

Coordinación de Proyectos Regionales
INDICADOR 1
E03: % 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

INDICADOR ORIGINAL V10 V20 ALCANZADO V1a V2a DIFERENCIAS V1a V2a
CAUSA

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 118.9%, lo que se debe a que durante el periodo reportado se otorgó un mayor número de preconsultas, situación que originó en la apertura de más expedientes clínicos, afectando, con ello, el desempeño del indicador

Los pacientes que acuden al servicio de preconsulta, pueden presentarse con o sin referencia, lo que nos genera que esa variable se modifique de forma impredecible, esas diferencias no constituyen un riesgo para la población atendida.

Los pacientes con necesidades de atención psiquiátrica llegan directamente a solicitar el servicio de tercer nivel, debido a la baja disponibilidad en otros niveles de atención, por lo que al ofrecerles atención especializada, se disminuye el riesgo que representa para la población.

OTROS MOTIVOS
ELECTO

Cada vez hay un mayor control del registro de las referencias que los pacientes presentan.

SE SOLICITABA AJUSTE DE META.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 118.9%, que lo sitúa en el semáforo color rojo, debido a que el resultado del indicador está sujeto a la demanda de atención en los servicios de consulta externa y urgencias, y a que el Instituto mantiene la política de recepción de pacientes provenientes de instituciones de salud y al mismo tiempo se ajusta a las directrices señaladas por el Insee central en relación con la atención de todos los pacientes que solicitan servicio (o ecografía).

Como se ha comentado en los reportes anteriores, este servicio es otorgado según el tipo de padecimiento de los paciente referidos, lo que representa factores que difícilmente se pueden acortar en la programación, en tanto que los pacientes puedan acudir por diversas fuentes.

Requiere que las referencias correspondan a casos que requieren de atención médica en un tercer nivel.

El indicador presenta una meta alcanzada del 41.2 por ciento de pacientes referidos por Instituciones Públicas de Salud a los que se les abre expediente clínico institucional, lo cual sitúa al indicador en semáforo color rojo.

En el primer semestre de 2017, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 11.2%, al 0 recibirse 135 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 147 aperturas de expedientes clínicos más rebasándose la meta del indicador programado.

La identificación de pacientes en forma oportuna que requieren atención de alta especialidad disminuye el riesgo

Como ya se ha comentado en informes anteriores, al cortar plazo la acción a realizar para reducir el riesgo es continuar disminuyendo las aperturas de expediente a pacientes obstétricas. A largo plazo se requiere de una inversión en infraestructura, recursos humanos y materiales, para incrementar la capacidad instalada en las unidades cuidados intensivos e intermedios neonatales.

Se programó de acuerdo a la tendencia del indicador

El indicador rebasó la meta del indicador programado en 11.2%, al 0 recibirse 135 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 147 aperturas de expedientes clínicos más rebasándose la meta del indicador programado.

En el primer semestre de 2017, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 11.2%, al 0 recibirse 135 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 147 aperturas de expedientes clínicos más rebasándose la meta del indicador programado.

En el periodo instituciones de salud pública refirieron 2,914 pacientes, 164 más de los esperados. Se abrió expediente a 1,357 de ellos, 64 más de los esperados, el resultado del indicador es de 46.6, con una diferencia absoluta de -0.4 y porcentual de 99.1, por lo que el semáforo está en verde

Se observa una variación del 27.1% por arriba de la meta programada, debido al efecto conjunto de las variaciones que se presentaron en ambas variables que componen el indicador: por un lado se registró un incremento del 6.7% en el total de pacientes referidos por otras instituciones públicas a los que se les apertura expediente y por el otro una reducción del 15.9% en el total de aperturas de expediente en el periodo, con respecto al esperado. Como ya fue comentado en su momento para el Avance de Cuenta Pública, dicha reducción fue necesaria ya que se ha mantenido una ocupación hospitalaria de las terapias neonatales entre el 103 y el 109%, lo que ha conllevado a una reducción necesaria en la aceptación de pacientes obstétricos, en busca de una ocupación más adecuada de las terapias neonatales.

Conforme a lo establecido arriba, de no restringir las aperturas de expediente entre pacientes obstétricas, el mayor riesgo a que se puede sujetar la población atendida es la saturación aún mayor que la actual, de las terapias neonatales, con posibles complicaciones asociadas.

Por otro lado, al restringir el número de pacientes obstétricas aceptadas como pacientes del INPev, a través del establecimiento de criterios de riesgo más específicos, puede generar molestias entre la población que no reúne dichos criterios.

