE	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución		1,012	774		210	350	420		630		850	850	867	81
		Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100		25,275	15,000		3,936	6,560	7,872		11,808		15,744	15,744	16,059	16,41

No.	8	MIUBI MML: COMPONENTE 1d	Lines	Bare 2/	Estimado Cierre	Lii cada	periono ne re	00,000	registra el valor	Meta Programada 2		, cuanta o proces	a oc manae	ine consumite	Meta Anual	Estimación	Estimación
Ind.	8	DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	Мау	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dig	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	47.7	58.0		58.0)	58.0	58.0	0	58.0		58.0	58.0	58.2	58.3
6		Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución		22,884	20,262		3,29	i	5,485	6,582	2	9,87		13,170	13,170	13,604	13,900
	WRIAG C2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100		47,980	34,914		5,67	3	9,455	11,34	6	17,019		22,694	22,694	23,375	23,843

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL ELERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEIOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

PP E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"



Programación y Calendarización Ejercicio 2021

Clave entidad/unidad: NBD

Entidad/unidad: Holipital General de Mético Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Quenta Pública 2021.

0.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E319 2/	Estimado Clerre		1000		M	eta Programada 20	21				Meta Anual	Estimación	Estimación
ıd.		DEFINE ON DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	Мау	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Elic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2018	98.0	52.2		100.0		100.0	100.0		100.0	1 1 1 2	100.0	100.0	100.0	100.
7		Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)		766,519	401,868		97,783		162,068	194,981		292,397		385,274	385,274	392,979	400,83
		Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) x 100		781,780	770,549		97,783	13.	162,068	194,981		292,397		385,274	385,274	392,979	400,83

		NIVE MML: COMPONENTE 28				CIT CALLS	hettono ne te	house se				ir, cuando procedi	a se manu	ene consume			
lo.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E310 2/	Estimado Clerre	Tel. 39		14. 40		Meta Programada 20	021	(0	v - 202 - 202	7	Meta Anual	Estimación	Estimación
ıd.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar	Abr	Ma;	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	85.1	0.1	0	0.	0	0.0	83.3		0.0	1.50	94.4	94.4	83.6	83
8	WAME	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 porcentuales		313	2					125				255	255	234	2
		Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100		368	5.			D.		150				270	270	280	2

0 0		NI VAI MALL: COMPONENTE 26				En cada	periodo de re	orte se	registra el valor a	cumulado del i	ndicador,	cuando proced	a se mantie	ne constante	8104000 US 91		
No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E319 2/	Estimado Cierre				181	Meta Programada 2	21				Meta Anual	Estimación	Ertimación
Ind.		DEFINE ON DEL INDICADOR	Ano	Valor	2020	Ene Feb	Маг	Abr	Мау	nuL	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2012	68.1	93.0		93.		93.3	93.0	i	93.4	8	93.4	93.4	93.4	94.
9		Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004		3,190	3,448		830		1,400	1,674		2,522		3,362	3,362	3,362	3,38
		Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100		4,684	3,706		900		1,500	1,800		2,700		3,600	3,600	3,600	3,60

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

PP E023 "ATENCIÓN A LA SALUD" Programación y Calendarización Ejercicio 2021



Clave entidad/unidad: NBD

Entidad/unidad: Holipital General de Mético Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta Información es obligatoria para todos los indicadores para atender el avance semestral de la Quenta Pública 2021.

No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E3 10 2/	Estimado Clerre			**	***	Meta Programa	da 2021	76.			Meta Anual	Ertimación	Ertimación
ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Bne Feb	Mar	Abr	Ма;	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de auditorías clínicas realizadas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	0.0	100.0									100.0	100.0	100.0	100.0
10	WEARCI	Número de auditorías clínicas realizadas		0	1									.1	1	1	
	WRAE C2	Número de auditorías clínicas programadas x 100		0	De									1	3	1	

No			Line	3 E31e 2/	Estimado Clerre		a periodo de repo			Meta Programada 2			and a second	0	Meta Anual	Estimación	Ertimación
ind.		DEFINICION DEL INDICADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar .	Abr	Ма;	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2009	80.2	61.7	,	76.5		75.6	75.1		74.		72.8	72.8	80.0	81.6
11	WRADEL	Número de días paciente durante el período		243,142	158,450		30,795		51,008	60,725	5	90,25	7	118,786	118,786	130,524	133,136
	WRIAGE?	Número de días cama durante el período x 100		303,142	256,884		40,230	7	67,497	80,907	,	122,03	1	163,155	163,155	163,155	163,156

No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E3 to 2/	Estimado Clerre				Meta Programada 2	2021			Meta Anual	Estimación	Ertimación
Ind.		DEFINE ON DECIMORADOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Mar Abr	Мау	Jun	Jul Ago	Sep Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	2016	5.8	6.1		5.8	5.9	5.9	9	5.8	5.8	5.8	5.7	5.7
12	- waxarı	Número de días estancia		256,018	158,690		31,479	52,412	63,009	9	94,749	124,202	124,202	125,444	127,952
	WHI AGE C2	Total de egresos hospitalarios		44,244	26,012		5,391	8,911	10,740	0	16,299	21,482	21,482	21,912	22,350

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

AGOSTO 14 2020

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUE SE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTÍME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.

Total de días estancia en el periodo de reporte

WAME TO

1000

NI UNI WALL: ACTIVIDAD 1

Metas Anteproyecto PEF 2021 1/

PP E023 "ATENCIÓN A LA SALUD" Programación y Calendarización Ejercicio 2021



Clave entidad/unidad: NBD

Entidad/unidad: Holpital General de Mético Dr. Eduardo Liceaga

Muy relevante: Favor de registrar la meta prevista para el mes de mayo. Esta información es obligatoría bara todos los indicadores para atender el avance semestral de la Quenta Pública 2021.

En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante

No.		DEFINICION DEL INDICADOR	Line	3 E310 2/	Estimado Clerre				***	Meta Programada 20	21	**		- 0	Meta Anual	Ertimación	Ertimación
Ind.		DEFINICION DEL INDICALOR	Año	Valor	2020	Ene Feb	Маг	Abr	Ma;	Jun	Jul Ago	Sep	Oct Nov	Dic	2021	2022	2024
	INDICADOR	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	2016	100.0	100.0		100.0	l	100.0	100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0
13		Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo		51,319	21,948		6,520		10,563	12,534		18,105		23,246	23,246	23,479	23,948
		Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100		51,319	21,948	3	6,520		10,563	12,534		18,105		23,246	23,246	23,479	23,948

En cada periodo de reporte se registra el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante NI UBI MML: ACTIVIDAD 2 Meta Anual Lines Este 2/ Estimado Clerre Meta Programada 2021 Ertimación Ertimación DEFINICION DEL INDICADOR Jul Ago Sep 2021 2024 Tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria INDICADOR 2016 9.7 27.1 14.7 14.7 14.7 14.6 14.5 14.5 11.3 11.1 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000 14 Número de episodios de infecciones nosocomiales 770 1,386 2,496 4,298 462 924 1,806 1,806 1,848 1,848 registrados en el periodo de reporte

52,412

63,009

94,749

124,202

LAS METAS COMPROMETIDAS DEBEN OBSERVAR EL MEJOR DESEMPEÑO DE ACUERDO A LOS RECURSOS FISCALES Y PROPIOS DISPONIBLES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2021

256,018

AGOSTO 14 2020

163,884

165,851

124,202

1/ LA ENTIDAD REALIZARA UNA BUSQUEDA EXHAUSTIVA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL QUE LE PERMITA COMPROMETER DE MANERA SOSTENIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES 2021, ADEMÁS DE GUIARSE POR LA PLANEACIÓN SECTORIAL E INSTITUCIONAL DE MEDIANO PLAZO.

31,479

2/ LA LÍNEA BASE REFLEIA EL AÑO EN QUESE INCORPORÓ EL INDICADOR A LA MATRIZ DE INDICADORES DEL PROGRAMA Y LA ENTIDAD DEBE REQUISITAR ESTOS CAMPOS CON SU INFORMACIÓN PROPIA.

158,690

LAS METAS A COMPROMETER EN EL EJERCICIO FISCAL 2021 MOSTRARÁN EL MEJOR DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD PROPICIANDO EL SUPERAR O MANTENER EN EL INDICADOR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LINEA BASE Y EL AÑO 2020, PARA LO CUAL EL VALOR QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION PARA LAS VARIABLES (V1 y V2) CORRESPONDERÁ AL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS QUE SE ESTIME SERAN ASIGNADOS AL PROGRAMA EN 2021 EN EL CONTEXTO DE LAS FINANZAS PUBLICAS ACTUALES.



Epílogo

Los sistemas de salud siempre están en crisis. Unas veces más y otras menos, pero la demanda desborda a la oferta. Las necesidades de salud superan los recursos disponibles. La economía y la salud van de la mano. Por ello, las sociedades necesitamos políticas transversales que aborden educación, servicios sociales, medio ambiente, ciencia, innovación, etcétera. Esta tarea requiere que la salud ocupe una posición elevada en la agenda de prioridades de la política general.

En completo apego a lo establecido en el PSS, el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", contribuirá para que en el país se garantice el precepto constitucional de que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud", siendo ese precepto la razón de ser de esta institución, como la ha sido en los últimos 116años.

Las acciones del Hospital estarán enfocadas a los pacientes, quienes son la principal prioridad y estarán al centro de todas las acciones al momento de establecer las estrategias y acciones institucionales, con lo que se garantizará la atención universal e integral de la población sin seguridad social que acuda a sus instalaciones y sin que ello significa un gasto para ellos.

El modelo de gestión y operación que desarrollará el Hospital en los próximos años se focalizará a lograr la innovación técnica y tecnológica, al uso eficiente de recursos, a la optimización y a la responsabilidad social, con base en los cuatro ejes de la organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": Atención Médica, Investigación, Educación- Capacitación y Administración.

Lo anterior en un ambiente de coordinación multi y polifacética, de rastreabilidad, tanto de los propios receptores del servicio, como de los profesionales y demás tratantes para su control y evaluado con fines de mejora de los procesos, de transparencia, rendición de cuentas y la mejora continua en aras del bienestar del paciente. Se vislumbra que durante los siguientes años el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" se consolide como Centro Líder para la Atención de la Salud en México.



DR. EDUARDO LICEAGA

Plan Nacional de Preparación y Respuesta Ante la Pandemia de COVID-19







Dra. Guadalupe Mercedes Lucia Avendaño Guerrero Avendaño

Directora General

Dr. Raúl Serrano Loyola

Director General Adjunto Médico

Maestro. Francisco Valadez Saldaña

Director General Adjunto de Finanzas

Dr. Jedd Rafúl Zacarias Ezzatt

Director Quirúrgico

Dra. Olga Martha Rodríguez Piñeyro

Subdirectora de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses

Subdirector Médico F

Dra. Ivon Karina Ruiz López

Subdirectora Médica A

Coordinadora del Plan COVID-19

ÍNDICE

- 1. Presentación
- 2. Propósito
- 3. ALCANCE
- 4. RECONVERSIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA CONTINGENCIA
 - 4.1. ESTRATEGIAS GENERALES
 - 4.2. ATENCIÓN DE CASO PROBABLE
 - 4.3. DEFINICIONES OPERACIONALES
 - 4.4. VÍAS DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
 - 4.4.1. URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
 - 4.4.2. INFECTOLOGÍA
 - 4.4.3. CONSULTA EXTERNA
 - 4.4.4. SERVICIO DE PEDIATRÍA
 - 4.4.5. SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
 - 4.4.6. RUTAS DE TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO
 - 4.4.7. RADIOLOGÍA E IMAGEN
 - 4.4.8. Torre de Cardiología–Neumología-angiología
 - 4.4.9. ÁREA DE POST MORTEM
- 5. CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
- 6. OPCIONES TERAPÉUTICAS
- 7. NOTIFICACIÓN DEL CASO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- 8. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ÁREAS DE ATENCIÓN
- 9. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS
- 10. MEDIDAS DE DESINFECCIÓN
- 11. MANEJO DEL RPBI
- 12. MANEJO DE CADÁVERES
- 13. MEDIDAS PARA MANTENER LA SALUD
- 14. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN
- 15. GLOSARIO
- 16. BIBLIOGRAFÍA
- 17. ANEXOS

1. Presentación

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" al ser uno de los centros hospitalarios más grandes e importantes de Latinoamérica, refrenda su compromiso nacional e internacional para la atención en salud y se prepara para convertirse en un Hospital COVID-19, con la finalidad de proporcionar con oportunidad atención médica necesaria y eficiente ante la declaración de la pandemia por dicho coronavirus.

2. Propósito

Establecer y proporcionar los lineamientos necesarios para la implementación de las estrategias que permitan al personal involucrado, dar la atención oportuna y segura a todo paciente cuya condición clínica oriente hacia la sospecha y/o infección por COVID-19, además de instaurar los procesos a seguir en caso de recepción masiva de pacientes con sospecha y/o infección por COVID-19, que lleva a la necesidad de realizar una reconversión del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

3. ALCANCE

En el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", se activó el Comité de Respuesta Rápida (CRR) ante el incremento del número de casos de Infección por COVID-19. El comando es integrado por la Directora General, el Director General Adjunto Médico, la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas, la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos, la Dirección de Investigación, la Dirección de Educación y Capacitación en Salud, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Enfermería, el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, el Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas, los Jefes de los Servicios que conforman el Cerco Epidemiológico integrado por: Urgencias Médico-Quirúrgico, Urgencias Pediátria, Unidades de Cuidados Intensivos Respiratorios, Unidad de Terapia Intensiva de Infectología y Unidad de Terapia Intensiva Central, Infectología y Consulta Externa. La Secretaría de Salud establece la instrucción y los lineamientos federales para la atención en Hospitales COVID – 19.

