

INDICADOR: R E023 1. Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional/FORMULA: VARIABLE1 / VARIABLE X 100  
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 V10 INDICADOR: V10 ALCANZADO V1A DIFERENCIAS V1A-V10 1A/10X1 V2A-V20 2A/20X100

CAUSA

EFFECTO

OTROS MOTIVOS

1 MZF INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA 13.2 549 4,153 15.3 628 4,113 79 114.4 -40 99.0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del [115.3/132.2]x100=87.2% que lo sitúa en semáforo color ROJO. Los pacientes que acuden al servicio de psiquiatría, pueden presentarse con o sin referencia, lo que no genera que esta variable se modifique de forma impredecible.

Estas 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 representen para la población.

2 NBV INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA 46.5 1,954 4,204 62.0 2,576 4,154 622 131.8 -50 98.8

CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 133.3 por ciento, 0 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.

SE SOLICITA AJUSTE DE METAS DE ESTE INDICADOR MEDIANTE SOLICITUD DE ACUERDO QUE SE PRESENTARÁ EN LA XC REUNIÓN ORDINARIA DEL ÓRGANO DE GOBIERNO, PARA EL CIERRE DEL EJERCICIO 2017.

3 NCA INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHÁVEZ" 6.8 316 4,650 27.1 1,111 4,106 795 351.6 -544 88.3

El CIERRE DEL TERCER TRIMESTRE SE OBTUVO 27.1% DE PACIENTES REFERIDOS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS CON 1,111 PACIENTES REFERIDOS DE 4,106 PACIENTES A LOS QUE SE LES ABERTURÓ EXPEDIENTE CLÍNICO. LA PROGRAMACIÓN FUE DE 64% CON 316 PACIENTES POSIBLEMENTE REFERIDOS DE UN TOTAL DE 4,650 PACIENTES PARA ABERTURA DE EXPEDIENTE CABE MEXICANA QUE POR LOS ANTECEDENTES DE LA VARIABLE 1, OBTENIDOS EN LOS EJERCICIOS 2015 Y 2016, SE REALIZÓ ESTA PROGRAMACIÓN. A SU VEZ, EL RESULTADO DE ESTE INDICADOR DESPUÉS DE LA REFERENCIA DE DIVERSAS INSTITUCIONES PÚBLICAS CON REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PROTOCOLOS CANCEROLÓGICOS. EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO OBTENIDO ES DEL 38.5%, POR LO QUE EL INDICADOR SE SITUA EN SEMÁFORO DE COLOR ROJO CONVERSIENDO AL CRITERIO DE LA SFRO.

atención en los servicios clínicos por incremento en la demanda de atención.  
Se presenta disminución en la apertura de expedientes clínicos, debido a que se están mejorando los filtros para este proceso, ya que el Instituto es de tercer nivel solo se abren expedientes a aquellos pacientes que por la complejidad de su patología y al seguimiento que se les da por periodos largos permanecen en el Instituto.

4 NCD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 37.8 1,728 4,572 48.8 2,196 4,696 468 127.1 124 102.7

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 123.8%, que lo sitúa en el semáforo color rojo, debido al incremento en el número de pacientes referidos de instituciones de salud a quienes se les apertura expediente, en cumplimiento a la política institucional de proporcionar atención a todo paciente que cuente con hoja de referencia para cumplir la política de 0 rechazo. Así mismo en el primer trimestre del año, se incrementa la asistencia de pacientes por periodo de contingencia [Influenza].

Revisar que las referencias correspondan a casos que requieran de atención médica en un tercer nivel.

5 NCG INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION 33.8 1,471 4,352 42.4 1,614 3,808 143 109.7 -544 87.5

El indicador presenta una meta alcanzada del 42.4 por ciento de pacientes referidos por instituciones públicas de salud, a los que se les apertura expediente clínico institucional, lo cual sitúa al indicador en semáforo color rojo.

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

7 NCK INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRUGIA 58.0 1,488 2,565 64.0 1,704 2,562 216 114.5 97 103.8

En el periodo enero - septiembre de 2017, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 10.3%, al recibirse 216 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 97 aperturas de expedientes clínicos más, rebasándose la meta del indicador programado.

Se programará de acuerdo a la tendencia que el indicador ha mostrado.

8 NCZ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA 47.0 1,939 4,175 51.4 2,248 4,375 309 115.9 250 106.1

En el periodo instituciones de salud pública refirieron 4,375 pacientes, 350 más de los esperados. Se abre expediente a 2,248 de ellos, 509 más de los esperados. El resultado del indicador es de 51.4, con una diferencia absoluta de 4.4 y porcentual de 109.4, por lo que el semáforo está en amarillo.

Se programará de acuerdo a la tendencia que el indicador ha mostrado.

9 NDE INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA 11.7 445 3,816 14.9 469 3,150 24 105.4 -666 82.5

Se apertura expedientes a pacientes que cubren los criterios institucionales de atención de alta especialidad, de acuerdo con la demanda de atención y la capacidad institucional en el periodo.

