

INDICADOR

R E03 31 Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación

Variable 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  
Variable 2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100

ENTIDAD	ORIGINAL		ALCANZADO		DIFERENCIAS		CAUSA	EFFECTO	OTROS MOTIVOS					
	INDICADOR V10	V20	INDICADOR V1A	V2A	V1a-V10	V2a-V20								
1 MTF	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	13.2	183	1,384	9.2	142	1,538	-41	77.6	154	111.1			
2 NGV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	46.3	646	1,396	63.5	851	1,341	205	131.7	-55	96.1			
3 NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	6.8	104	1,530	21.0	331	1,577	227	318.3	47	103.1			
4 NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	37.9	572	1,509	40.8	724	1,776	152	126.6	267	117.7			
5 NCG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	33.6	465	1,384	39.6	498	1,258	33	107.1	-126	90.9			

CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 137.1 por ciento, que lo sitúa en semáforo color rojo. Esto, debido al aumento en la demanda de pacientes, principalmente los referidos de Hospitales Generales, generando el aumento de la variable 1.

EFFECTO: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 69.7%=(6 2/13 2/1)\*100 lo que lo sitúa en semáforo en color ROJO. La disminución en el valor alcanzado respecto a lo programado se debió a que, históricamente durante el primer mes del año, existe poca afluencia a los servicios de salud, situación que se solventando al transcurrir el año.

OTROS MOTIVOS: La diferencia entre el valor alcanzado y lo programado de la variable 1, no podría considerarse un riesgo para la población, ya que el IMPRM fortalece el Programa de Referencia al atender a todos los pacientes que vienen referidos de otras instituciones públicas de salud. Para la variable 2, el incremento del número de expedientes clínicos abiertos responde al mayor número de prescripciones registradas.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 107.7%, que lo sitúa en el semáforo color amarillo. Cabe mencionar, que el resultado del indicador está sujeto a la demanda de atención en los servicios de consulto externo y urgencias, en virtud de que el Instituto mantiene la política de aceptación de pacientes provenientes de instituciones de salud y al mismo tiempo se ajusta a las directrices señaladas por el nivel central en relación con la atención de todos los pacientes que solicitan servicio (O rechazado).

El indicador presenta una meta alcanzada del 39.6 por ciento de pacientes referidos por Instituciones Públicas de Salud a los que se les apertura expediente clínico institucional. Este resultado situando al indicador en semáforo color rojo.

Los factores que propician al comportamiento en la distribución en el número de pacientes que han sido referidos por otras instituciones son factores no controlables por el Instituto. El compromiso en aceptar pacientes referidos está fortalecido acorde a las necesidades del paciente.

Sin embargo, este servicio es demandado por los factores de padecimiento de los pacientes, lo que conlleva a factores que difícilmente se puede actuar con la programación en tanto a cuantos pacientes demandaran el servicio.

*Francisco Javier...*  
*Verónica...*

7	NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRURGIA	58.0	444	765	64.7	549	849	105	123.6	84	111.0	En el periodo enero-marzo de 2017, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 11.6%, al recibirse 105 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 84 aperturas de expedientes clínicos más rebasándose la meta del indicador programado.	El resultado del indicador se ubica en semáforo rojo.	0
8	NCCZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	47.0	646	1,375	48.3	665	1,378	19	102.9	3	100.2	En el periodo se abrieron expedientes a 665 pacientes referidos, de un total de 1,378 expedientes. La identificación de pacientes en forma oportuna que adieren, el resultado del indicador es de 48.3, con una variación absoluta de 1.3 y porcentual de 102.9 por lo que el semáforo está en verde.	La identificación de pacientes en forma oportuna que requieren atención de alta especialidad disminuye el riesgo.	Se programaron de acuerdo a la tendencia del indicador