4. RECONVERSIÓN HOSPITALARIA

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" al ser un centro de atención COVID-19, con la finalidad de limitar el daño en los casos confirmados y evitar la diseminación de la enfermedad entre la población, instauró diversas acciones de respuesta ante la pandemia por COVID-19, entre las que se encuentran:

• La Reconversión de las áreas hospitalarias

4.1. ESTRATEGIAS GENERALES

Las acciones pertinentes en los Servicios involucrados para reconvertir las áreas son:

- Restringir ingresos programados: coordinación con departamento de trabajo social para la agilización de altas de servicios de hospitalización, restricción de ingresos de otras enfermedades, indicación para suspender toda cirugía programada.
- Diferir traslados provenientes de otras unidades.
- Reasignación de los pacientes que necesiten hospitalización a otros servicios con disponibilidad de espacio o en caso necesario solicitar el traslado a otra institución de salud.
- Aplicar el plan de Triage específico.
- Implementar las medidas tendientes al mejor control de infecciones intrahospitalarias.
- Designar a líderes de área (médica y de enfermería).
- Reorganizar a la plantilla laboral con asignación de mayor personal para labores relacionadas a la atención de pacientes, con carácter de obligatorio.
- Continuar con el funcionamiento de servicios básicos y de apoyo con colaboración de las autoridades en contingencia (personal agregado de la secretaria de salud, de seguridad pública, protección civil y/o fuerzas armadas).
- Mantener que los suministros, continúen fluyendo para el funcionamiento integral de las instalaciones y del personal, pues el hospital deberá continuar dando atención médica a los pacientes con enfermedades no COVID-19.
- Establecer las prioridades para el manejo de pacientes en estado crítico (criterios de aceptación de acuerdo a la NOM-025-SSA3-2013, de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos, Hospitalización y ambulatorios).
- Se mantendrá la cirugía de urgencia e ingreso de descompensación de enfermedades que ponen en riesgo inmediato la vida del enfermo.
- Mantener una permanente comunicación con las áreas operativas para notificar las nuevas disposiciones.
- Reunión extraordinaria única con servicios estratégicos (Laboratorio Clínico, Radiología, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Urgencias Adultos y Pediatría, Consulta Externa, Servicios Generales, Trabajo Social, Direcciones de Medicina, Dirección Quirúrgica, Dirección de Administración y Finanzas, Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Enfermería, Director Recursos Humanos, Mantenimiento, áreas críticas).
- Seguimiento de información nacional e internacional sobre COVID-19.
- Verificar las condiciones de ventilación, iluminación, seguridad, para lo cual se contará con el apoyo del departamento de Servicios Generales e Instalaciones especiales. Así mismo la Subdirección de Protección Civil, cuyo titular designará los elementos de seguridad que considere necesarios para el resguardo de los insumos durante las 24 horas.

- La coordinación de entregas y salidas de material y medicamentos incluyendo la reserva estratégica estará a cargo del Jefe del Almacén General y de los colaboradores que él designe para una cobertura de 24 horas, bajo las condiciones que establezca la Dirección General y Adjunta Médica
- Se utilizarán el sistema oficial para la solicitud de material y medicamentos. En su caso recetario manual si hubiere fallo del sistema.
- Establecimiento de las medidas precautorias para la transmisión por contacto y micro gotas.
- Establecimiento de medidas preventivas para disminuir riesgos de contagio entre el personal de salud.
- Reorganizar al personal de la institución maximizando al personal disponible y se reducirá al mínimo ausencias por vacaciones, prestaciones y permisos para solventar la demanda de los servicios y brindar la atención adecuada de los pacientes.
- A los trabajadores mayores de 65 años se les enviará a su domicilio, para laborar desde el mismo.
- Dar la capacitación necesaria a todo el personal que labora en el hospital general de México respecto al manejo de los pacientes con sospecha de infección por COVID-19 y su entorno.
- Garantizar el abasto, la disponibilidad y el surtimiento suficiente de insumos necesarios para la operatividad adecuada y segura de los servicios involucrados durante la reconversión hospitalaria.
- Mantener la limpieza en la institución de manera continua.

4.2. ATENCIÓN DE CASO PROBABLE

Al ingresar el usuario la institución el personal de vigilancia identificará a los pacientes que llegan con sintomatología de enfermedad respiratoria, se les dará gel alcoholado y cubre bocas y los derivará al área en donde serán atendidos, explicando que debe seguir la línea blanca punteada que le indica a donde dirigirse, guardando una distancia considerable en cada persona durante todo el trayecto y en las áreas de espera.

La valoración inicial se realizará en las en áreas destinadas a consulta de filtro y TRIAGE específico para pacientes con enfermedad respiratoria en donde el personal médico detectará a los casos sospechosos siguiendo las definiciones operacionales vigentes, así como determinará con base en estado clínico del paciente lo derivará al área correspondiente. Siendo prioritaria en todo momento la prevención de la diseminación de la enfermedad con base en las medidas de bioseguridad mencionadas posteriormente.

	CAS DE LA ENFERMEDAD A POR EL 2019-NCOV
Transmisión	De humano a humano
Medidas de contagio	Persona a persona de 2019-nCoV sea a través de gotas o por contacto, así como vía aérea durante procedimientos que generan aerosoles
Signos y síntomas	Fiebre Tos, estornudos Fatiga Cefalea Disnea
Manejo	Sintomáticos, reposo en casa y aislamiento.
Vacuna	No existe
Prevención	Higiene de manos Estornudo de etiqueta Evitar contacto con personas con síntomas o enfermedades respiratorias

4.3. DEFINICIONES OPERACIONALES

Nota: las definiciones operacionales están sujetas a cambio y serán actualizadas de acuerdo con la disponibilidad de información adicional, únicamente por el CONAVE.

La vigilancia epidemiológica cambiará de modelo a partir de la instrumentación de esta definición operacional (ver apartado de Vigilancia Epidemiológica)

Caso sospechoso:

Persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas: tos, disnea (dato de gravedad), fiebre o cefalea*

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Mialgias
- Artralgias
- Odinofagia
- Escalofríos
- Dolor torácico
- Rinorrea
- Polipnea
- Anosmia
- Disgeusia
- Conjuntivitis

Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave:

Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de Enfermedad Respiratoria Leve y además presente dificultad respiratoria.

Caso confirmado por laboratorio:

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE**

^{*}En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.

^{**}La lista de laboratorios con reconocimiento a la competencia técnica por el InDRE, ya se encuentra actualizada y ha sido difundida a través del CONAVE

Caso confirmado por asociación epidemiológica

Persona que cumpla con definición operacional de caso sospechoso, pero que haya estado en contacto con un caso confirmado por laboratorio durante los últimos 14 días a partir de la fecha de inicio de síntomas.

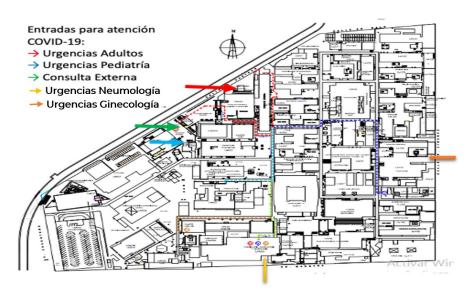
4.4. VÍAS DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Se determinó que la realización del TRIAGE de pacientes al Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" será a través de la Consulta Externa, Urgencias Adultos, Urgencias Pediatría, Urgencias de Ginecología y Obstetricia, y plan de recepción de pacientes por el área de Urgencias de la Torre de Cardio-Neumo. En el caso de que la se realice la detección de algún paciente con sospecha de infección por COVID-19, deberá derivarse las áreas de atención establecidas en el proceso de reconversión hospitalaria.

Una vez realizado el TRIAGE de pacientes adultos y dependiendo de sus condiciones clínicas podrá determinarse 3 escenarios:

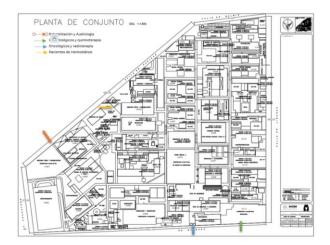
- Manejo ambulatorio con recomendaciones específicas de aislamiento por escrito y monitoreo vía telefónica.
- 2. Envío a hospitalización previa valoración por los servicios de Infectología, Epidemiología, Neumología y Terapia Intensiva.
- 3. Envío a Unidad de Cuidados Intensivos previa valoración por los servicios de Infectología, Epidemiología, Neumología y Terapia Intensiva.

En el caso de paciente pediátrico se cuenta con un área específica para TRIAGE y hospitalización de paciente sospechoso y/confirmado con COVID-19



El acceso para pacientes se llevará a cabo de la siguiente forma:

- Márquez 1 peatonal: Pediatría
- Márquez 2: Hematológicos y Quimioterapia, Oncológicos, Radioterapia
- Márquez 3: Nefrología, Diálisis y Hemodiálisis
- Entrada a Rehabilitación y Audiología
- Entrada General: Resto de pacientes



En la Segunda fase se decidió que la entrada de los pacientes pediátricos y adultos con sintomatología respiratoria, será únicamente por la puerta del Servicio de Urgencias, derivándose al servicio correspondiente según su edad. La vía de acceso del Servicio de Consulta Externa continuará abierta con restricción de acuerdo al motivo de ingreso de forma individual de cada paciente (solo justificando su acceso). Para los pacientes que requieren tratamiento periódico obligatorio; como paciente con enfermedades oncológicas, enfermedades reumatológicas, enfermedades hematológicas y pacientes que requieran hemodiálisis; se habilitará la entrada por el Servicio de Oncología para evitar el menor riesgo de contacto.

4.4.1. URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS

Primera Etapa

El personal de vigilancia identificará al paciente con sintomatología de enfermedad respiratoria quien ofrecerá la aplicación de alcohol gel así como un cubre bocas, y deberá guiarlo a la zona de TRIAGE.

El Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas se reconvertirá en la primera Fase de la siguiente manera:

TRIAGE: El paciente que presente sintomatología respiratoria será referido al área designada a TRIAGE COVID-19, debidamente identificada para evitar el contacto con otros usuarios del servicio.

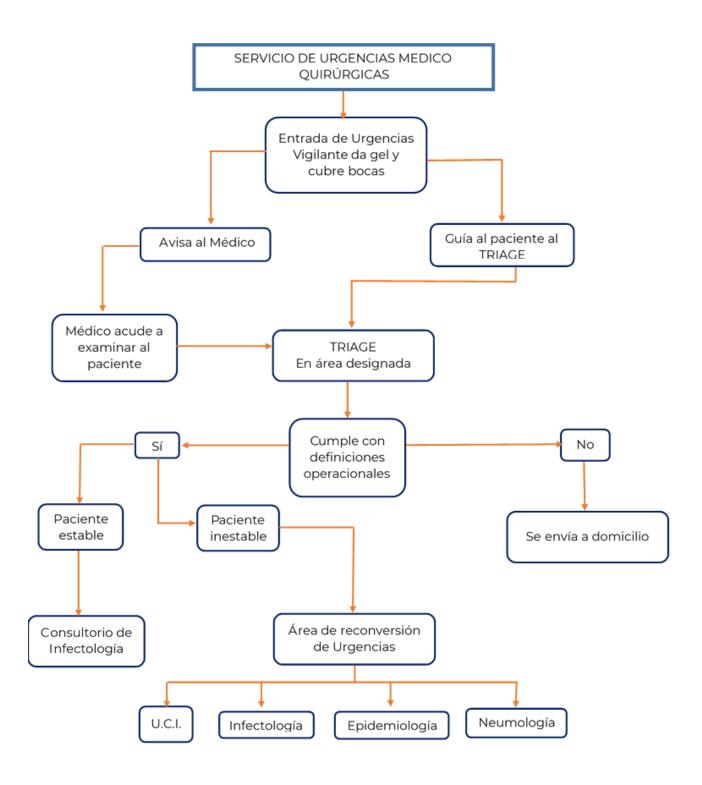
El médico examinador en TRIAGE deberá detener colocado el equipo de protección personal, y con base al formato a llenar para paciente sospechoso COVID-19 se determinará si cumple las definiciones operacionales vigentes; de ser así y sin alteraciones importantes de los signos vitales, deberá enviarse al consultorio 1 del Servicio de Infectología con su solicitud de interconsulta debidamente requisitada.

SALA DE RECONVERSIÓN DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS:

En el caso de cumplir con definición operacional y presente compromiso hemodinámico y/o respiratorio severo, será trasladado por el personal de camillería en una camilla destinada a la atención de este tipo de pacientes hasta la "Zona de Reconversión" designada en el Servicio de Urgencias, una vez ahí, permanecerá en sala para su estabilización y evaluación. Se interconsultará a los Servicios de Infectología, Neumología, U.C.I. y al departamento de Vigilancia epidemiológica, para su posterior traslado al área correspondiente en donde se le realizaran las pruebas pertinentes y posterior manejo.

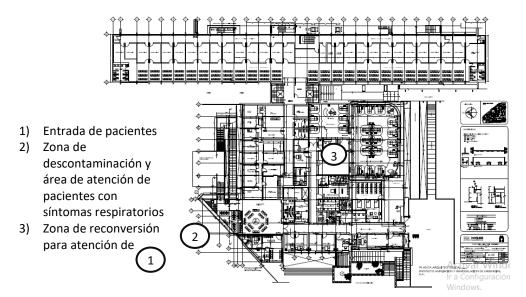
El paciente trasladado de ésta zona al área de hospitalización será acompañado por el mismo ventilador que se le asignó.

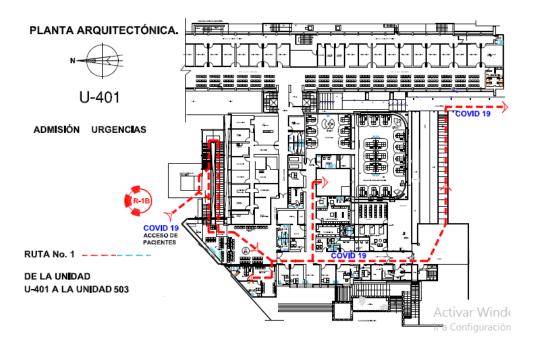
Se designará a personal de camillería debidamente capacitado y con el equipo de protección personal adecuado, con vestimenta especial de la camilla de traslado, siguiendo la ruta marcada hasta su destino.





Croquis y Ruta del Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas en la Primera Fase





4.4.2. INFECTOLOGÍA

El servicio de Infectología acudirá a los diferentes sitios asignados de TRIAGE para valoración de pacientes que cumplan con definición operacional y toma de decisión para su ingreso.

CONSULTORIO 1 y 2: Asignado para valoración de pacientes sospechoso.

RECONVERSIÓN:

El servicio de Infectología entra en la segunda fase.

