



INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA

ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

2014.1000. 001270

DIRECCIÓN GENERAL

MÉXICO, D.F. A 19 DE NOVIEMBRE DE 2014.

"2014, AÑO DE OCTAVIO PAZ"

LIC. JORGE ARTURO FLORES OCHOA  
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL  
EN EL INPER  
P R E S E N T E

En cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en la Materia, me permito enviarle conforme al numeral 42, el Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2014.

Cabe destacar que la Matriz de Riesgos Institucional se conformó en el mes de agosto; por lo que a fin de considerar el cierre trimestral conforme calendario, se reportan únicamente las acciones realizadas en septiembre.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ  
DIRECTOR GENERAL

C.C.P. GENERAL Y DR. MARTÍN HERNÁNDEZ BASTAR.- DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.- PRESENTE.  
DR. RAMÓN ALBERTO RUIZ TAPIA.- DIRECTOR DE PLANEACIÓN.- PRESENTE.  
MTRA. GINA MARTÍNEZ FLISSER.- SUBDIRECTORA DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.- PRESENTE.

ART/UMF/FAB/IRB

Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, Deleg. Miguel Hidalgo Distrito Federal C.P. 11000  
Teléfonos: 5520 8565 y 5202 2493 Fax: 5520 1593 e-mail: dirgral@inper.mx

## **Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2014**

### **Reporte de Avance Trimestral Septiembre 2014**

1  
→ R. J. f

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno

Numeral 42

**I. Resumen de acciones comprometidas, cumplidas y en proceso, así como sus porcentajes de avance**

La Matriz de riesgos institucional 2014 se integró el pasado mes de agosto, con la participación del Grupo de trabajo de riesgos, conformado por servidores públicos de los tres niveles jerárquicos existentes en el Instituto: Directores, Subdirectores y Jefes de Departamento. Así mismo, se contó con la participación de una representante del Órgano Interno de Control en el INPer.

El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2014 (PTAR) se elaboró a partir de los 27 factores de riesgo identificados; por lo que se establecieron 27 acciones para minimizar el grado de impacto y probabilidad de ocurrencia.

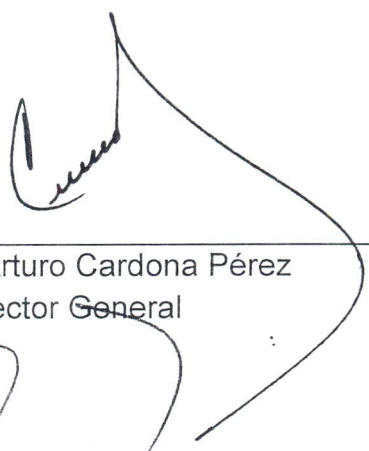
El porcentaje de avance y las acciones realizadas en septiembre se presentan en el anexo 1.

**II. Descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones en proceso y propuestas de solución para consideración del Órgano de gobierno**

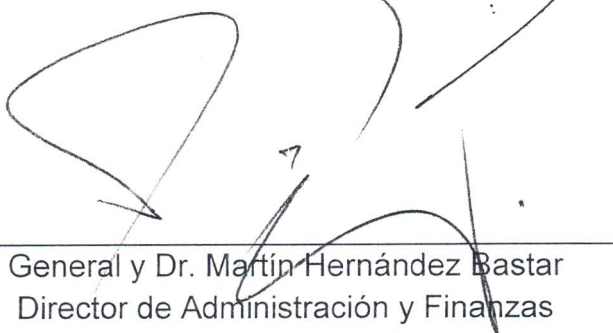
En el anexo 1 se explica brevemente la problemática que se ha presentado en el cumplimiento de las acciones comprometidas, así como las propuestas de solución. Cabe destacar que únicamente se reporta lo realizado en septiembre, dado que la matriz se elaboró en agosto, a fin de cerrar el periodo trimestral conforme calendario.

### III. Resultados alcanzados en relación con los esperados.


En el mes de septiembre se iniciaron diferentes gestiones respecto de las acciones comprometidas, y se logró un avance en promedio del 10% en 15 de las mismas. La implementación requiere largo plazo, por lo que aún no se cuenta con un comparativo de resultados alcanzados y los esperados.



Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez  
Director General



General y Dr. Martín Hernández Bastar  
Director de Administración y Finanzas  
Coordinador de Control Interno



Mtra. Gina Martínez Flisser  
Subdirectora de Desarrollo Organizacional  
Enlace de Administración de Riesgos

Reporte de Administración de Riesgos (acciones realizadas en septiembre de 2014)

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Fecha de Inicio	Fecha de Término	% de avance	Acciones realizadas septiembre	Medios de verificación	Problemática	Solución
2014_1	Pacientes sin la atención integral necesaria para la resolución de su patología	10	3	IV	REDUCIR EL RIESGO	1.1	Falta de personal para la atención de pacientes	Realizar un diagnóstico para determinar las áreas con faltantes de personal y la categoría de puesto que se requiere	Dirección Médica	01/10/2014	30/01/2015	0%	Sin acciones		Por cargas de trabajo del personal no se ha iniciado el diagnóstico	
						1.2	Escasez de insumos para la atención del paciente	Implementación de la farmacia integral	Dirección de Planeación	01/09/2014	No determinada	10%	Se elaboró el diagnóstico situacional, las condiciones técnicas y continúan las reuniones para la gestión de su implementación en 2015			
						1.3	Inadecuada distribución de espacios en las Unidades de Terapias intensivas	Desarrollo del Plan Maestro de Obra del Anexo B	Dirección de Planeación	01/09/2014	30/04/2015	10%	Se inició el proceso de contratación del proveedor que desarrollará el Plan Maestro	Cotizaciones		
						1.4	Falta de capacitación del personal en materia de salud reproductiva y perinatal	Impulsar y facilitar la formación continua del personal profesional	Dirección Médica	01/09/2014	Actividad continua	10%	Se han capacitado en diversos temas 79 médicos y 63 enfermeras	Constancias		
						1.5	Inadecuado flujo de comunicación institucional	Mejoras en los procesos internos	Dirección Médica	01/09/2014	30/03/2015	0%	Sin acciones			
2014_2	Recursos humanos no formados con las competencias necesarias en el campo de la salud reproductiva y perinatal	9	1	IV	EVITAR EL RIESGO	2.1	Escasa formación y actualización del profesorado	Elaborar, aplicar y analizar instrumentos para detectar necesidades de formación y actualización docente Diseñar, realizar y evaluar curso de actualización docente	Dirección de Enseñanza	01/09/2014 01/01/2015	30/11/2014 31/12/2015	20%	Se desarrolló el instrumento para la detección de necesidades de formación y actualización docente	Instrumento		
						2.2	Perfil deficiente del egresado que aspira a ingresar a las especializaciones y cursos de alta especialidad.	Mejorar el proceso de selección de aspirantes Difundir los cursos de especialización del instituto en los cursos de preparación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas que realizan en otras instituciones	Dirección de Enseñanza	01/09/2014 01/02/2015	30/11/2014 30/08/2015	10%	Elaboración de video (se está elaborando el guión)	Guión/video		
						2.3	Instalaciones insuficientes e inadecuadas	Influir en el Plan Maestro de Obra para contar con áreas físicas suficientes e idóneas	Dirección de Enseñanza	01/09/2014	31/12/2015	10%	Se realizó una reunión con los ingenieros y arquitectos para establecer las necesidades de las aulas	Reunión		
						1.5	Falta de equipo o equipo existente obsoleto	Influir en las adquisiciones solicitadas por el área	Dirección de Enseñanza	01/09/2014	31/12/2015	10%	Elaboración y entrega oportuna del capítulo 5000 al área correspondiente	Capítulo 5000		

2 ok

Reporte de Administración de Riesgos (acciones realizadas en septiembre de 2014)