9	NDE	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	11.7	148	1,261	14.1	157	1,115	9	106.1	-146	88.4	El indicador muestra un incremento del 20.5% con respecto de la meta programada, secundario tanto a un incremento de 6% en el número de pacientes referidos a las que se les abrió expediente clínico en la institución, como a una reducción de 11.6% en el total de pacientes a los que se les abrió expediente en la institución. Esta reducción en el denominador obedece a que a partir de enero de 2017 se implementó la estrategia de asignar el nivel socioeconómico más alto (Nivel X) a quienes acciden al Instituto a pesar de contar con algún tipo de seguridad social (excentuando Seguro Popular).	Tanto la variable 1 como la 2 muestran variaciones con respecto de las cifras esperadas: por un lado la variable 1 muestra un incremento del 6%, el cual no representa ningún riesgo para la población atendida sino por el contrario una ventaja toda vez que a quienes cumplen con los criterios institucionales de aceptación sobre todo en los aspectos de riesgo para su salud, se les acepta como pacientes del Instituto brindándose así la oportunidad de recibir la atención más adecuada a sus necesidades.	No se cuenta con acciones para regularizar esta situación ya que no está bajo el control directo del Instituto ya que se trata de pacientes en unidades de otras instituciones públicas. Por otro lado el hecho de asignar el nivel socioeconómico más alto a paciente que cuentan con algún tipo de seguridad social se mantendrá ya que el Instituto debe proporcionar atención preferentemente a población no derechohabiente.
---	-----	-------------------------------------	------	-----	-------	------	-----	-------	---	-------	------	------	---	---	---

10	NDF	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	4.8	225	4,668	3.9	192	4,884	-33	85.3	216	104.6	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.3 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo, debido a que los pacientes referidos por las instituciones de salud pública fue menor a la esperada.	Definido de los resultados presentados en el indicador, no existe riesgo para la población dado que se atiende a la totalidad de los pacientes referidos.	Las acciones adoptadas para este indicador son, considerar las tendencias recientes en los datos para diseñar la meta en el siguiente periodo
----	-----	--------------------------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	-----	------	-----	-------	--	---	---

11	NDV	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA	6.0												
12	NDW	INSTITUTO DE GERIATRIA													

13	NBG	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	72.2	731	1,012	44.2	593	1,342	-138	81.1	330	132.6	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.2 por ciento, que lo sitúa en semáforo rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió al incremento en el número de pacientes a quienes se les abrió expediente clínico; además, se presentó una disminución en la demanda de pacientes referidos por instituciones públicas debido a que en este periodo se tuvieron días festivos y de suceso.	Disminución en el número de pacientes referidos por instituciones públicas lo que implica menor contribución al compromiso de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados.	Se reforzará la aplicación de criterios para la aceptación de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico, considerando que este Instituto es el tercer nivel de atención padecimientos de alta complejidad.
----	-----	-----------------------------	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	-----	-------	---	---	--

SUB TOTAL			25.6	4,164	16,284	27.6	4,702	17,058	538	112.9	774	104.8			
-----------	--	--	------	-------	--------	------	-------	--------	-----	-------	-----	-------	--	--	--

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	9.0	1,750	19,341	8.4	1,941	23,180	191	110.9	3,839	119.8
15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GIL GONZALEZ	67.4	3,130	4,645	66.8	3,270	4,892	140	104.5	247	105.3
16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	1.8	27	1,467	0.0	0	0	-27	0.0	-1,467	0.0
17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	1.8	54	3,066	3.5	95	2,666	41	175.9	-370	87.9
18	HJC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	8.0	48	600	5.8	46	788	2	95.8	188	131.3
19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	1.8	140	8,000	2.8	280	10,066	140	200.0	2,066	125.8
		SUB TOTAL	13.9	5,149	37,119	13.5	5,632	41,622	483	109.4	4,503	112.1

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO QUE SE REPORTA ACANZO UN CUMPLIMIENTO EN EL INDICADOR DE 8.4 ALCANZADO / 9.0 PROGRAMADO) X 100 = 93.3%, RESULTADO QUE LO UBICA EN UN CUMPLIMIENTO EN COLOR AMARILLO. ESTO SE DEBE AL INCREMENTO EN LA VARIABLE DOS, QUE HACE QUE DISMINUYA EL INDICADOR. LAS VARIACIONES EN LAS VARIABLES, LOS PACIENTES REFERIDOS PRESENTÓ UN INCREMENTO DE 19.1 (10.2%) MÁS SEGUN REGISTROS EN BASE DE DATOS EN EL PERIODO, ASÍ COMO POR LA INSTITUCIÓN QUE REFIERE ESTOS PACIENTES SON ACEPTADOS SIEMPRE QUE ESTEN DENTRO DE LAS ESPECIALIDADES QUE TIENE EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LUEGANA". LA VARIABLE DOS, TOTAL DE PACIENTES A LOS QUE SE LES ABERTURO EXPEDIENTE, EN EL PERIODO FUERON 23,180, MAYOR POR 3,839 (19.8%) MAYOR A LA META PROGRAMADA, ESTO SE DEBE A LA DEMANDA DE ATENCIÓN A LAS DIVERSAS ESPECIALIDADES, PUES EN EL CASO DE LOS PACIENTES REFERIDOS YA TRAEN VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRELIMINAR, AL LLEGAR AL HOSPITAL SON VALORADOS Y TURNADOS A LAS ESPECIALIDADES CORRESPONDIENTES.