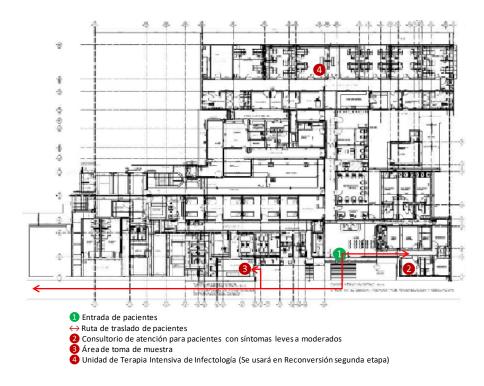
Cuenta con 4 camas de terapia Intensiva y 28 camas en piso, sin embargo, de ser necesario, esas 28 casos serán habilitadas con ventilador, monitor y bombas de infusión en caso de mayor número de pacientes que ameriten ventilación mecánica.

TOMA DE MUESTRAS: Se tiene asignada un área para la toma de muestras en caso de que el paciente cumplir con definición operacional.

El área se ubica contigua al servicio de Infectología y cuenta con el equipamiento necesario para la toma de muestras.

Croquis del Servicio de Infectología





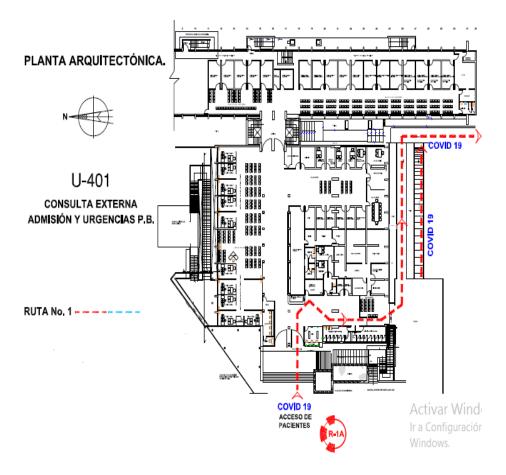
4.4.3. CONSULTA EXTERNA

Desde el acceso del paciente y ser cuestionado el motivo de ingreso, paciente con sintomatología respiratoria, será recibido por personal de vigilancia quien otorgará gel alcoholado y 1 cubrebocas para su colocación, dirigiéndose al paciente a la zona de TRIAGE debidamente señalizada.

TRIAGE: El médico examinador en TRIAGE deberá detener colocado el equipo de protección personal, y con base al formato a llenar para paciente sospechoso COVID-19 se determinará si cumple las definiciones operacionales vigentes.

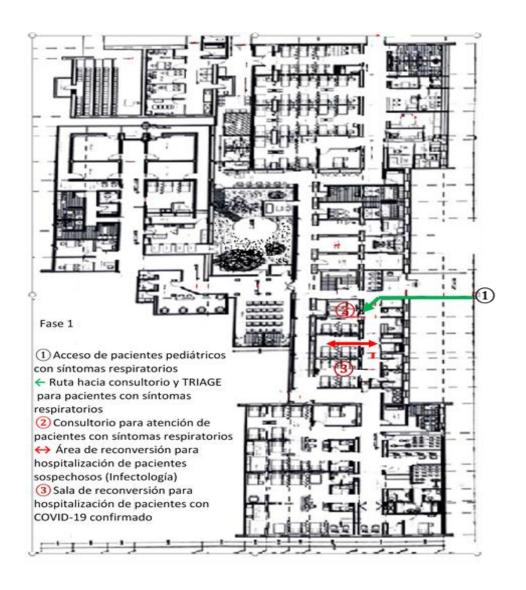
De cumplir con definición operacional en paciente estable, deberá enviarse al consultorio 1 del Servicio de Infectología con su solicitud de interconsulta debidamente requisitada.

En el caso de cumplir con definición operacional y estar hemodinámicamente inestable o compromiso respiratorio se dirigirá al Consultorio 1 "Valoración" del servicio de Infectología.



4.4.4. SERVICIO PEDIATRÍA

En el servicio de Pediatría se determinó que la recepción de pacientes se realizará por la entrada principal del área de hospitalización la cual será debidamente señalizada, se asignó el área de Infectología pediátrica para este fin, tanto para TRIAGE como para hospitalización de pacientes. Con el plan de la instalación de una carpa para TRIAGE y el área de Infectología sea sólo para hospitalización



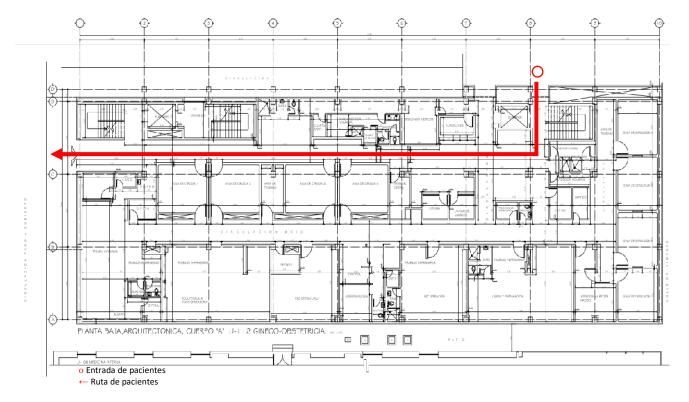
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA PACIENTE ACUDE CON PERSONAL DE VIGILANCIA DEL **SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS** 1 **EQUIPO DE PRIMER** CONSULTA CONTACTO INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES E **CUBREBOCAS** INFERIORES **BATA CON MANGA** SALA 1 (CAMAS 33 - 36) LARGA SUANTES TRIAGE **BITÁCORA** * INFLUENZA AVISO SOSPECHA » EPIDEMIOLOGÍA EXT 1166 *CORONAVIRUS **CORONAVIRUS** (HASTA LAS 22:00 HRS.) 1 » INFECTOLOGÍA NO COMPLICADO PEDIÁTRICA COMPLICADO DESPUÉS DE LAS 22:00 DEFINICIÓN HRS. CON RESIDENTES DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITALIZACIÓN SALA **DOMICILIO** INFECTOLOGÍA SE LE DA TRATAMIENTO PRUEBA CONFIRMATORIA MANEJO CON: TRAJE COMPLETO 1 INGRESA A LA SALA ESPECIAL **CORONAVIRUS**

4.4.5. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En el servicio de Ginecología y Obstetricia se establecieron dos consultorios, uno para TRIAGE y otro para atención de trabajo de parto en periodo expulsivo o para estabilización de pacientes en caso de requerirse.

En caso de paciente sospechoso de acuerdo a la definición operacional y que requiera hospitalización será trasladado al área asignado de reconversión, previamente valorado por los servicios de Neumología, Infectología, Terapia Intensiva y Epidemiología. En el caso de no requerir hospitalización y ser sospechoso se enviará a su domicilio con las medidas específicas de aislamiento y monitoreo vía telefónica por personal del hospital.

El traslado se hará de igual forma por personal capacitado y con el equipo de protección personal siguiendo la ruta debidamente marcada hasta su destino.



4.4.6. TRIAGE PARA PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Se habilitará el espacio (previamente subdirección de enfermería, Unidad 506) para la atención del personal que labora en el Hospital General de México, mediante las siguientes vías:

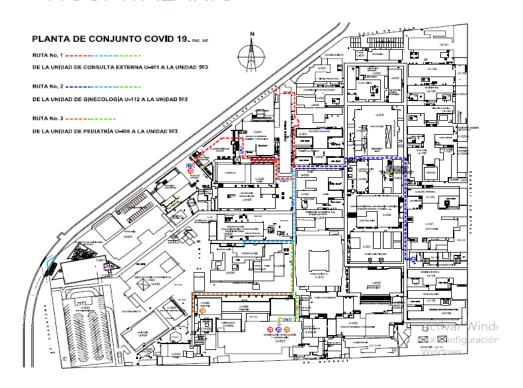
- Envío de personal por registro de hipertermia a través de las termo-cámara para registro de temperatura Al ingreso del personal.
- De forma voluntaria por presentar sintomatología.

Una vez en el TRIAGE, el trabajador seguirá el protocolo de atención para paciente COVID-19 previamente descrito. (Anexo)

Paciente estable	No cumple definición operacional COVID19	Resguardarse en casa	
Paciente estable	Cumple definición operacional COVID19	Interconsulta a Infectología + aislamiento estricto en casa	
Paciente con compromiso respiratorio moderado	Cumple definición operacional COVID19	Valoración por Infectología, Epidemiología y Neumología INGRESO A NEUMOLOGÍA	
Paciente pediátrico con compromiso respiratorio moderado o severo	Cumple definición operacional COVID19	Valoración por Infectología Pediátrica y epidemiología INGRESO AL ÁREA DE INFECTO-LOGÍA PEDIÁTRICA o UTIP	
Paciente con compromiso respiratorio severo	Cumple definición operacional COVID19	Estabilización en área de reconversión y posterior INGRESO A NEUMOLOGÍA- UCIR	

Paciente trasladado de otras instituciones de salud	Cumple definición operacional COVID19	Valoración según lo hayan coordinado los departamentos involucrados INGRESO A NEUMOLOGÍA	
Pacientes gineco- obstétricas	Cumple definición operacional COVID19 y con criterios de ingreso por cualquier motivo	INGRESO A NEUMOLOGÍA Valoraciones por los servicios correspondien-tes	
Pacientes obstétricas en periodo de expulsión del parto o en necesidad de cirugía de urgencia	Cumple definición operacional COVID19	Se atiende en Toco- Cirugía y posteriormente la madre INGRESA Neumología y el producto INGRESA a Infectología Pediátrica	

4.4.7. RUTAS DE TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO

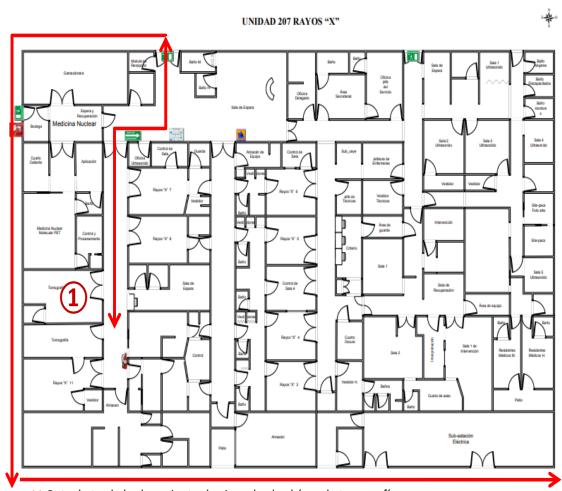


4.4.8. RADIOLOGÍA E IMAGEN

Se asignó la sala 2 de tomografía para el uso exclusivo de pacientes con sospecha o infección por COVID-19.

El personal designado para la toma del estudio radiológico, deberá usar el equipo de protección personal y aplicar las medidas precautorias necesarias.

Cada que se use la sala asignada se tendrá que hacer la debida sanitización del área.



- → Ruta de traslado de pacientes hacia y desde el área de tomografía
- 1 Tomógrafo para pacientes COVID 19

4.5 RECONVERSIÓN

Una vez realizado el TRIAGE, cumpliendo con definición operacional el paciente y clínicamente amerite su ingreso al hospital podrá tener las siguientes opciones dependiendo de las condiciones clínicas:

FASE I TORRE DE CARDIO-NEUMOLOGÍA

Reconversión Hospitalización

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- 1. Torre Cardio-Neumo, ala sur del cuarto piso que cuenta con 28 camas.
- 2. Torre Cardio-Neumo, ala norte que cuenta con 30 camas.
- 3. Torre Cardio-Neumo tercer piso la cual cuenta con 13 camas.

Dando un total de 71 camas censables.

Reconversión Unidad de Cuidados Intensivos.

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- 1. Torre de Cardio-Neumo, tercer piso Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios con 12 camas.
- 2. Torre de Cardio-Neumo, tercer piso Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios con 6 camas.
- 3. Si fuera necesario un mayor número de camas para Terapia Intensiva, se cuenta con los recursos materiales para reconvertir de la cama 1 a la 14 del tercer piso de la Torre de Cardio-Neumo, sólo se requeriría de Recursos Humanos (enfermería con perfil de intensivista 40).

Dando un total de 32 camas de Terapia Intensiva

FASE II INFECTOLOGÍA

El servicio de Infectología cuenta con:

- 1. 4 camas de Unidad de Terapia Intensiva
- 2. 26 camas de hospitalización

En caso de contar con el personal de salud necesario, ventiladores, monitores y bombas de infusión se podría disponer de 18 camas con ventilador.

FASE III TORRE QUIRÚRGICA

Reconversión Hospitalización

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- 1. Torre Quirúrgica, ala norte del cuarto piso que cuenta con 33 camas.
- 2. Torre Quirúrgica, ala sur del cuarto piso que cuenta con 28 camas.
- 3. Torre Quirúrgica, ala sur del tercer piso que cuenta con 28 camas.
- 4. Torre Quirúrgica, ala norte del tercer piso que cuenta con 29 camas

Dando un total de 118 camas censables.

RECONVERSION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- 1.- Torre Quirúrgica, Terapia Intensiva con 10 camas
- 2.- Torre Quirúrgica, Terapia Intensiva de Trasplantes con 5 camas

Dando un total de 15 camas.

TOTAL DE CAMAS DE FASES I Y II

HOSPITALIZACIÓN: 189 camas

TERAPIA INTENSIVA: 33 (con opción de 14 camas extras faltando para estas 40 enfermeras

intensivistas) para dar un total de 47 camas de terapia intensiva.

FASE IV. CAPACIDAD INSTALADA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A) Reconversión para la ampliación de capacidad Instalada para Unidades de Cuidados Intensivos.

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- 1. Torre de Cardio-Neumo, segundo piso Unidad Quirúrgica de recuperación de Cirugía mayor con 8 camas.
- Torre de Cardio-Neumo, segundo piso Unidad Quirúrgica de recuperación de Cirugía ambulatoria con 4 camas.

Dando un total de 12 camas de Terapia Intensiva

B) Reconversión para la ampliación de capacidad Instalada para Unidades de Cuidados Intensivos.

La reconversión se llevará a cabo de la siguiente manera y de forma consecutiva:

- Torre Quirúrgica, Segundo piso Unidad Quirúrgica de recuperación de Cirugía de corta estancia con 11 camas.
- 2. Torre Quirúrgica, Primer piso Unidad de terapia intermedia con 11 camas.
- 3. Torre Quirúrgica, Primer piso Unidad Quirúrgica de recuperación de Cirugía mayor con 18 camas.