Nº. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	Nº. Factor de Riesgo	Factor de riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Fecha de Inicio	Fecha de Término	% de avance	Acciones realizadas septiembre	Medios de verificación	Problemática	Solución
2014_3	Profesionales internos y externos sin actualización en el ámbito de la salud reproductiva y perinatal	9	1	IV	EVITAR EL RIESGO	3.1	Deficiente detección de necesidades de actualización en materia de salud reproductiva y perinatal	Elaborar, aplicar y analizar instrumentos para detectar necesidades de actualización en salud reproductiva. Diseñar, realizar y evaluar el programa académico de acuerdo a la detección de necesidades.	Dirección de Enseñanza	01/09/2014	30/01/2015	20%	Se desarrolló el instrumento para la detección de necesidades de actualización	Instrumento		
						3.2	Instalaciones insuficientes e inadecuadas	Influir en el Plan Maestro de Obra para contar con áreas físicas suficientes e idóneas	Dirección de Enseñanza	01/09/2014	31/12/2015	10%	Se realizó una reunión con los ingenieros y arquitectos para establecer las necesidades de las aulas	Reunión		
						3.3	Falta de equipo o equipo existente obsoleto	Influir en las adquisiciones solicitadas por el área	Dirección de Enseñanza	01/09/2014	31/12/2015	10%	Elaboración y entrega oportuna del capítulo 5000 al área correspondiente	Capítulo 5000		
2014_4	Insuficientes investigadores productivos (ICM C a F)	10	7	I	REDUCIR EL RIESGO	4.1	Contratación inadecuada del personal para las categorías de investigador	Contratación de nuevos investigadores a partir de las categorías ICM C o ICM D	Dirección de Investigación	Actividad permanente	Actividad permanente	10%	Promoción de convenios de colaboración para la estancia de investigadores de alto nivel (SNI III y ICM "F")	Revisión del convenio INPer-FQ UNAM	Se cuenta con los nombramientos disponibles para ICM F, pero no hay plazas disponibles	Promover seis plazas de nueva creación de ICM
						4.2	Inexistencia del mecanismo legal para exigir la productividad acorde a la categoría de plaza ocupada por el investigador	Diseño del mecanismo para evaluación de productividad por categoría de investigador y reestructuración de los grupos de investigación	Dirección de Investigación	01/09/2014	30/03/2015	10%	Evaluación curricular y científica de los ICM	Distribución del formato de evaluación de investigadores	En proceso	En proceso
2014_5	Deficiente gestión de la investigación	10	10	I	REDUCIR EL RIESGO	5.1	Procesos internos ineficientes, no alineados con políticas nacionales e internacionales	Mejora en el proceso interno para el desarrollo de proyectos de investigación	Dirección de Investigación y Planeación	01/09/2014	30/03/2015	0%	Sin acciones			
2014_6	Disminución en la producción y calidad de artículos científicos	10	9	I	REDUCIR EL RIESGO	6.1	Inexistente seguimiento de los productos comprometidos en los protocolos de investigación	Diseño del mecanismo para el seguimiento de los productos comprometidos en los protocolos de investigación	Dirección de Investigación	01/09/2014	30/03/2015	10%	Apoyo a los ICM en la publicación de sus artículos en revistas internacionales	Solicitud a la Dirección de Administración para el apoyo económico en la gestión de publicación	No existe el mecanismo documentado (administración e investigación), para llevar a cabo el proceso de gestión para la publicación de artículos científicos, ni demás productos de investigación	Elaboración del documento sobre apoyo a la gestión de la publicación de artículos científicos en los próximos 4 meses.
						6.2	No se lleva a cabo la categorización de productos	Diseño de la categorización de productos de investigación	Dirección de Investigación	01/09/2014	30/03/2015	10%	Aumentar las sesiones de los comités normativos para liberar la agenda de protocolos a evaluar	Calendario de sesiones de los comités	CANCELACIÓN de algunas sesiones por no reunir quórum	Entrevista con los presidentes de cada comité para el análisis y propuestas de acción.
2014_7	Aumento en pacientes hospitalizados afectados por incidentes	10	1	IV	REDUCIR EL RIESGO	7.1	Falta de políticas de seguridad del paciente	Supervisar que se apliquen en la operación las metas internacionales de seguridad del paciente	Dirección Médica	01/09/2014	Actividad permanente	20%	Concluyó el piloto de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente sobre cirugía segura, y se está aplicando a todos los procedimientos en quirófano, mediante el uso de la lista de verificación, que está integrada en el Expediente clínico de cada paciente.	Listas de verificación		
						7.2	Falta de capacitación del personal en materia de seguridad del paciente	Impulsar la capacitación del personal en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención	Dirección de Planeación	01/09/2014	Actividad permanente	20%	Impartición de 4 cursos en los temas de seguridad desde la óptica del paciente y su familia, construcción de indicadores de mejora de la calidad, seguridad del paciente con enfoque estratégico y herramientas para la calidad y seguridad del paciente	Listas de asistencia		




Reporte de Administración de Riesgos (acciones realizadas en septiembre de 2014)