Como ya se ha comentado en informes anteriores, al cortar plazo la acción a realizar para reducir el riesgo es continuar disminuyendo las aperturas de expediente a pacientes obstétricas. A largo plazo se requiere de una inversión en infraestructura, recursos humanos y materiales, para incrementar la capacidad instalada en las unidades cuidados intensivos e intermedios neonatales.

Se programó de acuerdo a la tendencia del indicador

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 76.6 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de ampliación en color rojo debido a que tanto el número de referencias como la apertura de expedientes ha disminuido de manera importante con respecto al año anterior, lo que obedece a que los criterios de admisión se adecuaron a los protocolos de investigación y en congruencia con la aceptación de pacientes que corresponden al tercer nivel de atención

Detrado de los resultados presentados en el indicador no existe riesgo para la población

La acción adoptada para este indicador es considerar las tendencias recientes en los datos para programar la meta del siguiente periodo

INDICADOR	ORIGINAL V10	V20	INDICADOR V1a	V2a	DIFERENCIAS V1a	V2a
1 MZF INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA	13.2	366	2,769	16.5	481	2,910
2 NBV INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA Y NEURORADIOLOGIA	46.4	1,390	2,800	68.3	1,991	2,767
3 NCA INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGIA	6.8	214	3,150	23.0	683	2,973
4 NCD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	37.8	1,247	3,034	44.9	1,456	3,246
5 NCG INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	33.7	959	2,842	41.2	1,030	2,501
6 NCH INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA GENOMICA						
7 NCK INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIENCIA	58.0	902	1,555	64.5	1,097	1,702
8 NCZ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	47.0	1,293	2,750	46.6	1,357	2,914
9 NDE INSTITUTO NACIONAL DE NEFRATOLOGIA	11.8	298	2,529	15.0	318	2,127
10 NDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	4.7	477	10,136	3.6	321	8,803
11 NDI INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA						
12 NDU INSTITUTO DE GERIATRIA						

50057/31/2017

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 77.5 por ciento, que lo sitúa en semáforo rojo, variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a disminución en el número de pacientes referidos por instituciones públicas.

Disminución en el número de pacientes referidos por instituciones públicas así como a la integración de expedientes clínicos de primera vez que se refieren en el área de hospitalización.

Se reforzará la aplicación de criterios para la aceptación de pacientes que se refieren a través de expedientes clínicos, atendiendo procedimientos de alta completados.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0% al haberse cumplido el indicador en 9.2% alcanzado de 9.2% programado, por lo que se SEMAFORIZÓ EN VERDE Y CUMPLIMIENTO DEL 100.0%; SIN EMBARGO SE PRESENTA UN INCREMENTO DE 318 PACIENTES MÁS QUE ACUDIERON A LA INSTITUCIÓN CON UN DOCUMENTO DE REFERENCIA DE OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD. ESTE INCREMENTO REPRESENTA EL 8.8% EN EL TOTAL DE PACIENTES A LOS QUE SE LES ABIERON EXPEDIENTE CLÍNICO FUERON 42,718. CONTRA LA META PROGRAMADA DE 110. LA VARIACIÓN A LA ALZA ES 3,608 EXPEDIENTES MÁS, ESTE INCREMENTO REPRESENTA EL 3.2%.

NO HAY RIESGO, SE RECIBIERON TODOS LOS PACIENTES QUE SOLICITARON ATENCIÓN MÉDICA Y QUE PRESENTARON HOJA DE REFERENCIA Y SE ABIERON EXPEDIENTE A LOS PACIENTES QUE DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO MÉDICO SE LES ABIERON EXPEDIENTE CLÍNICO.

SE CONTINUA MEDRANDO LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 109.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Se atendieron un mayor número de pacientes que fueron referidos a este hospital en las diferentes especialidades.

No existe riesgo, se dio atención a la población que requirió el servicio.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 273.7 por ciento, con una variación del 3.5, que lo sitúa en el semáforo rojo. ES IMPORTANTE MENCIONAR, QUE TAMPO EL INDICADOR Y SU VARIACIÓN DEPENDEN DE LOS PACIENTES REFERIDOS DE OTRAS INSTITUCIONES.

ADN CUANDO EL INDICADOR CUERNO COLOR ROJO POSITIVO Y SE RESPONDIÓ CON MAYOR COBERTURA A LA DEMANDA ESPERADA DE REFERENCIA DE PACIENTES, NO SE HAN PRESENTADO RIESGOS PARA LOS PACIENTES, PUES TODOS HAN SIDO ATENDIDOS EN TIEMPO Y FORMA.

REGULAR EL FLUJO DE PACIENTES MEDIANTE REFERENCIAS CONCRETAS, USO OBLIGATORIO DE FORMAS TANTO PARA LA REFERENCIA, COMO LA CONTRAREFERENCIA CONCRETAS.