NO HAY RIESGO, TODOS SON ACEPTADOS Y ATENDIDOS.

LA INSTITUCIÓN CONTINUA EN ACCIONES DE MEJORA CONTINUA PARA ELEVAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN OTORGADA.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 99.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde.  
Se cumplió la meta satisfactoriamente.

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO TUVO UN CUMPLIMIENTO SUPERIOR A DE LO PROGRAMADO, LO QUE SITUA AL SEMAFORO EN COLOR ROJO. LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON, SIN EMBARGO, SE PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL DENOMINADOR DEL INDICADOR EL CUAL ES GENERADO POR UNA DISMINUCIÓN EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS (ABERTURA DE EXPEDIENTES) DERIVADO DEL CIERRE POR REMODELACIÓN DE LA UNIDAD TOCO QUIRURGICA.

EFFECTO EN LA POBLACION OBJETIVO DEL PROGRAMADA POR LA VARIACION EN VARIABLES EN LAS METAS COMPROMETIDAS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES ES POSITIVO DADO QUE A PESAR DEL CIERRE PARCIAL DE EL HOSPITAL POR REMODELACION SE CONTINUA TRABAJANDO Y ACEPTANDO A UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES REFERIDOS, LO QUE SE TRADUCE EN UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO ENTRE EL PRIMER Y SEGUINDO NIVEL LO QUE AL FINAL ENTRA COMPLICACIONES SECUNDARIAS Y TERCIARIAS QUE PODRIAN CAUSAR INCAPACIDAD, DISCAPACIDAD O LIMITACION DE LA ACTIVIDAD EN LA POBLACION AECTADA.

APERTURAR LA UNIDAD TOCO QUIRURGICA LO MAS PRONTO POSIBLE SIN QUE ELLO REPRESENTE UN RIESGO PARA EL PERSONAL O PACIENTES. ES DECIR CUANDO ESTE EN CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTRUCTURALES Y DE EQUIPAMIENTO Y FUNCIONADO.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 72.5%, con una variación absoluta negativa de 2.2 que corresponde al 5.8% alcanzado, respecto al 8% programado, lo cual lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. Las causas por las cuales existió una variación a la meta programada es por que aún a pesar que se ha incrementado la población atendida, no se ha logrado consolidar la referencia de pacientes de las distintas unidades hospitalarias de la red de Hospitales Federales de Referencia conjuntamente con las del Gobierno de la Ciudad de México.

Los principales efectos que se producen por la variación registrada son una menor captación de pacientes referidos a pesar de los distintos acuerdos interinstitucionales establecido hasta el momento.

Se realizan acciones para una mayor difusión de la carrera de servicios orientes a traves de los medios de comunicación multimedia con que dispone la institución además de reforzar la comunicación interinstitucional en las reuniones de trabajo general.

La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original programada obedece a que han aumentado el número de pacientes que se atienden en el programa CAUCES y que se consideran como referidos, los cuales requieren contar con expediente clínico para recibir atención médica.

El incremento del 25.8% en el total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación, se debió a la demanda de la consulta externa de especialidad y atenciones en urgencias.

0

Se logró 102.9% de cumplimiento respecto a la meta programada, ubicándose en un rango de color verde.