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Fecha de Inicio	Fecha de Término	% de avance	Acciones realizadas septiembre	Medios de verificación	Problemática	Solución
2014_8	Incremento en el número de pacientes que presentan infecciones nosocomiales	9	4	IV	REDUCIR EL RIESGO	7.3	Falta de mantenimiento preventivo y correctivo al área hospitalaria	Aplicación del programa de mantenimiento del equipo médico	Dirección de Planeación	01/09/2014	30/12/2014	20%	Se atendieron las solicitudes de mantenimiento de equipo médico	Bitácoras de mantenimiento	El mantenimiento preventivo se ha visto rebasado por atender el mantenimiento correctivo	Las cargas de trabajo disminuirán una vez se implementen los servicios integrales; por lo que se podrá realizar el mantenimiento preventivo
						8.1	Personal que no cumple con las Guías clínicas establecidas	Supervisar el cumplimiento del personal de la Guía de práctica clínica de infecciones nosocomiales	Dirección de Planeación	01/09/2014	Actividad permanente	Participación en sesiones del área de UCIREN, Subdirección de Neonatología para revisión de algunos temas de interés médico con enfoque infectológico para manejo de pacientes de acuerdo a lineamientos internacionales. Capacitación en la técnica de lavado de manos. Elaboración de planes de control de infecciones en áreas críticas de acuerdo a riesgos detectados. Elaboración y difusión de planes de control de infecciones ante demoliciones, y remodelaciones de edificios en medio hospitalario	Visitas Documentos de difusión	Falta de interés en la resolución de problemas por el personal de las distintas áreas implicadas y de mantenimiento	Se realizan recomendaciones por escrito de acuerdo al problema y factor de riesgo detectado, las acciones se realizan en conjunto con las áreas implicadas, autoridades de las Subdirecciones y Direcciones de las distintas áreas	
						8.2	Escasez de insumos adecuados para limpieza hospitalaria	Revisión de los insumos para limpieza hospitalaria que se solicitan en el Programa Anual de Adquisiciones	Dirección de Planeación	01/09/2014	30/03/2015	Gestión en conjunto con Dirección de Planeación, para la adquisición de jabón de clorhexidina y solución alcohol- gel para la higiene de manos. Capacitación al personal de limpieza para realización de desinfección de alto nivel con enfoque a áreas críticas. Protocolo de desinfección de áreas críticas con hipoclorito de sodio al 6%	Asistencia al Comité de Adquisiciones Dictamen para compra de insumos Protocolo de desinfección de áreas críticas	Gestión para la compra de insumos	Compra oportuna y suficiente de insumos necesarios para higiene de manos. Capacitación continua del personal de limpieza. Acatar la estrategia de desinfección de alto nivel en áreas críticas hospitalarias	
2014_9	Abasto insuficiente de medicamentos y materiales de curación.	9	5	IV	ASUMIR EL RIESGO	8.3	La demanda de atención médica que supera la capacidad instalada en áreas críticas (UCIN y UCIREN).	Desarrollo del Plan Maestro de Obra del Anexo B	Dirección de Planeación	01/09/2014	30/04/2015	10%	Se inició el proceso de contratación del proveedor que desarrollará el Plan Maestro	Cotizaciones		
						9.1	Procedimientos inadecuados inter e intradepartamentales	Crear grupos de trabajo interdepartamentales para atender caso por caso los problemas de procedimientos. Comprometer a la alta Dirección en las soluciones para que hayan resultados inmediatos.	Dirección de Administración y Finanzas	01/07/2014	Actividad permanente	Revisión de PAA2014, detectando que su formulación ha sido extemporánea, que en algunos casos los eventos de Licitación han sido extemporáneos, por la implementación de otros programas integrales	Actualmente se encuentran programas en ejecución esto en perjuicio de un buen cierre presupuestal	La revisión del PAA es extemporánea no refleja en su realidad la solicitud de recursos para el ejercicio en cuestión.	Se inician programas de adquisiciones en el primer semestre de cada año	
						9.2	Documentación no entregada en tiempo para el proceso de compra por las áreas usuarias	Formalizar las solicitudes de documentos y establecer fechas de entrega y responsables.	Dirección de Administración y Finanzas	01/07/2014	Actividad permanente	Las compras que se realizan y que no corresponden al PAA se atienden de forma inmediata apeguándose a los procedimientos	Anexo muestra contrato pedido	Estas adquisiciones se llevan de conformidad a los tiempos mínimos indispensables que marca la Ley y que no es posible agilizar el trámite	El Área usuaria preveenga en la existencia que se tenga en Almacén el mínimo indispensable	
2014_10	Abasto insuficiente de reactivos, equipo y material de laboratorio para la investigación.	9	5	IV	ASUMIR EL RIESGO	10.1	Procedimientos inadecuados inter e intradepartamentales	Crear grupos de trabajo interdepartamentales para atender caso por caso los problemas de procedimientos. Comprometer a la alta Dirección en las soluciones para que hayan resultados inmediatos.	Dirección de Administración y Finanzas	01/07/2014	Actividad permanente	Dadas las características que tiene cada departamento se ha implementado el acercamiento entre la gente de Adquisiciones y el Área de Presupuesto con el fin de contar con los recursos oportunamente para la adquisición de insumos	Documento de Suficiencia fecha de solicitud de suficiencia y fecha de otorgamiento	Se requiere que el máximo de insumos no sean comprados de forma urgente y se incluyan en PAA para que realicen eventos de licitación	Que el máximo de insumo y que por su urgencia deben de estar incluidas en las licitaciones Públicas	
						10.2	Documentación no entregada en tiempo para el proceso de compra por las áreas usuarias	Formalizar las solicitudes de documentos y establecer fechas de entrega y responsables.	Dirección de Administración y Finanzas	01/07/2014	Actividad permanente	Toda la documentación que es recibida para el Proceso de adquisición invariablemente contiene entre otros aspectos fechas de entrega y responsable	Contrato con soporte	No se ha detectado	Se continua con la misma practica que se viene realizando	

105 