

# INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

## REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance:

No. de Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Original	No. de Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Actualizado
12	24

Situación de las Acciones de Mejora Institución				
Trimestre	Concluidas	% de Cumplimiento	En Proceso	Pendientes (Sin avance)
Primero	2	8.3	20	2
Segundo				
Tercero				
Cuarto				

Situación de las Acciones de Mejora Institución					
Acumulado al Trimestre	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento	En Proceso	Pendientes (Sin avance)
Acumulado al Primero	24	2	8.3	20	2

**Acciones de Mejora en Proceso al Trimestre Reportado**

<b>A.M. con avance Acumulado entre 1% y 50%</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto; text-align: center;">18</div>	<b>A.M. con avance Acumulado entre el 51% y 80%</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto; text-align: center;">2</div>	<b>A.M. con avance Acumulado entre el 81% y 99%</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; margin: 0 auto; text-align: center;">0</div>
--	---	---

Lista de Acciones de Mejora		
No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre Institución
1	Definir un programa de trabajo anual o plurianual que permita definir con claridad a los responsables específicos, entregables y fechas de cumplimiento de la instrumentación de las 66 acciones puntuales diseñadas para el cumplimiento de los 4 objetivos institucionales contemplados en el Programa Institucional. Aunado a lo anterior, definir los mecanismos de seguimiento periódicos de los avances y problemáticas suscitadas en su implementación, mismos que se deberán hacer del conocimiento de la Junta de Gobierno y del Comité de Control y Desempeño Institucional hasta su vigencia. a cargo de la Unidad de Planeación	25
2	Elaboración y seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Comité de Ética a cargo de la Titular de la Unidad de Planeación	25
3	Elaboración de Guía Operativa para los Procedimientos de Contratación en materia de Arrendamientos y Servicios	40
4	Elaboración de Indicadores de tiempos de espera para cirugías	10
5	Realizar modificaciones al Manual de Procedimientos de la Subdirección de Neurocirugía en donde se regule y delimite las responsabilidades dentro del uso, consulta, actualización y revisión de los reportes de lista de espera de cirugía generados en el sistema SIGMA.	25
6	Implementación en el Expediente clínico electrónico la nota de médico adscrito; de revisión, ingreso y/o interconsulta en el área de Neurología	100
7	Implementación en el Expediente clínico electrónico la solicitud de la lista de internamiento en el 3er y 4to piso de Neurología de pacientes provenientes de consulta externa	100
8	Elaboración de Guía Operativa para los Procedimientos de Contratación en materia de Arrendamientos y Servicios	40
9	Elaboración y seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Comité de Ética a cargo de la Unidad de Planeación	25
10	Creación e implementación de un sistema de registro para personas prestadoras de actividades de pregrado y posgrado (SURPP)	70
11	Automatización para emisión de constancias de cursos de educación continua.	70
12	Realizar la detección de Necesidades de capacitación, gestión y coordinación de cursos de capacitación en materia de desarrollo humano, derechos humanos, interculturalidad, para el personal que labora en este Instituto Nacional de Salud.	20
13	Realizar modificaciones al Manual de Procedimientos de la Subdirección de Neurocirugía en donde se regule el proceso para la elaboración de los Programas de Trabajo de esa Subdirección, mismo que deberá contemplar invariablemente un apartado donde se definan metas físicas (vinculadas con el número de cirugías y tipo, tiempos de espera, entre otros, con base en históricos de ejercicios anteriores) y ajustadas al presupuesto destinado para cumplir con las mismas.	25
14	Realizar modificaciones al Manual de Procedimientos de la Subdirección de Neurocirugía en donde se contemplen instrumentos y mecanismos que permitan medir el avance, resultados y variaciones de las metas físicas que se establezcan en el Programa de Trabajo de esa Subdirección.	20
15	Elaboración y seguimiento del Programa de Trabajo de la Subdirección de Recursos Humanos	20