Dando un total de 40 camas de Terapia Intensiva

TOTAL DE CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA FASE III A Y B: 52

HOSPITALIZACIÓN: 189 camas TERAPIA INTENSIVA: 92 camas

FASE V. CAPACIDAD INSTALADA HOSPITALIZACIÓN

A) Reconversión para la ampliación de capacidad Instalada para Hospitalización.

Se puede ampliar la capacidad instalada de camas de Hospitalización en las Unidades 303, 305, 306 y 307, las cuales están actualmente cerradas se requeriría habilitarlas con equipamiento e instalaciones (mobiliarios camas, gases medicinales, aspiradores portátiles entre otros) así como recurso humano para su atención.

Unidad 303.

Número de camas: 36

Unidad 305.

Número de camas: 36

Unidad 306

Número de camas: 36

Unidad 307

Número de camas: 30

Obra Civil para readaptación y acabados de ciertas áreas, tales como central de enfermería, preparación de medicamentos, baños entre otros. Así como el tendido de gases medicinales.

B) Reconversión para la ampliación de capacidad Instalada para Terapia Intensiva.

Se puede ampliar la capacidad instalada de camas de terapia intensiva en esta etapa, habilitando la Unidad de terapia Intensiva Central 202 la cual actualmente se encuentra cerrada se requeriría habilitarlas con equipamiento e instalaciones (mobiliarios entre otros) así como recurso humano para su atención.

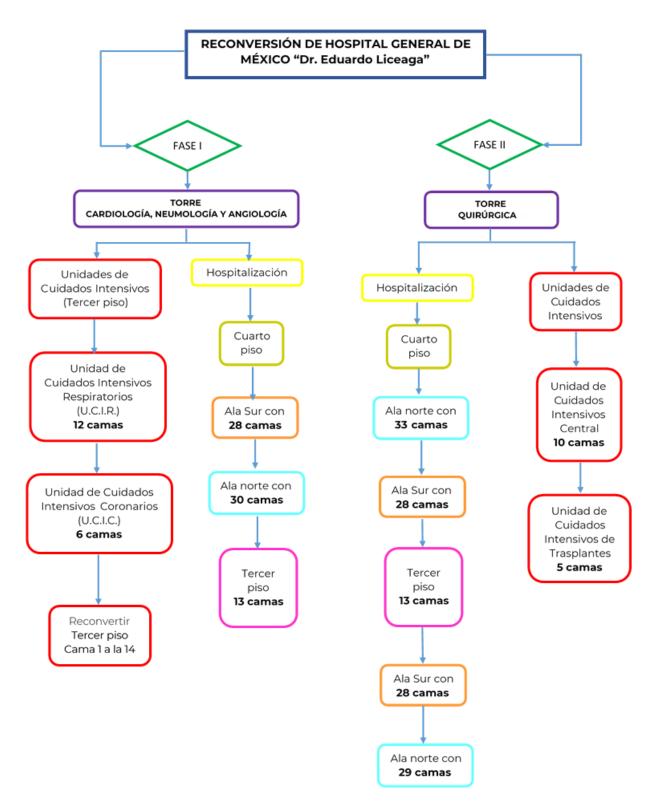
Unidad 202. Número de camas: 10

Obra Civil para readaptación y acabados de ciertas áreas, tales como central de enfermería, preparación de medicamentos, baños entre otros, tarjas de lavado de mano.

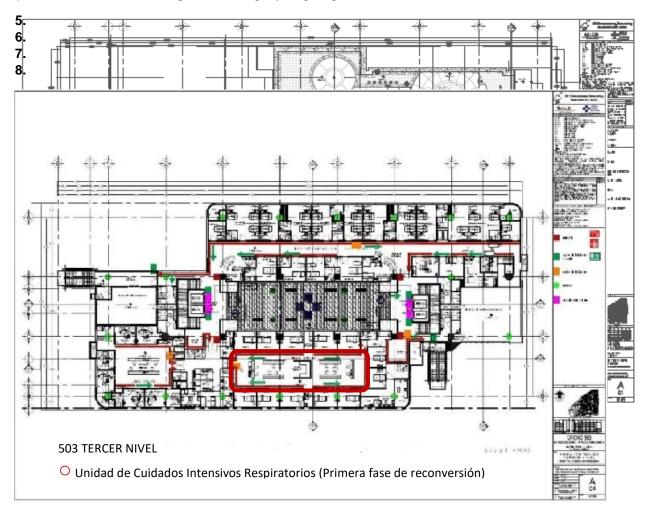
TOTAL DE CAMAS DE FASES I, II, III y IV si se dota del equipamiento y recurso humano expresado en las distintas fases.

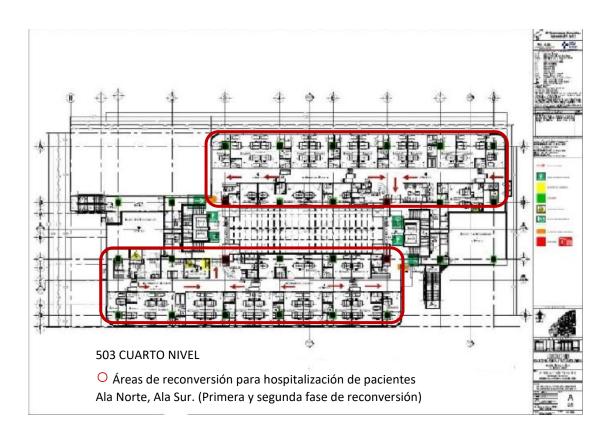
HOSPITALIZACIÓN: 327 camas TERAPIA INTENSIVA: 102 camas

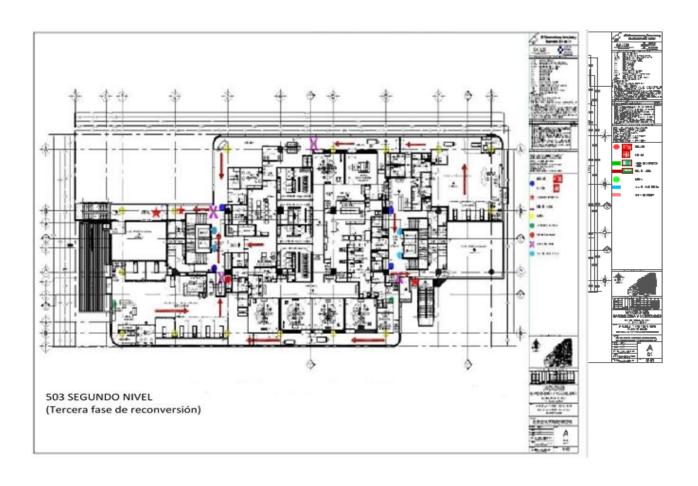
Cabe mencionar que la reconversión dependerá del personal y el equipamiento con que se cuente en dicho momento.

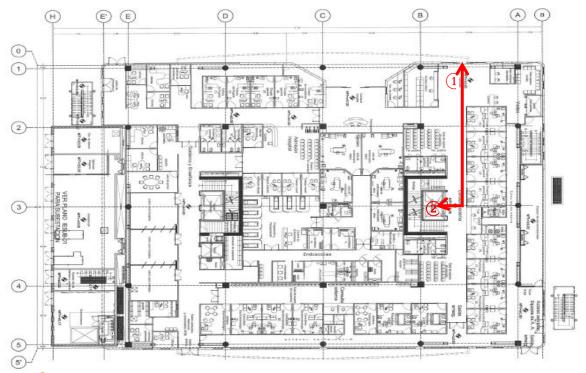


Croquis de la Torre de Cardiología-Neumología y Angiología

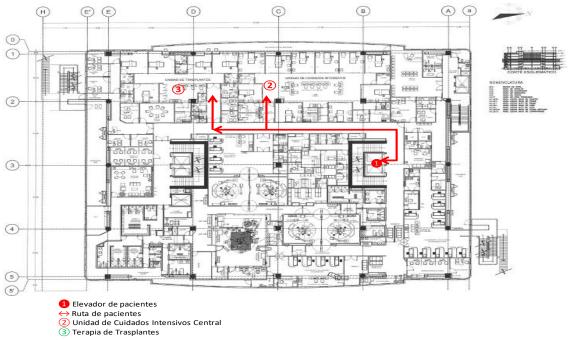








- 1 Entrada de pacientes
- ← Ruta de pacientes
- 2 Elevador de pacientes



5. CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Ante la identificación de un caso sospechoso de COVID-19, deberá notificarse al Departamento de Vigilancia Epidemiológica, quienes deben realizar el llenado del estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 (anexo 1). Se realizará la toma de muestra por personal capacitado y designado por la institución, el cual portará de manera obligatoria el equipo de protección personal:

- Respiradores NIOSH N95 o N100.
- Lentes con protección lateral (goggles).
- Bata desechable de manga larga.
- Doble par de guantes de nitrilo.
- Cinta microporosa.
- Zapato de seguridad o cubre zapato en caso de no contar con el primero.

El personal en contacto con caso sospechoso detectado aplicará las medidas de precaución estándar y gotas (tabla1). El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles.

Precauciones estándar (Tarjeta	Medidas de Aislamiento por Gotas	Medidas de precaución por
color rojo)	(Tarjeta color verde)	aerosoles (Tarjeta color azul)
Higiene de manos. Lavado de manos con agua y jabón o higiene de manos con alcohol gel en concentraciones mayores al 70% en los cinco momentos establecidos de acuerdo a la OMS	 Mantener una distancia de un metro con el paciente. Mantener la puerta cerrada durante la atención. Visitantes reportarse a central de enfermeras antes de tener contacto con el paciente. 	
 Uso de guantes cuando haya contacto con líquidos corporales (sangre y secreciones), artículos contaminados, membranas mucosas y heridas en la piel. No olvidar el lavado de manos antes de colocar los guantes y después de quitarlos. 	• Equipo médico desechable o personalizado, por ejemplo: estetoscopio, manguitos de presión arterial y termómetros, si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpiar y desinfectar entre cada uso con alcohol etílico al 70%.	• El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles, (aspiraciones,
 Usar mascarilla con protección facial cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales en ojos y cara (aerosoles). 	Habitación individual cuando se tenga disponible o llevar a cabo aislamiento de cohorte. (Cuadro 2)	intubaciones, <u>broncoscopías</u> y reanimación cardiopulmonar). De igual forma utilizar estas medidas ante la presencia de un caso confirmado.
 Uso de bata impermeable si hay ries- go de salpicaduras para prevenir la contaminación de la piel y ropa. Transportar la ropa contaminada dentro de bolsa de plástico de color rojo. 	 Transportar al paciente solo para propósitos indispensables y el paciente deberá portar mascarilla quirúrgica desechable. 	Comirmado.
 Uso de contenedores rígidos (RPBI) para el desecho de agujas y material punzocortante. Nunca volver a encapuchar las agujas. 	Notificar al área que reciba al paciente sobre las precauciones. maneio de COVID-19, para el persona	

Tabla 1. Medidas de Precaución para el manejo de COVID-19, para el personal de salud Precauciones estándar.

Una vez corroborado el caso sospechoso, el área de epidemiología de la entidad federativa coordinará la identificación y seguimiento del caso y contactos.

A todo caso identificado como sospechoso, así como a los contactos sintomáticos, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 y la notificación en el formato SUIVE-1 (Anexo formato estudio de caso), con la Epiclave No. 191.

En aquellos casos sospechosos que no requieran hospitalización, se deberán manejar en aislamiento domiciliario y dar seguimiento a través de monitoreo diario hasta tener el resultado de laboratorio. (Cuadro 2)

Concepto	Definición
Aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas con enfermedad infecciosa para prevenir la trasmisión a otros.
Caso en aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas enfermas ya sea en casa o en una unidad de salud, para prevenir la trasmisión a otros.
Paciente aislado	Es un aislamiento de personas enfermas con enfermedades infecciosas en una unidad de salud, para prevenir la trasmisión a otros. Se recomienda que el paciente se ubique en habitación individual y si no es posible y existe más de un paciente infectado, llevar a cabo aislamiento en cohorte (ubicación en una misma sala de dos o más pacientes que portan un mismo tipo de enfermedad), con al menos un metro de distancia entre las camas de estos pacientes y destinando personal de salud e insumos exclusivamente para la atención de estos pacientes. Concluyendo con estas medidas al ser dado de alta el último paciente con el mismo diagnóstico.
Aislamiento en casa	Es el confinamiento en casa de personas enfermas con una enfermedad infecciosa que no requieren hospitalización para prevenir la trasmisión a otros, en habitación individual y si no es posible, utilizar medidas de precaución estándar.
Aislamiento voluntario	Es la separación voluntaria o restricción del movimiento de personas enfermas en una habitación para prevenir la trasmisión a otros. Esta usualmente se realiza en casa o en algún otro lugar.

Fuente:

•Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. World Health Organization.

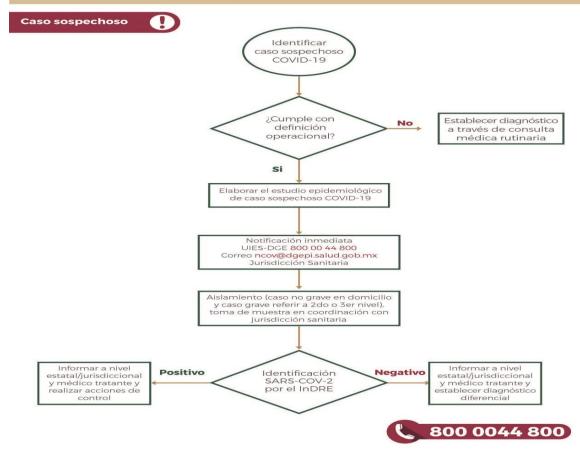
https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en/

•World Health Organization.infection.prevention and control of epidemic and pandemic-prone acute respiratory disease in health care.

Who: geneve; 2014. Disponible en: http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/

Cuadro 2 Definiciones de aislamiento de COVID-19

Algoritmo de detección y seguimiento de caso sospechoso de COVID-19



En caso de que el paciente se encuentre con sintomatología moderada, será ingresado a un área de los pisos hospitalización de las zonas de reconversión, fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Tipos de Muestra

Los tipos de muestra para el diagnóstico de COVID-19, serán exudado nasofaríngeo y faríngeo en el mismo medio de transporte (los dos hisopos en el mismo tubo que contiene el medio de transporte); si el caso se encuentra con apoyo ventilatorio (intubado) se deberá de gestionar el lavado bronquioalveolar y en caso de defunción la biopsia pulmonar.