OPORTUNA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE INTEGRAN LA RED DE HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA.

EVALUACIÓN PERMANENTE DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA.

ACOGERSE A LAS NOMBRAS Y RESPETAR LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA Y DE CONSULTA EXTERNA.

FORTALECER LOS INDICADORES DE GESTIÓN, APLICADOS AL MODELO Y ESTRATEGIAS ASISTENCIALES.

MANUTENER UN USUARIO DE LAS PATOLOGÍAS QUE SE DEBEN REFERIR, DISTRIBUIDOS SEGÚN LOS RECURSOS DISPONIBLES Y CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA.

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, SE PRESENTA UN INCREMENTO DOS VECES MÁS EL NUMERO ESPERADO DERIVADO DE LAS REFERENCIAS QUE NO ES POSIBLE PROGRAMAR O ESTIMAR SIN UN DIAGNOSTICO DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO O DE PAIS EN RELACION A LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

EFFECTO EN LA POBLACION OBJETIVO DEL PROGRAMA POR LA VARIACION EN VARIABLES EN LAS METAS COMPROMETIDAS EN EL INDICADOR ES POSITIVO DADO QUE SE ESTA ACEPTANDO A UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES REFERIDOS LO QUE SE TRADUCE EN UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL LO QUE AL FINAL EVITA COMPLICACIONES SECUNDARIAS Y TERCARIAS QUE PODRIAN CAUSAR INCAPACIDAD, DISCAPACIDAD O LIMITACION DE LA ACTIVIDAD EN LA POBLACION AFECTADA.

Se optimizaron los recursos físicos y talento humano, beneficiando a la población al otorgar tratamientos oportunos.

Menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos y presiones de gasto para atender las diversas patologías.

Actualizar el procedimiento para la apertura de expedientes clínicos y referencia de pacientes.

El indicador al final del periodo reportado tuvo un cumplimiento del 81.3%, con una variación absoluta negativa de 0.7, que corresponde la 7.3% alcanzado, respecto del 8% programado, lo cual lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que el reforzamiento de las acciones de difusión, tanto con diversas instituciones hospitalarias, como a través de medios masivos de difusión, han dado como resultado una mayor referencia de pacientes, acorde a la cartera de servicios oferentes de esta unidad.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 138.9% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a las que se les apertura expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 1.8, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.

La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al aumento del 43% en el número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a las cuales se les apertura expediente clínico institucional, con relación a los 300 pacientes referidos programados, debido a que han acudido más pacientes del programa de cursos y referidos de otras instituciones de salud.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 109.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Se atendieron un mayor número de pacientes que fueron referidos a este hospital en las diferentes especialidades.

No existe riesgo, se dio atención a la población que requirió el servicio.

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	1.9	54	2,872	5.2	144	2,752	90	266.7	-120	95.8
17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	1.8	108	6,132	3.5	216	6,177	108	200.0	45	100.7
18	HJC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	8.0	96	1,200	7.3	113	1,554	17	117.7	354	129.5
19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	1.8	300	16,500	2.5	429	16,853	129	143.0	353	102.1
		SUB TOTAL	14.3	10,773	75,597	15.4	12,377	80,248	1,604	114.9	4,651	106.2

20	HRAE BAIJO	95.0	5,463	5,750	95.0	4,270	4,497	-1,193	78.2	-1,253	78.2	0	0	0
----	------------	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------	--------	------	---	---	---

Se obtuvo un 100.0% de cumplimiento, ubicándose el senador en color verde.
Se decidió a partir de no dejar de abrir expedientes para los pacientes procedentes de otras unidades médicas (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, IMSS e ISSSTE), los que son enviados solamente para realización de pruebas de olofinología y que no reciben otro tipo de atención por el servicio. Estos pacientes siguen recibiendo pero sin apertura de expedientes, solamente de folio. Esta misma estrategia incluirá en los próximos meses a los pacientes enviados para pruebas de audiología.
Lo anterior nos obliga a reconsiderar a futuro la meta para este indicador.

No hay riesgo o reproducción para la población ya que el 95% de los expedientes que se han abierto corresponden a solicitudes de referencia generadas desde alguna institución pública.
Se están implementando estrategias para incrementar y fortalecer el sistema de atención de pacientes en la ciudad de referencia con el objetivo de aumentar la cantidad de pacientes atendidos con procedimientos oncológicos con cobertura por el fondo de Protección contra Catastrofos.