20 NBRU HRAE BALBOA 88.2 2,095 2,376 90.8 2,160 2,379 65 103.1 3 100.1 Se cumplió con la meta programada. 0 0

21 NBR HRAE OAXACA 22.0 264 1,202 0.0 0 0 -264 0.0 -1,202 0.0 0 0

22 NBS HRAE YUCAJAN 15.0 180 1,200 13.5 144 1,069 -36 80.0 -131 89.1  
 CAUSA: PARA EL PERIODO ENERO-MARZO DEL AÑO 2017, EL INDICADOR AVANZO SEMAFORIZACIÓN ROJA, CON UN PORCENTAJE DE VARIACIÓN DEL 10% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA Y UNA MEJORA DEL INDICADOR EN COMPARACIÓN CON LOS ANTECEDENTES DEL INDICADOR Y SU COMPORTAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016. ESTE INDICADOR CONTINUA REFIENDO LA CANTIDAD DE PACIENTES ENVÍADOS Y ACEPTADOS DE LOS UNIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD CON LAS QUE SE LLEVA A CABO EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS EN LAS ÁREAS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HRAEPY QUE INCLUYE PADECIEMIENTOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, DURANTE EL PERIODO SE HA CONTINUADO CON LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS SERVICIOS ASÍ COMO ESTRATEGIAS QUE REFLEJEN LA DISPONIBILIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCAJAN PARA LA RECEPCIÓN DE PACIENTES POR MEDIO DE REFERENCIAS DE PRIMERA Y SEGUNDO NIVEL EN APEGO A SU CAPACIDAD RESOLUTIVA.  
 LA FALTA DE CONSIDERACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN EL HRAEPY POR PARTE DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN PODRIAN CONDICIONAR LA FALTA DE OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD PARA LA POBLACION QUE LO REQUIERE.

23 NBT HRAE VICTORIA 31.1 273 878 36.1 214 593 -59 78.4 -285 67.5  
 Se supera la meta del indicador en un 15% debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes tanto en el aspecto de referencia como de población abierta, lo que se observa con el cumplimiento de las variables por debajo de la meta establecida, sin embargo el tener un mayor número de porcentaje de pacientes referidos a los que se les apertura expediente contribuye a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados por instituciones de referencia que se presentan en el hospital. Se ha presentado la baja de médicos de diversas especialidades lo que también ha impactado en el indicador. Se alcanza semafORIZACION roja.  
 El superar la meta en atención de pacientes referidos a los que se les apertura expediente institucional no representa un riesgo ya que es uno de los objetivos incrementari la referencia, sin embargo el no cumplir con las variables pone en riesgo el objetivo de brindar atención médica y quirúrgica de la más alta calidad a la población demandante. La atención especializada que requiere.

24 NBU HRAE XTAPALUCA 55.5 3,280 5,875 53.7 2,460 4,579 -800 75.5 -1,296 77.9  
 EL INDICADOR ALTERNATIVO DEL PERIODO QUE SE REPORTA TUVO UN CUMPLIMIENTO DE 96.8% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE 3.3 POR LO QUE SE UBICA EN SEMAFORO DE COLOR VERDE. CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA NO SE ALCANZO DERIVADO DE LA REGIONALIZACION DE LA ATENCION ENTRE LA JURISDICCION SANITARIA Y LA COMUNICACION EXISTENTE ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION; ADEMAS, DE UN CUMPLIMIENTO AUN MAS ESTRICTO, DERIVADO DE LAS POLITICAS ESTABLECIDAS POR EL SEGUNDO POPULAR.  
 POBLACION NO ATENDIDA TRABAJADO EN CONJUNTO CON LA JURISDICCION SANITARIA DE LA REGION.

25 M7A CRAE CHIAPAS 79.9 942 1,179 82.7 1,026 1,241 84 108.9 62 105.3  
 AUNQUE EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR SE REPORTA EN COLOR VERDE, LA VARIACION DE LAS VARIABLES OBEDECE A UN MAYOR NUMERO DE ATENCIONES A LA POBLACION POTENCIAL AUN DERIVADO DE LA DIFUSION DE LA CARTERA DE SERVICIOS AL SEGUNDO Y PRIMER NIVEL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD.

SUB TOTAL 55.2 7,014 12,710 60.9 6,004 9,861 -1,010 85.6 -2,849 77.6

-El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 97,5 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo programado institucionalmente.

26	NUJ	SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA	16.1	606	3,775	15.7	532	3,393	-74	87.8	-382	89.9	0
27	NTK	SERVICIOS DE INTEGRACION JUVENIL	16.1	606	3,775	15.7	532	3,393	-74	87.8	-382	89.9	0
28	NHY	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	16.1	606	3,775	15.7	532	3,393	-74	87.8	-382	89.9	0
		SUB TOTAL	24.2	16,933	69,888	23.50	16,870	71,936	63	99.6	2,046	107.9	

24,20