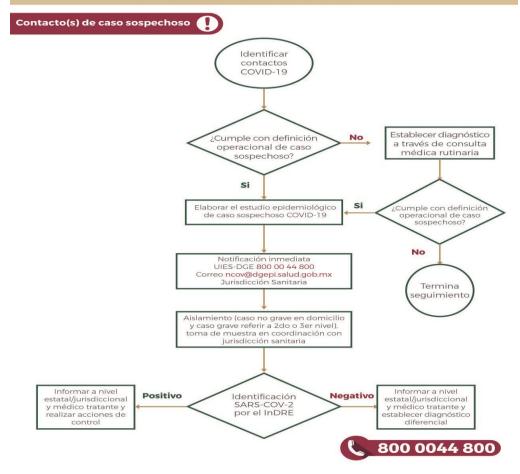
Cuadro 3. Descripción de los tipos de muestra

Tipo de muestra Material	Temperatura de transporte	Almacenamiento	Comentarios
--------------------------	------------------------------	----------------	-------------

Exudado faríngeo y nasofaríngeo	Medio de transporte viral Hisopos de dacrón o rayón con mango de plástico (exudado faríngeo) Hisopos de dacrón o rayón con mango flexible (exudado nasofaríngeo)	2-8ºC	≤ 5 días: 2-8ºC > 5 días: -70ºC	El exudado faríngeo y nasofaríngeo se deben colocar en el mismo tubo para incrementar la carga viral
Lavado Bronquioalveolar	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8ºC	≤ 48 horas: 2-8ºC > 48 horas: -70ºC	Puede haber dilución del patógeno, pero aun así vale la pena tomarla. Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de lavado bronquioalveolar más 1 ml de medio de transporte).
Aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo o lavado nasal	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8ºC	≤ 48 horas: 2-8ºC > 48 horas: -70ºC	Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de aspirado, más 1 ml de medio de transporte).
Biopsia de pulmón	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8º℃	≤ 5 días: 2-8ºC > 5 días: -70ºC	2cm3 de la parte visiblemente más afectada.

Para mayor información revisar el documento, Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorios de COVID-19 en el apartado de Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de enfermedad por COVID-19. http://cvoed.imss.gob.mx/secretaria-de-salud-lineamiento-estandarizado-para-la-vigilancia-epidemiologica-y-por-laboratorio-de-enfermedad-por-201-ncov/

Algoritmo de Seguimiento de Contactos (COVID-19)



6. OPCIONES TERAPÉUTICAS

Por tratarse de una infección emergente, todas las opciones terapéuticas se encuentran en fase de investigación. Así tenemos algunos reportes de medicina basada en evidencia en algunos de los países afectados por la pandemia de COVID-19, en donde se ha utilizado las siguientes combinaciones:

- Para pacientes con caso confirmado y sintomatología leve: se recomienda aislamiento en casa, vigilancia estrecha, medidas de higiene general y manejo con analgésico
- Para pacientes con caso confirmado y sintomatología moderada a severa se recomienda hospitalización y el manejo farmacológico. Al día de hoy las recomendaciones son las siguientes (sujeta a posibles cambios posteriores)

MEDICAMENTO		DOSIS RECOME	NDADA
UTILIZADO	Dosis de Ataque	Dosis de Mantenimiento	Vigilancia
Cloroquina	N/A	500mg cada 12 horas por 10 días	Electrocardiograma Diario y Vigilar Segmento QT. Se presenta con mayor frecuencia
Hidroxicloroquina (Dosis adultos)	400 mg	400mg 12 horas después de iniciar la dosis inicial y continuar con 200mg cada 8 horas de 5 a 7 días	Electrocardiograma Diario y Vigilar Segmento QT
	N/A	200 mg cada 8 horas por 10 días	
Hidroxicloroquina (Dosis pediátrica)		Menores de 6 años: 6.5mg/Kg/día cada 12 horas por 5 días (Max 400mg al día) Mayores de 6 años: 10mg/Kg/dia cada 12 horas por 5 días (Max 400mg al día).	Electrocardiograma Diario y Vigilar Segmento QT
Azitromicina (En combinación con hidroxicloroquina)	N/A	500mg cada 24 horas	Funcionamiento hepático Función cardiovascular
Lopinavir/ritonavir	N/A	No está recomendado por el momento	S/D
Tocilizumab	N/A	Podría funcionar en pacientes críticos	En fase de experimentación

Hoy en día no existe un tratamiento estandarizado para infección por virus SARS-COV2, por lo que todos los esquemas de tratamientos utilizados hasta el momento se instauran de forma empírica.

De acuerdo a la respuesta bioquímica y elevación pronunciada de citosinas pro-inflamatorias elevadas observada en los pacientes infectados, con evidente elevación de Dímero-D se ha propuesto el manejo con heparina de bajo peso molecular (enoxaparina), sin embargo de igual forma, su uso no esta bien estandarizado, al igual que el uso de glucocorticoides, lo que continua siendo controversial.

En esta Institución, los diferentes esquemas están sujetos bajo protocolos de investigación para generar evidencia de su utilidad.

7. NOTIFICACIÓN DEL CASO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El responsable de la unidad médica notificará de inmediato (en menos de 24 horas), todo caso que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso a través de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) al teléfono 5337-1845 o al 800-00-44800 y al correo ncov@dgepi.salud.gob.mx y de manera simultánea al personal de la jurisdicción sanitaria correspondiente y órganos normativos de las instituciones quienes harán del conocimiento al nivel jerárquico técnico superior; enviando el estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 debidamente requisitado.

La vigilancia epidemiológica de cualquier otro padecimiento o evento de interés se llevará a cabo tal y como lo establece la NOM-017 "para la vigilancia epidemiológica y mantendrá un registro único diario de casos sospechosos hospitalizados y ambulatorios por COVID-19; además de dar seguimiento al caso y deberá verificar la segura atención del paciente y seguimiento del personal.

En caso de que el servicio de Genómica procese la muestra deberá de informar formal y oportunamente los resultados de las pruebas a los responsables de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y retroalimentará a los Servicios tratantes de pacientes que se encuentren hospitalizados en caso de ser necesario. Se dará libre acceso a la consulta de resultados de los pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria infectocontagiosa. El personal encargado del Servicio de Vigilancia Epidemiológica deberá de informar directamente al Servicio o Servicios tratantes de los pacientes cuyo resultado de la muestra sea Positivo.

En cuanto se tenga la plataforma de SISVEFLU, el sistema de vigilancia se montará en dicha plataforma con el nombre de SISVER y será un sistema de vigilancia centinela en las 475 unidades activas en el país para SISVEFLU.

8. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ÁREAS DE ATENCIÓN

Medidas Generales

Para reducir el riesgo de exposición a agentes infecciosos por inhalación (micro gotas y aerosoles), contacto y generación de fómites se implementarán una serie de reglas de conducta, procedimientos de desinfección y el uso de equipo de protección personal o EPP (guantes, batas, protección respiratoria, etc.) de acuerdo con el riesgo existente en las diversas áreas.

Es fundamental comprender que el uso de equipo de protección personal reduce el riesgo de exposición sólo cuando es usado adecuadamente y los usuarios han sido entrenados. Este equipo no reemplaza la higiene básica, como el lavado de manos o la desinfección de superficies y materiales.

En todas las áreas, y en condiciones habituales es necesario:

- Utilizar el uniforme designado para la actividad.
- Lavado de manos deberá realizarse antes y después del contacto con pacientes, superficies posiblemente contaminantes y después del uso de guantes, mediante la técnica recomendada por la Organización Mundial de la Salud, con agua y jabón líquido o gel-alcohol (Anexo técnica de lavado e higiene de manos)
- Se seguirán las medidas de prevención solicitando a los pacientes utilizar las medidas prevenir el contagio: prohibido saludar de mano, dar beso, consumir alimentos, no escupir, en caso de toser o estornudar deberá cubrir su boca con un pañuelo desechable o en su defecto con el antebrazo a la altura del pliegue del brazo.
- Se distribuirá cubre bocas a todo paciente con síntomas de infección respiratoria.
- Todas las instalaciones de atención al paciente deberán estar abastecidas con agua y jabón líquido, gel-alcohol y sanitas.
- Las áreas donde se concentren los pacientes infectocontagiosos deberán tener a la entrada del servicio bolsas rojas para desechar el material de protección.
- En caso de procedimientos que generan aerosoles (como intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación y broncoscopia, aspiración de secreciones, instalación de sonda nasogástrica), utilizar un respirador para partículas (<5 micras) como un N95 certificado por COFEPRIS, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los EE. UU. (NIOSH, por sus siglas en inglés), la norma FFP2 de la Unión Europea (UE) o equivalente.</p>
- De ser posible asignar una habitación aislada para todos los pacientes que ingresan como casos sospechosos de Covid-19; en caso de no ser posible, se recomienda realizar aislamiento de cohorte con separación de las personas de por lo menos un metro.
- El material reusable deberá descontaminarse y desinfectarse de acuerdo a las instrucciones que dicta el fabricante. Este material debe depositarse dentro de una bolsa roja para su posterior eliminación siguiendo la ruta de RPBI.
- No debe almacenarse ningún material o equipo en la habitación del paciente. Evitar tocar conjuntivas, mucosa oral o nasal.

- De no contar con material exclusivo para pacientes (estetoscopios, por ejemplo) se debe desinfectar con alcohol al 70% entre pacientes, y lavarse con detergente si se ensucia.
- Para quien no se encuentra en contacto directo con los pacientes sospechosos o confirmados covid-19, con sus muestras o desechos; se recomienda realizar higiene de manos y seguir las recomendaciones para la población general. No se recomienda uso de precauciones de contacto o gotas, ni uso de guantes durante la jornada laboral debido a que no se asocian a protección y si disminuyen la posibilidad de apego a la higiene de manos.

Equipo de Protección del Personal

Las necesidades del personal Institucional en cuanto a equipo protección difieren. Deberán ser claras las áreas de atención a pacientes con enfermedad respiratoria infectocontagiosa donde existe riesgo de transmisión de la enfermedad. Se identifican 3 tipos de áreas: Áreas Críticas (Alto riesgo), Áreas No Críticas de Riesgo Intermedio y Áreas No Críticas de Bajo Riesgo

Áreas No Críticas de Bajo Riesgo

Comprenden las áreas administrativas

Todo el personal deberá realizar lavado de manos frecuente, mantener sana distancia en todo momento, mantener su área de trabajo limpia. No requiere EPP.

Áreas No Críticas de Riesgo Intermedio

Comprende las habitaciones de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

Las actividades de cuidados generales en enfermería, así como la exploración física de éstos pacientes; que NO generen aerosoles, deberán llevarse a cabo con el siguiente EPP: Cubrebocas quirúrgico o triple capa, bata quirúrgica desechable, guantes y protección ocular (googles o careta).

Áreas críticas

Las áreas críticas son aquellas donde se proporciona atención directa al paciente con sospecha o diagnóstico de enfermedad respiratoria por SARS-CoV-2, entre las que se encuentran terapia intensiva, urgencias, servicios clínicos asignados para la atención del brote, servicios de apoyo diagnóstico donde se toman o procesan muestras orofaríngeas, nasofaríngeas o biopsias (laboratorio debioseguridad o anatomía patológica).

Los procedimientos que generen aerosoles (intubación, toma de muestra nasofaríngea u orofaringea, lavado bronquial, cambio de circuitos de ventilación...) deberán realizarse siempre con el uso del siguiente EPP: Respirador n95 o equivalente, bata quirúrgica desechable o traje Tyvek (según disponibilidad), guantes, protección ocular (googles o careta) mandil de tela o bata desechable de manga corta.

Para consultar información detallada sobre el uso del EPP correcto en los momentos correctos, ver Guía Completa de Equipo de Protección Personal HGMEL, anexa a éste Plan.

En las áreas críticas deberán seguirse las siguientes indicaciones generales con la finalidad de reducir el riesgo de exposición a agentes infecciosos por parte del personal adscrito al área, servicios auxiliares y familiares de los pacientes ingresados.

 Todo el personal deberá estar entrenado en los procedimientos y uso del equipo de protección personal que requiere.

- El personal asignado a zonas dentro del cerco sanitario deberá portar ropa destinada para su uso exclusivo en éstas áreas. Previo a su ingreso al área deberá colocarse el equipo de protección personal pertinente.
- Los guantes estériles solamente se utilizarán para realizar procedimientos invasivos.
- Las manos con guantes deberán mantenerse lejos de la cara y se deberá evitar tocar el menor número de superficies o cosas
- La parte exterior del equipo de protección personal es considerado contaminado desde el inicio de su utilización. No se utilizarán fuera de la sala del paciente. No se reutilizarán los guantes.
- Cuando cualquier componente del equipo de protección personal se rompe o daña, el trabajador lo desechará en la bolsa designada, realizará el lavado de manos, y se colocará un nuevo equipo fuera del área de riesgo.
- El personal que haya utilizado guantes deberá realizar el lavado de manos inmediatamente después de retirarlos.
- El equipo de protección debe retirarse de forma secuencial guantes, bata, protectores oculares, respirador o Cubrebocas y al finalizar deberá lavarse las manos antes de abandonar el área crítica.
- Los expedientes no se manipularán con guantes usados para tratar al paciente.

Consultar las instrucciones para la colocación/retiro del equipo de protección personal (EPP) en el Anexo Equipo de Protección Especial.

Recomendaciones para los trabajadores de Salud

- Estar vacunados contra influenza.
- Realizar higiene de manos (Anexo Técnica de lavado/desinfección de manos).
- El personal deberá estar alerta sobre su estado de salud y el de sus familiares cercanos durante una alerta epidemiológica, deberá reportarse al Triage de personal en caso de presentar síntomas respiratorios, colocar cubre bocas, hacer higiene de manos así como notificar a su Jefe inmediato para que se tomen las acciones correspondientes.

Manejo de la Ropa

- La ropa de cama y ropa del paciente debe colocarse en la bolsa de tela o de plástico como el manejo habitual de la ropa hospitalaria. Se recomienda en el lavado utilizar cloro, ácido hipocloroso, peróxido de hidrógeno u otro desinfectante que ya se utilice el hospital y secado a altas temperaturas.
- En el caso en que exista sangre o fluidos corporales se deberá manejar como ropa contaminada.
- La ropa deberá estar libre de material desechable, equipo de protección personal, gasas, algodón, materiales punzocortantes u otros desechos.