21	HRAE OMAACA	24.2	579	2,395	60.7	1,364	2,247	785	235.6	-148	93.8	0	0	0
----	-------------	------	-----	-------	------	-------	-------	-----	-------	------	------	---	---	---

LA PROGRAMACIÓN 2017 DE PACIENTES REFERIDOS POR INSTITUCIONES PUBLICAS SE REALIZÓ EN BASE A DATOS HISTORICOS DEL SISTEMA DE INFORMACION ANTERIOR, EN EL CUAL EXISTIA UN SUBREGISTRO, YA CON LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO SISTEMA DE INFORMACION INTEGRAL SE MODIFICO EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO, LO CUAL GENERA UNA DIFERENCIA CONSIDERABLE CON LA PROYECCION INICIAL.

22	HRAE YUCATAN	15.0	360	2,400	13.4	301	2,252	-59	83.6	-148	93.8	0	0	0
----	--------------	------	-----	-------	------	-----	-------	-----	------	------	------	---	---	---

CAUSA: PARA EL QUÉ DEL PERIODO ENTERO JUNIO DEL AÑO 2017, EL INDICADOR ALCANZÓ SEMANORIZACIÓN ROJA CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 11% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA. ALGUNOS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE LA META SON EL NUMERO LIMITADO DE PACIENTES ENVIADOS POR INSTITUCIONES PUBLICAS PARA LA ATENCION MEDICA DE TERCER NIVEL. ESTE INDICADOR CONTINUA REFLEJANDO LA CANTIDAD DE PACIENTES ENVIADOS Y AGERTADOS DE LAS UNIDADES DE ATENCION A LA SALUD CON LAS QUE SE LLEVA A CABO EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS EN LAS AREAS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DURANTE EL PERIODO SE HA CONTINUADO CON LA PROMOCION Y DISPUSION DE LOS SERVICIOS ASI COMO ESTRATEGIAS QUE REFLEJEN LA DISPONIBILIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN PARA LA RECEPCION DE PACIENTES POR MEDIO DE REFERENCIAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL EN APEGU A SU CAPACIDAD RESOLUTIVA.

23	HRAE VICTORIA	31.1	546	1,756	48.0	593	1,236	47	108.6	-520	70.4	0	0	0
----	---------------	------	-----	-------	------	-----	-------	----	-------	------	------	---	---	---

Se supera la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes de población abierta de lo planeado, lo que se observa con el cumplimiento de la variable dos 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 semaforización 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 incrementar la referencia, sin embargo el no cumplir con la variable de paciente a los cuales se les apertura expediente pone en riesgo el objetivo de brindar atención médica y quirúrgica de la más alta calidad a la población demandante.

24	HRAE YCATAPALUCA	46.8	5,190	11,088	45.0	4,961	11,022	-229	95.6	-66	99.4	0	0	0
----	------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	------	------	-----	------	---	---	---

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO QUE SE REPORTA TUVO UN CUMPLIMIENTO DE 96.2% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE -1.8 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; ADemás DE UN CUMPLIMIENTO AUN MAS ESTRICTO, DERIVADO DE LAS POLITICAS ESTABLECIDAS POR EL SEGURO POPULAR.

TRABAJO EN CONJUNTO CON LA JURISDICCION SANITARIA DE LA REGION.

25	GAJE CHIAPAS	79.6	1,947	2,445	79.7	1,996	2,505	49	102.5	60	102.5	0	0	0
----	--------------	------	-------	-------	------	-------	-------	----	-------	----	-------	---	---	---

El cumplimiento del indicador fue de 100.1% en lo alcanzado, situación que lo ubica en semáforo de color verde.
No existen riesgos para la población.

26	GAJE NDO	16.0	1,221	7,610	15.0	1,014	6,740	-207	83.0	-870	88.6	0	0	0
----	----------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	------	------	---	---	---

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 93.8 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió principalmente a una disminución en la asistencia de consultas de primera vez.

Los principales efectos que se producen por la variación registrada con una disminución en el otorgamiento de consultas de primera vez programadas durante el periodo reportado.

27	GAJE NDO	16.0	1,221	7,610	15.0	1,014	6,740	-207	83.0	-870	88.6	0	0	0
----	----------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	------	------	---	---	---

El cumplimiento del indicador fue de 100.1% en lo alcanzado, situación que lo ubica en semáforo de color verde.
No existen riesgos para la población.

28	GAJE NDO	24.2	579	2,395	60.7	1,364	2,247	785	235.6	-148	93.8	0	0	0
----	----------	------	-----	-------	------	-------	-------	-----	-------	------	------	---	---	---

El cumplimiento del indicador fue de 100.1% en lo alcanzado, situación que lo ubica en semáforo de color verde.
No existen riesgos para la población.