Nº. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre Institución
16	Las unidades compradoras deberán diseñar y homologar un mecanismo que permita medir el avance y variaciones presentadas en las contrataciones a ejecutarse durante cada ejercicio fiscal conforme su PAAS y sus respectivas modificaciones.	15
17	Implementación de plan estratégico para la práctica segura de la terapia de infusión en el INNN.	20
18	Elaboración de Indicadores de tiempos de espera para cirugías	20
19	Realizar modificaciones al Manual de Procedimientos de la Subdirección de Neurocirugía en donde se definan estándares de servicio y desempeño de la ejecución de los procesos de atención a pacientes que requieren cirugía, como lo son tiempos de espera aceptables de intervención entre la programación y ejecución de una intervención, desglosado de ser necesario por tipo y urgencia de la misma, entre otros estándares.	20
20	Actualización del Manual de Procedimientos Prioritarios de la Subdirección de Enfermería	20
21	Previo a la formalización y publicación del Manual de Procedimientos del Departamento de Pre y Posgrado revisar y, en caso de ausencia, incorporar estándares de calidad adicionales a encuestas de satisfacción inherentes dentro del proceso de coordinación e implementación de actividades de pregrado y posgrado (ejemplos horas/créditos/calificaciones mínimos por tipo de curso para ser acreditado, perfil mínimo del postulante, niveles aceptables de egresos, niveles mínimos de cursos ofrecidos por ciclo académico, etc).	25
22	La Subdirección de Neurocirugía deberá realizar un diagnóstico en donde se identifiquen sus necesidades de equipamiento médico especializado electrónico en contraste con los equipos con que actualmente cuenta, haciendo un análisis de los beneficios cuantitativos y cualitativos que se obtendrían y los costos aproximados que representaría la adquisición de los equipos faltantes o que se requieren reemplazar. Dicho diagnóstico se presentará ante el Director Médico para su consideración y, en caso procedente, propuesta de incorporación como proyecto de inversión.	50
23	El Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones deberá formalizar los protocolos de seguridad que lleva a cabo en la actualidad para la cancelación oportuna de accesos al SIGMA en su Manual de Procedimientos. (Responsable titular del área de TICS)	0
24	Previo a la formalización y publicación del Manual de Procedimientos del Departamento de Pre y Posgrado revisar y, en caso de ausencia, incorporar mecanismos de vigilancia y cancelación oportuna de accesos autorizados al Neurocampus y REDCap del personal del INNN que cause baja contemplando acciones coordinadas con la Subdirección de Recursos Humanos en el sentido de no procesar las bajas hasta la emisión de constancias de cancelación de accesos que emita la Dirección de Enseñanza o el Área que designe para tal efecto; asimismo, contemplar mecanismos aplicables para la cancelación de accesos a los usuarios externos que concluyan o causen baja de los cursos/programas de pregrado y posgrado.	0

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda:

Las cargas de trabajo y las fallas del sistema de expediente electrónico SIGMA, impidieron dar cumplimiento a las acciones de mejora 22 y 24 esta línea

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir las debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno

1. se envían los avances trimestrales del PATI. Se reportan semestral a la H. Junta de Gobierno. 2 y 9. El CE realizó las siguientes acciones: difusión del Pronunciamiento de Cero Tolerancia, infografías en materia de Conflictos de Intereses, manual para la atención de denuncias, Plataformas de CAIE y SIDEC. TIC'S colocará protectores de pantalla en las PC, se capacitaron 150 personas en la Plataforma de INMUJERES, el 8 de marzo se realizó el Pronunciamiento de CT por el Director General, la CDHCMX impartió el curso de violencia hacia las mujeres, participaron 247 personas, el PAT lo está elaborando la SFP se realizó el IAA 2022. 3 y 8 SSG elaboró la Guía Operativa para los Procedimientos de Contratación en Materia de Arrendamientos y Servicios. SRM está analizando los procedimientos de contratación, para las guías operativas. 4 se realizó diagnóstico. Actualmente ya hay una base de datos llamada "RedCap Pacientes de Piso", permite un registro de la lista de espera del paciente para cirugía en SIGMA. 5 se realizó la revisión del Manual de Procedimientos, no se cuenta con apartados de regulación y delimitación de responsabilidades dentro del uso, consulta, actualización y revisión de la lista de espera de cirugía generados en el sistema SIGMA. 6 la nota de médico adscrito, revisión, ingreso, interconsulta hospitalaria, se incorporó en SIGMA. 7 los paciente para internarse en 4to piso, llenan el formato de Autorización para ingresar al 4to piso de Hospitalización. 10 se creó el Sistema Universal de Registro para Pregrado y Posgrado (SURPP). 11 se creó e implementó el sistema de emisión de constancias. 12 se realizó formulario de detección de necesidades, se integrarán los resultados de la ECCO 2022 en el PCI. Se capacitaron replicadores de interculturalidad. 13 En la Carpeta Gerencial se encuentra el Manual de Procedimientos además de la hoja metas de número de cirugías para el 2023, se establecerán metas para internamiento de pacientes. 14 se realizó instrumento para medir resultados y variaciones en los tiempos de espera de cirugías, Base de Datos en RedCap. 15 se elaboró el PATSRH, los indicadores están en revisión. 16 SSG no ha realizado modificaciones al PAAS. SRM: está implementando un control en Excel del PAAS. 17 se elaboró el PC Práctica segura en el cuidado de la persona con dispositivo de acceso vascular. 18 Está en fase de diagnóstico y de implementación el proceso de la Lista de Espera para cirugía. 19 se revisó el Manual de PSN, para la optimización del proceso de la selección de internamiento, los pacientes que ingresan por urgencias, son valorados, y se ingresan inmediatamente o se refieren a otra institución o se mandan a la lista de espera general. 20 se participó en la reunión para replantear líneas de acción para el PTCI 2023. 21 se creó el calendario de cursos básicos y clínicos de residentes 22 se realizó la evaluación de los equipos con los que se cuenta. 23 Por la implementación del Arrendamiento de Red Lan y Wlan, Telefonía y PC, no se realizó ninguna. 24 se trabaja en la cancelación de accesos

Ciudad de México, a 25 de abril de 2023.

**El Coordinador de Control Interno**

L.C.P. Karina Reyes Durán

Subdirectora de Recursos Financieros y Encargada del Despacho de la Dirección de Administración

**El Enlace del Sistema de Control Interno Institucional**

Lic. Juan Carlos Shedid Martínez

Subdirector de Recursos Humanos