Manejo de Alimentos

Se recomienda que vajillas y cubiertos se laven con agua y jabón. Si es parte del manejo estándar en la unidad, se desinfecten con solución clorada. Además de monitorizar la adecuada limpieza visualmente.

Como medida de contención de la pandemia COVID-19, los comedores del hospital permanecerán cerrados y únicamente estarán disponibles las instalaciones para el reparto de box lunch, para los trabajadores y personal en formación.

Indicaciones para la atención de pacientes por parte de los Servicios de Apoyo Diagnóstico

- El responsable del área de apoyo designará al personal requerido para la atención de pacientes con enfermedad infectocontagiosa probable o confirmada en los servicios de contingencia.
- El responsable del área de apoyo le otorgará el equipo de protección personal indicado para las actividades específicas de cada trabajador.
- Lavado de manos siempre antes y después de manejar pacientes y antes de tocar ojos o cara, y después de quitarse los guantes es obligatorio.
- El uso de gel-alcohol es satisfactorio si no hay una contaminación de las manos que requiera lavado con agua y jabón.
- No se deberá introducir al cubículo material que no sea estrictamente necesario para realizar el procedimiento.
- Todo paciente con síntomas respiratorios deberá portar un cubrebocas triple capa o quirúrgico, los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 deberán usar respirador n95 durante sus traslados, y si el paciente usa oxígeno suplementario deberá ser trasladado en cápsula de traslado.
- En caso de Derrame de sangre, o cualquier otro fluido corporal, deberá desinfectar el área cubriéndola con una solución de con hipoclorito de sodio al 0.5% a una dilución de 1:10 (diluir 100cc. de cloro en 900ml de agua), durante 10 minutos. Solicite al personal de intendencia que realice la limpieza del área con el EPP necesario (ver Guía Completa de equipo de protección personal HGMEL, anexa a ésta guía).
- Una vez terminado el estudio, asegúrese de que se limpien las superficies que estuvieron en contacto con el paciente con hipoclorito de sodio al 0.5% en una dilución de 1:10 (100ml de Cloro por 900ml de agua)

Las actividades que no se describen de forma detallada en éste apartado deberán localizarse en la Guía Completa de equipo de protección personal HGMEL, y cuando una actividad específica no se mencione, el EPP deberá ser usado conforme a las precauciones estándar habituales.

9. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

- Se deberá de avisar al área donde se trasladará al paciente, para disminuir tiempos de espera y exposición del personal.
- Colocar cubre bocas o mascarilla y ropa limpia al paciente durante el traslado. El paciente NO requiere cubre bocas N95.

- El personal que traslada al paciente y que lo recibe deberá de utilizar precauciones de contacto y gotas.
- La camilla de traslado de paciente deberá de contar con una cápsula de traslado, las cuales posterior a su uso deberán de someterse a sanitización siguiendo las recomendaciones ya establecidas.
- En caso de utilizar elevadores no se permitirá ingresen durante el traslado otras personas fuera del equipo de atención que acompaña al paciente.
- Realizar desinfección de superficies utilizadas para el traslado.
- En caso de traslados entre hospitales, se deberá de desinfectar la ambulancia siguiendo las recomendaciones de limpieza y desinfección antes y después del uso de la unidad.

10. MEDIDAS DE DESINFECCIÓN

La limpieza de superficies en las instalaciones de atención a la salud debe tener en consideración una mayor atención a las superficies de alto contacto (barandales, apagadores, manijas de puertas). El personal de limpieza debe seguir las recomendaciones de protección personal: uso de guantes resistente (domésticos), bata de tela o desechable cuando se tenga disponible, cubre bocas, mascarilla o respirador N95 y goggles cuando sea recomendado.

En cualquier área la limpieza debe efectuarse con el siguiente orden:

- 1. Iniciarla desde las zonas menos sucias progresando hacia las más sucias y de las más altas a las más bajas.
- 2. La limpieza debe ser realizada con movimientos en una sola dirección, para no volver a ensuciar las áreas que ya han sido limpiadas.
- 3. Las superficies más altas deben limpiarse con un paño/tela/franela/toalla/jerga impregnada con agua con detergente, evitando dispersar el polvo.
- 4. Las paredes, ventanas y puertas que incluyen las manijas deben limpiarse en forma regular, además de cuando estén visiblemente sucias.
- 5. Las superficies horizontales que incluyen mesas, sillas, camas, repisas u otras instalaciones adheridas a la pared deben limpiarse con un paño con agua con detergente, enjuagarse con agua limpia y desinfectarse con solución clorada (ver más adelante técnica de los tres baldes).

En las habitaciones de pacientes en aislamiento se utilizará la misma metodología de limpieza, teniendo el personal que seguir las precauciones requeridas (aislamiento de contacto y gotas).

En caso de derrames de fluidos corporales sobre las superficies, se deberá proceder de la siguiente forma:

- Colocarse guantes y cubrir la superficie con papel/material absorbente.
- Retirar la mayor cantidad de suciedad.
- Tirar el papel/lavar otro material.
- Por último, continuar con la limpieza en forma habitual.

Técnica de limpieza de los tres baldes.

La técnica por emplear será la de arrastre por medios húmedos, el tallado/fregado/trapeado es la acción más importante, ya que provocan la remoción física de los microorganismos y consiste en tres tiempos:

- Lavado y tallado con agua jabonosa y/o detergente
- Enjuagado y secado
- Desinfección con solución clorada

Elementos para utilizar

- 3 Baldes (cubetas).
- 3 Trapos/jerga/microfibra.
- Solución Detergente (preparada en el momento).
- Solución Desinfectante (solución clorada) preparada al momento.
- Escobilla para inodoros.

Los carros de uso para el acondicionamiento, el desplazamiento y manejo de los elementos deberán estar debidamente equipados con estos elementos.

Vestimenta del operador

- Bata de tela o desechable impermeable cuando esté disponible.
- Calzado antiderrapante.
- Cubre bocas triple capa.
- Guantes resistentes tipo doméstico exclusivos para esta actividad.
- 1. Se llenará un balde con agua tibia y detergente en cantidad suficiente para que haga espuma, otro con agua limpia y un tercero con solución clorada.
- 2. En principio se limpiarán con la solución de detergente el equipamiento, paredes, aberturas y todos aquellos elementos que sea necesario limpiar.
- 3. Se enjuagará luego con el agua limpia y se secará.
- 4. Finalmente, se realizará la desinfección por contacto directo aplicando sobre las superficies solución clorada y se dejará secar.
- 5. Los pisos se limpiarán aplicando la misma técnica anteriormente descrita.

Recomendaciones:

- No se debe mezclar detergente con solución clorada.
- En caso de utilizar productos de doble acción (detergente/desinfectante) no es necesario el proceso de desinfección posterior.
- La solución de detergente y el agua deben ser renovadas entre una habitación y otra, y tantas veces como sea necesario.
- Los elementos utilizados en la limpieza deben conservarse limpios y en buen estado, de lo contrario deben descartarse.
- Los trapos de piso, paños para limpieza o jaladores deben ser lavados luego de su uso con agua caliente y desinfectados.
- Los trapos de pisos limpios deberán quedar extendidos hasta el próximo uso.
- Los baldes después del uso una vez lavados y desinfectados se colocarán boca abajo.

Desinfección rutinaria

En cada habitación del paciente hay que identificar las superficies de contacto frecuente (perillas, barandales de cama, teclados, teléfonos, superficies de mesitas) estas superficies deben desinfectarse diariamente mínimo 1 vez por día, idealmente 1 vez por turno, utilizando un paño impregnado con solución clorada (ver dilución abajo) o con alcohol al 70%.

Preparación de la solución clorada

Una manera sencilla de calcularlo es un vaso de cloro doméstico en 10 litros de agua, lo cual equivaldría a 1000 ppm de cloro al 5% y una dilución muy cercana, 925 ppm al 4%. Podría utilizarse también una cucharada grande (10 ml) en 1 L de agua. En el ámbito hospitalario, en ocasiones se tienen soluciones base de cloro con diferentes concentraciones; en ese caso, podría utilizarse de guía la siguiente tabla:

Cálculo de diluciones de soluciones cloradas

ppm deseados	Concentración de cloro del producto	ml de cloro a verter en 1 litro	ppm finales
5000	4%	150	5217
5000	5%	115	5157
5000	6%	95	5205
5000	7%	80	5185
1000	4%	27	1051
1000	5%	21	1028
1000	6%	17	1003
1000	7%	15	1034

11. MANEJO DEL RPBI

Manejo de Residuos

El material de desecho no ha sido implicado en la trasmisión de enfermedades respiratorias por lo que se requiere se manejen de acuerdo con la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, pare el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI)

Existen 5 grupos de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, ver tabla a continuación:

RESIDUO SÓLIDO

FNV/ASE

GRUPO I	BOLSA DE PLÁSTICO DE COLOR ROJO, calibre mínimo de 200 micras con la leyenda "Peligro
(Material impregnado con sangre)	Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos" y símbolo Universal de Riesgo biológico.
GRUPO II	
(No anatómicos)	
GRUPO III	CONTENEDORES RIGIDOS DE COLOR ROJO, de polipropileno, resistente a
(Punzo cortantes)	fracturas y pérdidas del contenido al caerse, destruibles por métodos fisicoquímicos, esterilizables, con una resistencia mínima de 12.5 Newtons, libres de metales pesados y cloro.
GRUPO IV	BOLSA DE PLÁSTICO DE COLOR ROJO, calibre mínimo de 200 micras con la leyenda "Peligro
(Cultivos y Cepas almacenados de agentes infecciosos)	Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos" y símbolo Universal de Riesgo biológico.
GRUPO V	BOLSA DE PLASTICO COLOR AMARILLO, calibre mínimo 300 micras con la leyenda "Peligro
(Patológicos)	Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos" y símbolo Universal de Riesgo Biológico.
GRUPO I	CONTENEDORES HERMETICOS DE COLOR ROJO, de polipropileno, resistentes a fracturas y
(Sangre)	pérdidas del contenido al caerse, destruibles por métodos fisicoquímicos, esterilizables, con una resistencia mínima de 12.5 Newtons, libres de metales pesados y cloro.
	Con la leyenda "Peligro, Residuos Peligrosos líquidos Biológico-Infecciosos" y Símbolo Universal de Riesgo Biológico.
GRUPO V	CONTENEDORES HERMETICOS DE COLOR AMARILLO, de polipropileno,
(Patológicos)	resistentes a fracturas y pérdidas del contenido al caerse, destruibles por métodos fisicoquímicos, esterilizables, con una resistencia mínima de 12.5 Newtons, libres de metales pesados y cloro.

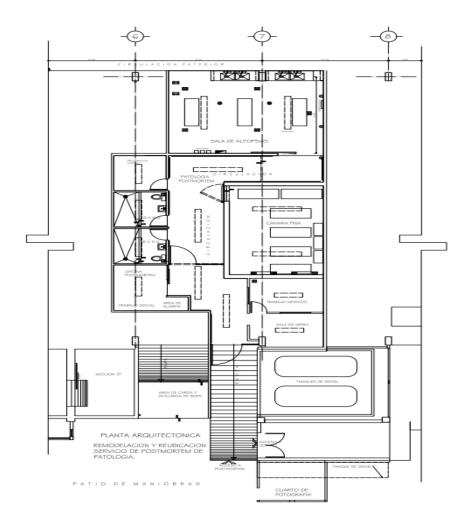
- La basura de los cubículos será manejada con técnica de doble.
- Las bolsas y contenedores no deben llenarse a más del 80 % de su capacidad, en caso de que se alcance este límite antes del período de recolección, se solicitará al personal de intendencia o al responsable de la recolección interna del área que retire este envase y coloque otro nuevo en su lugar.
- No se deben trasvasar y/o compactar los residuos con la mano, pie o cualquier material de trabajo (escoba, recogedor, pala, etc.)
- Una vez identificados separados y envasados, los RPBI serán recolectados en cada cubículo por el afanador en turno y asignado al área correspondiente.
- El personal de intendencia encargado de la limpieza y desinfección de las áreas asignadas a pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad infectocontagiosa deberá estar capacitado en el manejo de residuos y en el uso de equipo de protección (Cuadro 4 Equipo de protección personal)
- El personal de intendencia encargado de la recolección de desechos de áreas contaminadas, también portará equipo de protección Cuadro 4 Equipo de protección personal)
- El afanador deberá tener presente las medidas de precaución en áreas contaminadas, tales como:
 - 1. Precaución con Exudados: Evite contacto directo con el paciente y artículos utilizados por este, sin previa protección.

- 2. Precauciones entéricas: Evite contacto directo con heces, utilice guante desechable.
- 3. Precauciones Hematológicas: Evite contacto directo con sangre y elementos que la contengan.

12. MANEJO DE CADÁVERES

A. MEDIDAS DE MANEJO PARA CADAVERES CON ANTECEDENTE DE COVID-19

En el manejo de cadáveres con causa de muerte probable o confirmada por COVID-19 se deben tener en cuenta las siguientes disposiciones:



- El traslado al área de patología debe ocurrir tan pronto como sea posible después de la muerte siguiendo el protocolo establecido.
- El cuerpo debe de ser identificado, por lo que se colocará un brazalete con su nombre completo, fecha y hora de defunción ya sea en muñeca o tobillo.
- El cuerpo deberá ser identificado por un familiar quienes deberán usar los elementos apropiados del equipo de protección personal, al igual que el personal de salud que se encargue del informe y preparación del cuerpo, para evitar el contacto directo con fluidos corporales. Incluyendo la toma de una fotografía del rostro del cadáver para identificar posterior al embalaje.
- Posteriormente el personal de enfermería procederá a amortajar perfectamente bien, en especial las cavidades, con la finalidad de evitar cualquier derrame de fluidos corporales, y/o heces del cadáver y su contacto con éstos.
- El cadáver deberá ser embalado (puesto dentro de una bolsa mortuoria) y posterior amortajamiento con sábanas para su posterior traslado al área de patología asignado para la recepción de éstos cadáveres con otra ficha de identificación que incluirá una fotografía del rostro del cadáver con su nombre, número de expediente, edad, sexo, fecha de ingreso y fecha y hora de defunción.
- Los elementos del equipo de protección de personal que deben usar los trabajadores de salud al manipular cadáveres incluyen: Protectores oculares, respirador facial o, en su defecto mascarilla quirúrgica para protegerse de cualquier potencial salpicadura de fluidos corporales. Bata impermeable, desechable, de manga larga, con puños y guantes de látex, de único uso, no esterilizados. (Cuadro de Equipo de protección personal)

- Para levantar o transportar el cadáver, es aconsejable usar un par adicional de guantes de goma externos para tareas pesadas y un delantal resistente e impermeable. Se deberá trasladar el cadáver con la mayor prontitud posible.
- El camillero deberá verificar que el expediente clínico cuente con la nota de defunción. Esta estará conformada por un apartado especial para su fácil identificación, los diagnósticos finales anotados de manera ordenada y clara, tal como deben aparecer en el certificado de defunción:
 - a) Causa o Enfermedad básica (enfermedad o lesión principal que inició la serie de enfermedades o lesiones secundarias que llevaron a la muerte.
 - b) Causa o enfermedad secundaria (lesiones o enfermedades importantes, NO relacionadas con la causa básica)
 - c) Causa o enfermedad final o directa (última lesión o evento, provocado por las causas secundarias, antes de la muerte)
 - d) En caso de existir causas contribuyentes de cada una de ellas deberá especificarse claramente el tiempo estimado de evolución.
 - e) Antecedentes de importancia: Antecedentes personales patológicos con tiempo de diagnóstico, antecedentes quirúrgicos
 - f) Resumen de padecimiento final y evolución
 - g) Hora y fecha de defunción
- El traslado del cadáver al área de patología deberá incluir el expediente clínico, el cual será colocado dentro de una bolsa de plástico transparente sellada con cinta adhesiva con la nota de defunción en la parte frontal completamente visible. Una vez sellado el expediente dentro de la bolsa transparente, se rociará y limpiará la bolsa con solución desinfectante (hipoclorito).
- El transporte del cuerpo de los servicios clínicos se realizará a través de rutas marcadas (líneas color negro) en los pasillos del hospital hasta el sitio de almacenamiento exclusivo para cadáveres potencialmente infectados por SARS COV-19, el almacenamiento del cuerpo será en:
 - La cámara refrigerada (cámara fría) que se encuentra en la antigua sala de autopsias de Patología.
 - La bodega-1 del Servicio de Patología.
 - La sala de procuración de córneas en el área de autopsias (mortuorio) del Servicio de Patología.
- A su llegada en la unidad de Patología Posmortem, el cadáver será colocado en el sitio destinado al almacenamiento exclusivo de pacientes fallecidos potencialmente infectados con SARS COV-2, se verificará los datos de la nota de defunción del expediente, sin abrir la bolsa sellada. El cuerpo y le expediente clínico por ningún motivo deberán salir del área de almacenamiento o del mortuorio. Se colocará la bolsa sellada con el expediente, dentro de un contenedor plástico con tapa identificado como "Expedientes clínicos COVID-19".
- En la carta de Consentimiento bajo información para realizar necropsia en el apartado de revocación o negación de consentimiento, el médico patólogo especificará por escrito que debido a la causa de muerte NO se realizará necropsia hospitalaria y recomendará la cremación inmediata del cuerpo. (Anexo consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria).

B. AUTOPSIA.

No se recomienda realizar autopsias a los cadáveres de personas fallecidas con sospecha o confirmación por COVID-19, debido a la posibilidad de generación de aerosoles.

En caso de tener que realizarlos se debe mantener un ambiente seguro cumpliendo las siguientes recomendaciones. (Figura 1)

- A) Limitar el número de personas que intervienen en el procedimiento.
- **B)** Uso de equipo de protección personal (EPP) por todos los que intervienen en el procedimiento.
- **C)** EL *EPP* debe colocarse antes de ingresar a la sala, retirarse con cuidado y en el orden recomendado.

Equipo de Protección Personal (EPP). Está compuesto por el traje de matorral, una bata de guantes) y careta o gafas y botas. Se debe usar un respirador para partículas (máscara N9 o FFP2 o FFP3) en el caso de los procedimientos de generación de aerosoles.

C. CONTROL DEL AMBIENTE (Sala de autopsia)

La morgue debe mantenerse limpia, iluminada y adecuadamente ventilada en todo momento. Persona que limpie debe usar el EPP y los artículos clasificados como desecho clínico deben manejarse y eliminarse adecuadamente.

- A) Las superficies y los instrumentos deben estar hechos de materiales que puedan desinfectarse y mantenerse fácilmente entre autopsias.
- **B)** Los instrumentos utilizados durante la autopsia deben limpiarse y desinfectarse inmediatamente después de la autopsia.
- C) Las superficies ambientales, donde se preparó el cuerpo, deben limpiarse primero con agua y jabón.
- **D)** Colocar un desinfectante con una concentración mínima de 0.1% (1000 ppm) de hipoclorito de sodio (lejía) o etanol al 70% en una superficie durante al menos 1 minuto.

Por seguridad no se realizará estudio post-mortem, a excepción de contar con alguna indicación de investigación o médica específica.

Los residuos son considerados RPBI y desechados según lo especificado en la norma.

Los expedientes potencialmente contaminados permanecerán en resguardo de la Unidad de Patología Posmortem, dentro del contenedor, el que permanecerá cerrado, hasta que se determine su tratamiento y destino final. Por ningún motivo se permitirá el acceso a éstos.

D. ENTREGA DEL CUERPO

Al llegar el servicio funerario los camilleros de patología vistiendo el EPP depositarán el cuerpo dentro del ataúd, cerrándolo inmediatamente cuidando de NO abrirlo nuevamente, limpiarán el ataúd externamente con solución desinfectante (hipoclorito), para colocar posteriormente el ataúd dentro de la carroza funeraria, limpiando la camilla con una solución desinfectante (hipoclorito).

En ningún momento se permitirá el ingreso de personal de la agencia funeraria o familiares del paciente fallecido al mortuorio (área gris).

13. MEDIDAS PARA MANTENER LA SALUD

Personal de Salud

Las mujeres embarazadas, los mayores de 65 años y las personas con alguna enfermedad de base tal como cardiopatías, inmunosupresión y enfermedades crónicas pulmonares, entre otras, deben ser reubicadas en áreas de no contacto, así como deben ser aislados en su domicilio el personal de salud de acuerdo a la normatividad que determine la Secretaria de Salud Federal.

Población en General

Se establecerá un personal designado en la entrada principal que oriente a los usuarios, así como restrinja el paso de los familiares o de los acompañantes de ser necesario.

Se mantiene de forma permanente carteles que motiven a los usuarios a acudir únicamente quien o quienes requieran atención ya que cualquier establecimiento que brinde atención a la salud condiciona un riesgo para las personas que están aparentemente sanas.

14. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

"DIFUSIÓN DEL PLAN HOSPITALARIO Y RECONVERSION Y MANEJO DE UNA EMERGENCIA BIOLÓGICA EN ESTE CASO COVID-19"

Se deberá tener comunicación proactiva y efectiva al personal de salud, tanto del que va a estar en contacto con los pacientes COVID-19, como los que no lo estarán, que será un Hospital mixto como el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; esta información deberá ser a través de:

- Carteles.
- Trípticos
- Videos,
- Voceo
- Cursos de capacitación colectivos y personalizados

Temas a Difundir:

- Protección persona
- Enfermedad por COVID-19
- Técnicas de aislamiento
- Técnicas de uso de material e insumos
- Conceptos de Pandemia
- Lavado de manos
- Distanciamiento social

Los que determine la Secretaria de Salud Federal a través de sus diversos organismos.

15. GLOSARIO

Atención Médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de prevenir, proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Agente Infeccioso. Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedad cuando esté presente en concentraciones suficientes, en un ambiente propicio, en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Caso. Individuo de una población que es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Caso probable: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre, tos seca, rinorrea y cefalea acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas: coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal y/o congestión nasal.

Caso sospechoso fase 1. Se refiere a la persona que, por razones epidemiológicas, es susceptible y presenta sintomatología inespecífica del padecimiento o evento bajo vigilancia.

Caso confirmado fase 1: Toda persona a la cual se le haya obtenido una muestra celular o serológica y se demuestre por alguna de las técnicas de laboratorio la confirmación con pruebas de inmunofluorescencia o el aislamiento que demuestren la presencia del virus de la influenza.

Caso sospechoso fase 2: Persona de cualquier edad que en los últimos 7 (siete) días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: Tos, fiebre o cefalea*, acompañadas al menos de uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea (dato de gravedad), artralgias, mialgias, odinofagia / ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis y dolor torácico.

Caso Confirmado fase 2: persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud pública reconocidos por el InDRE. * En menos de 5 años de edad la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.

Caso descartado: Al caso probable en quien por estudios auxiliares se determine que no es afectado por la enfermedad que inicio su estudio.

Contacto. Persona o animal que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectados, o con ambiente contaminado, y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.

Contacto cercano: Una persona que estuvo a 2 metros de un caso probable o confirmado mientras estuvo enfermo hasta siete días después del inicio de síntomas.

Equipo de protección personal (EPP): son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.

Estudio epidemiológico. A la investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes y situaciones de interés epidemiológico.

Manejo. Es el conjunto de operaciones que incluyen la separación, recolección y almacenamiento de los residuos.

Notificación. A la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de los departamentos y servicios del instituto.

Síndrome de dificultad respiratoria aguda por neumonía: Persona de cualquier edad que presente sensación de dificultad al respirar, acompañada de fiebre, tos, dolor torácico y polipnea (respiración rápida).

Mortalidad hospitalaria por síndrome de dificultad respiratoria aguda por neumonía: Se notificará toda defunción cuya causa básica sea síndrome de dificultad respiratoria aguda por neumonía definido en el párrafo inmediato anterior.

Residuo. Cualquier material generado en los procesos de extracción, beneficio, transformación, producción, consumo, utilización control o tratamiento cuya calidad no permita usarlo nuevamente en el proceso que lo generó.

Residuos de Manejo Especial. Son aquellos generados en los procesos productivos, que no reúnen las características para ser considerados como peligrosos o como residuos sólidos urbanos, y son generados por los establecimientos que sean grandes generadores de Residuos Sólidos Urbanos.

Residuo No Peligroso. Es aquel que por sus características no representan daño a la salud o al ambiente.

Residuo Peligroso. Es aquel en cualquier estado físico que, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico infecciosas representan un peligro a la salud o al medio ambiente.

Residuo Peligroso Biológico Infeccioso. Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos según son definidos en el punto anterior, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

Sistema Nacional de Salud. Conjunto de dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local; así como las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de protección a la salud.

Vigilancia epidemiológica. Al estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como de sus condicionantes, en la población.

16. BIBLIOGRAFÍA

 Acciones de alistamiento en hospitales para la respuesta al COVID-19. Lista de verificación de alistamiento para la respuesta al COVID-19 en Hospitales. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS | www.paho.org. Disponible en:

- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15720:technical-documents-coronavirus-disease-covid-19&Itemid=4206&Iang=es
- Aviso Epidemiológico CONAVE /03/ 2020/2019-nCoV. 07 de febrero del 2020. Enfermedad por Nuevo Coronavirus 2019-nCoV. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/532749/07 febrero 2020 AE-Nuevo Coronavirus 2019 nCoV.pdf
- 3. Comisión coordinadora de institutos nacionales. Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. 14 de febrero 2020. Disponible en: http://cvoed.imss.gob.mx/lineamiento-para-la-atencion-de-pacientes-por-covid-19/
- Gobierno de España, Ministerio de Salud. Documento técnico. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) obtenido de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo urgencias pacientes con COVID-19.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "ISMAEL COSÌO VILLEGAS". Manual Operativo Institucional de Respuesta a Alerta Epidemiológica. Obtenido de: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MJmanuales/alerta_epidemiologica.pdf
- 6. Jin et al. Military Medical Research (2020) 7:4 https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6 A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version) Disponible en: https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-0233-6
- 7. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-nCOV. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/aviso-epidemiologico-casos-de-infeccion-respiratoria-asociados-a-nuevo-coronavirus-2019-ncov
- 8. Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. 14 de febrero de 2020. Secretaría de Salud.
- 9. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio, Tercera Edición; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Ginebra 2005. Disponible en: https://www.who.int/topics/medical_waste/manual_bioseguridad_laboratorio.pdf
- 10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV) Consultado el 29 de enero de 2020, Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=2020-alertas-epidemiologicas&Itemid=270&layout=default&lang=es
- 11. Plan nacional para la preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una pandemia de influenza. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. CENAPRECE. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/Plan_Nacional_Influenza.pdf
- 12. Proceso de Prevención de Infecciones para las Personas con Covid-19 (Enfermedad Por Sars-Cov-2). Contactos y Personal de Salud. Disponible en: http://cvoed.imss.gob.mx/proceso-de-prevencion-de-infecciones-para-las-personas-con-covid-19/
- 13. Recomendaciones para el personal de Salud. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/informacion-para-personal-de-salud
- 14. Recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV): Orientaciones. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) Orientaciones provisionales 28 de enero de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330938/WHO-nCoV-Clinical-2020.3-spa.pdf

15. Revista médica del Hospital General de México, Vol. 72, Num.2. Adr.-Jun.2009. El Hospital General de México en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092j.pdf

17. ANEXOS

Anexo formato estudio de caso

SALUD SECRETARIA DE SALUD	SEDENA 8598874-VAJSMA	SECRETARÍA DE MARIE	NA SNDIF	INPI	oso de COVID	ISSSTE HAVITUTO DE SECURIDAD YAMAJAJAGORES DEL ESTA -19	PEMEX ® PEMEX ® POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA
		Estadio e		NIDAD NOTIFICANT		- 10	
Entidad:	Jurisdicción:	Muni	cipio:	Nombre de la Unida	id Médica:		
Institución		CLUES					
			DATOS	GENERALES			
Fecha de ingreso a la i	nidad: dd/n	nm/aaaa					
Primer Apellio			Segundo Apellido:			Nombre (s):	
Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año: Edad	C	URP:		
Hombre:		Sí	No Meses de		Se encuentra e	n Sí No	Dina da
Sexo: Hombre: Mujer:	¿Está er	mbarazada?	embarazo:		periodo de puerpe		Días de puerperio
Nacionalidad: Mexican	a: Extranjer	a:	País de origen:		No.Exped	liente o Seguridad social:	
Entidad de nacimiento:			Entidad / Dologae	ión de Residencia:			
			_	ion de Residencia.			
Municipio de residencia	:		Localidad:	_			
Calle:			Número	externo:		Número interno	:
Entre qué calles:				У			
Colonia:			C.P.		Teléfond		
¿Se reconoce cómo in	digena?	Sí No	Habla alguna l	engua indígena?	Sí	No	
5 - 5 100011000 COIIIO III			_ c. iabia aigulla i	guaa.yeria:	Sí	No No	
Ocupación:			1	¿Es Migrante?	51	140	
				EPIDEMIOLÓGICO	s		
¿Realizó algún viaje a	un país con transmisi evios al inicio de sign	ón local comunitaria	* en los 14 días Sí	No	¿Usted es resid	ente de algún país con	Sí No
		oo y annomes r			transmisión	ocal comunitaria*?	
En caso afirmativo n	sponda lo siguiente:	dd/mm/aaaa					
Fecha de viaje:		dd/mm/aaaa	Aerolinea/vuelo de l	logada a			
			Aerolinea/vuelo de i	México			
		nm/aaaa					
Fecha de llegada a Mé							
Durante las 2 semanas , ¿Tuvo contacto con algu			Sí No	Se ignora			
Lugar de cor							
Lagar do cor	tuoto.		1=Hogar 2=Área	de trabajo 3=Área d	le entrenimiento so	cial 4=Unidad médica	
¿Tuvo contacto con anin	ales?	Sí No	Cual:				
¿Qué tipo de contacto tu	vo ?						
¿Visitó algún mercado, d	1=Animales vivos londe hubiera venta de	2=Animales muertos animales?	3=Sangre 4=Heces 5	5=Huevo 6= Víscera:	s	dd/	mm/aaaa
			Lugar:			Fecha:	
Antecedentes de viaje	s internacionales y na	icionales:					
En caso afirmativo infor		País al que viajó	Ciudad del país al	Fecha lle		Fecha de salida	Aerolinea/vuelo
Visit	ados	, , , , ,	que viajó	dd/mm/a	aaa	dd/mm/aaaa	
¿En los últimos 14 días,	ha tenido contacto cer	cano** con una perso	na con sospecha de COVII	0-19?		Sí	No No
. En los últimos 14 días	ha tenido contacto cer	cano** con una nerso	na confirmada por laborato	rio de COVID-192		Sí	No No
		es que hayan viajado	a algún país con transmisio		en los 14 días	0,	140
*Países con transmisión local e **Contacto cercano: estar a 2 n	omunitaria: China, Hong Kons	previos al inicio o g, Corea del Sur, Japón, Italia	le síntomas? , Irán y Singapur.		Sí No		
"Contacto cercano: estar a 2 n prolongado de tiempo sin usar el protección ocular); puede incluir e	etros de distancia, o dentro de aquipo de protección personal	la habitación o área de cuida (por ejemplo, batas, guantes	ido, de un caso por un periodo , respirador desechable N95 y		Sí No		
proteccion ocular); puede incluir e	uldar, vivir, visitar o compartir i	un area o sala de espera me	dica.	L			
			DATOS	CLÍNICOS			
	dd/m	nm/aaaa					
					Co-morbilida		Si No
Fecha de inicio de síntor	nas:		mas?		Diabetes	d	Si No
Fecha de inicio de síntor ¿En los últimos 14 días		ientes signos v sintor					
		ilentes signos y sintor		Sí No	EPOC		
¿En los últimos 14 días Fiebre	ha presentado los sigu	ilentes signos y sintor	Cefalea	Sí No	Asma		
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos	ha presentado los sigu	nientes signos y sintor	Irritabilidad	Sí No	Asma Inmunosupre		
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	nientes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión		
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos	ha presentado los sigu	entes signos y sintor	Irritabilidad	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida		
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	ilentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida		
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	ilentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfríos Dolor abdominal Miatgias	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia	cardiovascular renal crónica	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	ilentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfríos Dolor abdominal Mialgias Artralgias	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia	cardiovascular	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	elentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfríos Dolor abdominal Mialgias Artralgias Ataque al estado general	Sí No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia Tabaquismo	cardiovascular renal crónica	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	elentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfrios Dolor abdominal Mialgias Artraigias Ataque al estado general Rinorea	Si No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia	cardiovascular renal crónica	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	elentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfríos Dolor abdominal Mialgias Artralgias Ataque al estado general	Si No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia Tabaquismo	cardiovascular renal crónica	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	elentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfrios Dolor abdominal Mialgias Artratgias Ataque al estado general Rinorrea Polipnea	Si No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia Tabaquismo	cardiovascular renal crónica	
¿En los últimos 14 días Fiebre Tos Dolor torácico	ha presentado los sigu	elentes signos y sintor	Irritabilidad Diarrea Vómito Calosfrios Dolor abdominal Mialgias Artralgias Atque al estado general Rinorrea Polipnea Odinofagia	Si No	Asma Inmunosupre Hipertensión VIH/Sida Enfermedad Obesidad Insuficiencia Insuficiencia Tabaquismo	cardiovascular renal crónica	

		DATOS DE	LA UNIDAD	MÉDICA			
Servicio de ingreso:			Tipo de pacie	nte:	1=Ambulatorio	2=Hospitalizado [
Fecha de ingreso a la unidad:		dd/mm/aaaa	El caso f	ue ingresado a la U	CI:	Sí No [
				ue intubado: El caso tiene diag	nóstico de Neum	Sí No [onía: Clinica [Radiológica:	Sí No
			TRAT	AMIENTO Sí No	Se ignora		
¿Recibió tratamiento antipi	rético / analgésico?				oc ignora		
Seleccione antipirético/anal *Puede marcar más de un		uiente	Fecha de	e inicio del tratamier	nto antipirético/an	algésico:	dd/mm/aaaa
Paracetamol Ibuprofeno Ácido acetilsal Clonixinato de ¿Recibió tratamiento antivir	lisina	Pirox	roxeno kicam amizol sódico	Sí No	Se ignora	Diclofenaco Ketorolaco Otro	
Seleccione antiviral:	air			Fecha de inici	io del tratamiento	antiviral:	dd/mm/aaaa
*Puede marcar más de una Amantadina	a opción de la lista sig	<i>uient</i> e Zanamivir			Ribavirina		dd/fiii/dddd
Rimantadina Oseltamivir		Peramivir		Si No	Otro		
¿Recibió tratamiento antibio	ótico?			Sí No	Se ignora]	
Seleccione el antibiótico: *Puede marcar más de una	a opción de la lista sig	uiente		Fecha de inicio	del tratamiento ar	ntibiótico:	dd/mm/aaaa
Penicilina Dicloxacilina Ampicilina Amikacina Doxiciclina Cefalosporina		Clindamicina Claritromicir Ciprofloxacii Meropenem Vancomicina	na no		Amoxicilina c/s A Otros	c. Clauvulánico	
	Sí No		LABO	RATORIO			
¿Se le tomó muestra al paciente? Tipo de muestra "Puede marcar más de una			de diagnóstico):			
Exudado faring Exudado naso	geo			Lavado bronquial Biopsia de pulmón			
Fecha de toma de muestra:		im/aaaa			vío de la muestra:	:dd/mm/aaaa	ı
Fecha de recepción de muestra:	dd/m	nm/aaaa F	echa de resul		dd/mm/a	aaa Resultado: [
	1			LUCIÓN			
Evolución		ta por mejoría nm/aaaa	2=En tra	tamiento	3=Caso	grave 4=Caso no grave	5=Defunción
Fecha de egreso: Fecha de defunción:		im/aaaa im/aaaa					
	cado de defunción	III/aaaa		*Defunción por CC	N/ID-19	Sí No	
	digitalizada de certifica	ido de defunción		definición operacior		or COVID-19	
	Sexo		CON	TACTOS	Preser	nta signos y síntomas	
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre			de contacto (ID o ED)*	Correo electrónico	(Fiebre, tos	s, dolor torácico, dificultad spiratoria, otros)	Observaciones
*ID = Intradomiciliario , ED = Extradomicilia Nota: En caso de que algún contacto cumpla Nombre y cargo de qu	con definción operacio	nal de caso sosp	echoso, realiza		ológico de caso so	ospechoso	
			,		Fe	cha de elaboración:	dd/mm/aaaa
			Contacto: Telé	fono y correo electrónico	·		

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre si;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras,



Seguridad del Paciente

SAVE LIVES Clean Your Hands













¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinféctese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



Frótese las palmas de las manos



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.



Seguridad del Paciente

SAVE LIVES Clean Your Hands













Sus 5 Momentos

para la Higiene de las Manos



Anexo Momentos para la Higiene de Manos

Anexo. Equipo de protección especial.

USO DE EQUIPO PROTECCIÓN PERSONAL

1.- Bata. Cubra completamente el tórax desde el cuello hasta la rodillas, los brazos hasta las muñecas y anude en la espalda



 Cubrebocas. Asegure lazos o bandas elástica cuello y cabeza
 Ajuste la banda flexible a puente nasal
 Ajuste a cara y debajo de barbilla



3.- Goggles o mascarilla facial. Colóquela sobre la cara y ojos y ajústela



 4.- Guantes.
 Extienda para cubrir la muñeca de la bata de aislamiento



Mantenga las manos alejadas de la cara, cambie guantes si están rotos o muy contaminados, realizar higiene de manos

SECUENCIA PARA RETIRAR EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

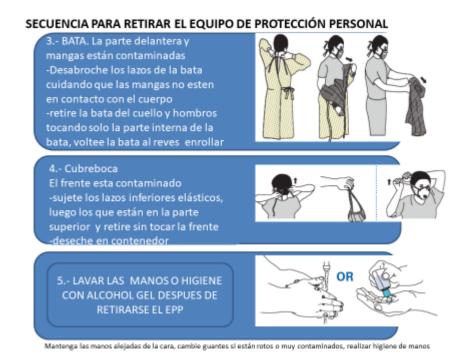
- 1.- GUANTES
- -El exterior de los guantes esta contaminado
- -Usando una mano enguantada agarre el área palma mano de la otra mano y retire el primer guante, sostenga el guante quitado con la mano enguantada
- Deslice los dedos de la mano sin guantes en la muñeca y retire el segundo guante
- Coloque guantes en contenedor



2.- Gogles o escudo facial
-El exterior esta contaminado
-retira los gogles la banda de la
cabeza y nivel de los oídos
-si son reutilizables colocarlos en
lugar para limpieza, si son
desechable ponerlos contenedor



Mantenga las manos alejadas de la cara, cambie guantes si están rotos o muy contaminados, realizar higiene de manos



Anexo. Medidas de precaución Estándar.

Medias de Precaución Estándar



Medidas de Precaución por Vía Aérea



Medidas de Precaución por Contacto



Medidas de Precaución por Gota



Anexo. Uso de Equipos de protección Personal, según nivel de atención.





- o Mascarillas médicas 25 unidades
- o Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente) 1 unidad
- o Guantes, no estériles 50 unidades
- o Gafas o protector facial 1 unidad

Uso de equipos de protección personal (EPP) según nivel de atención

La **Tabla 1** presenta el uso de equipos de protección personal (EPP) según nivel de atención. Estas recomendaciones son basadas en la evidencia actual sobre mecanismos de transmisión del 2019-nCoV. Los siguientes niveles de atención que deben de ser considerados son:

- o Triaje;
- o Toma de muestras para diagnóstico laboratorial;
- o Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN PGA;
- o Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y PGA;

Tabla 1 – Uso de equipo de protección personal (PPE) según nivel de atención

Tipo de atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla médica	Respirador (N95 o FFP2)	Gafas (protección ocular) O Protector facial (protección facial)	Guantes
Triaje	X		Х			
Toma de muestras para diagnóstico laboratorial	x	x		x	×	x
Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN PGA	х	x	x		x	×
Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y PGA	x	x		х	×	×

Referencias

- 1. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. New England Journal of Medicine. 2020.
- 2. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020.

Anexo consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria





HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA REALIZAR NECROPSIA HOSPITALARIA

Nombre del fallecido:	Edad:Sexo)
No de Exp.: Diagnóstico final		
Fecha de defunción:		
Nombre de familiar responsable o representante leg	al:	
Edadparentesco:Doi	nicilio:	
Por medio de la presente y en pleno uso de miviolencia física o moral, manifiesto que el Dr	del Hospital General de México "Dr. Eduaraje claro, sencillo y entendible, realizando todas dudas que he planteado, mismas que uno de los estudios que fortalecen el avance dio anatomopatológico post mortem o necropsi del fallecimiento de mi familiar, lo que contribuidión, por tal motivo, autorizo para que se realistitalaria en el cuerpo de mi familiar, lo anterior of Fracción I, 320, 321, 322, 323, 325, 350 bis2 dificada el 06 de abril de 2012 y publicada en	do las he ia, irá ce de 2 y
Nombre y Firma del Familiar Responsable	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y F	irma)
Que se identifica con:	Que se identifica con:	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo	
Que se identifica con	Que se identifica con	

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados, sin excepción y **Ilenarse una vez que sucedió el evento** (muerte), solicitando la firma al familiar responsable.



Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000





HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE	
EN CASO QUE SE NIEGUE EL CON	SENTIMIENTO:
n esta fechadeclaro, o torización a que se realice la necropsia hospi ecuadamente.	que, sin que exista presión externa alguna, niego la italaria a mi familiar, la cual me fue explicada
EN CASO QUE SE REVOQUE EL C Con esta fecha revoco por com necropsia hospitalaria, a mi familiar, fallecido el d toda responsabilidad al médico tratante y/o a la Ins que se retrase o niegue la entrega del cadáver de m atención médica.	pleto el consentimiento otorgado para realizar la lía por tal motivo, eximo de stitución, sin que para ello exista razón alguna para
Nombre del paciente fallecido	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firm
Nombre del paciente fallecido Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firm
Nombre y Firma del Familiar Responsable o	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firm Nombre y Firma Testigo
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	



Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

Para consulta:

- 1. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-postmortem-specimens.html
- Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)
 Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease
 Control and Prevention. Disponible en. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762130
- 3. Jin et al. Military Medical Research (2020) 7:4 https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6 A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version) Disponible en: https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-0233-6
- 4. Gobierno de España, Ministerio de Salud. Documento técnico. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) obtenido de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo urgencias pacientes con COVID-19.pdf