De no continuar limitando las aperturas de expediente entre los pacientes obstétricos, se corre el riesgo de incrementar aún más la demanda de este indicador, ya que los más importantes es la elevada ocupación de las terapias de neonatos, con las posibles consecuencias complicaciones. Se continuará con esta estrategia tratando de lograr una ocupación más adecuada de las terapias neonatales, aún a expensas del incumplimiento de este indicador, ya que los más importantes es asegurar la mejor calidad de la atención para preservar la salud de los pacientes.

10 NDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION 4.7 708 15,195 3.5 430 12,298 -278 60.7 -2,897 80.9

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 74.5 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que el número de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico disminuyó respecto del mismo periodo de 2016, en congruencia con la revisión de los criterios de admisión. Esta misma situación también afecta a los pacientes que no vienen referidos por otras instituciones.

Debido a los resultados presentados en el indicador el riesgo para la población es que los pacientes referidos de las instituciones públicas sean atendidos con mayor presión.

1	MOV	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA	0.0								
2	W09	INSTITUTO DE GERMATRIA									

13	NBG	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	52.1	2,072	3,978	53.7	2,258	4,207	186	109.0	229	105.8
		SUB TOTAL	24.5	12,670	51,610	32.0	15,234	47,569	2,564	120.2	-4,041	92.2

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	9.5	5,476	57,497	10.4	6,228	59,902	752	113.7	2,405	104.2

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 103.1 por ciento, que lo sitúa en semáforo verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo programado institucionalmente.

Incremento en el número de pacientes referidos por aceptación de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico, considerando que este Instituto es de tercer nivel y se atienden padecimientos de alta complejidad.

AL CIERRE DEL TERCER TRIMESTRE SE ACABÓ UN RESULTADO DEL INDICADOR DE 10.4% DE PACIENTES REFERIDOS RESPECTO A LOS QUE SE LES ABIERON EXPEDIENTE CLÍNICO, QUEDANDO UN CUMPLIMIENTO DE 109.4% QUE LO SEMAFORIZA EN AMARILLO. ASÍ TAMBIÉN LOS VALORES ABSOLUTOS DE LAS VARIABLES PRESENTAN VARIACIONES DE 752 PACIENTES REFERIDOS MÁS RESPECTO DE LA META PROGRAMADA DE 5,476. ESTE INCREMENTO REPRESENTA EL 13.7% Y EN LA VARIABLE 2, ABERTURA DE EXPEDIENTES EN EL PERIODO DE IGUAL MANERA SE TIENE UN AUMENTO DE 2,405 (44.2%), LAS VARIACIONES A LA PRODUCTIVIDAD EN ESTE EJERCICIO SE DEBE A LAS ACTUALIZACIONES Y MEJORAS QUE SE ESTAN DANDO POR LAS NUEVAS TORRES QUIRÚRGICAS, PERO PRINCIPALMENTE DEBIDO A QUE SE HANIDO IMPLEMENTANDO LAS AGENCIAS ELECTRONICAS POR MEDICO Y POR SERVICIO DE FORMA PAQUETINA.

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	67.6	9,928	14,690	70.6	10,488	14,856	560	105.6	166	101.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 104.4 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 104.4 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. Se cumplió la meta satisfactoriamente.

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMOPATICO	1.8	81	4,399	3.5	150	4,269	69	185.2	-130	97.0

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO TUVO UN CUMPLIMIENTO SUPERIOR A DE LO PROGRAMADO, LO QUE SITU A SEMAFORO EN COLOR ROJO. LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON, SE PRESENTA UN NUMERADOR UNA VECES MAS 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, ADEMAS DE SER UN HOSPITAL DE CONCENTRACION POR SER DE ALTA ESPECIALIDAD.

NO SE HAN DETECTADO RIESGOS PARA LA POBLACION

EFECTO EN LA POBLACION OBJETIVO DEL PROGRAMA POR LA VARIACION EN VARIABLES EN LAS METAS COMPROMETIDAS EN EL INDICADOR, ES POSITIVO DADO QUE SE ESTAN 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 ENTRA COMUNICACIONES SECUNDARIAS Y TERCARIAS QUE PODERIAN CAUSAR INCAPACIDAD, DISCAPACIDAD O LIMITACION DE LA ACTIVIDAD EN LA POBLACION AFECTADA.

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	1.8	162	9,198	2.9	282	9,819	120	174.1	621	106.8

El indicador al final del periodo reportado tuvo un cumplimiento del 83.0%, con una variación absoluta negativa de 1.2, que corresponde la 6.8% 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, han dado como resultado una mayor referencia de pacientes, acorde a la cartera de servicios ofrecidos de esta unidad, sin embargo aun no alcanzamos la meta establecida pues existe reemplazado los pacientes referidos por atendidos en otra unidad.

Los riesgos siguen siendo la falta de capacitación adecuada de los pacientes en relación a la cartera de servicios ofertados y la complejidad del padecimiento, con una percepción por parte del paciente de insatisfacción y mala calidad al no haber sido bien referido.

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	8.0	144	1,800	6.8	157	2,796	13	109.0	495	127.6

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 222.2% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los 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.

Mayor diferimiento en la atención de pacientes en consulta externa.

19	NAV	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	1.8	450	25,000	4.0	1,005	25,147	555	223.3	147	100.6

La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se refirieron a 555 pacientes más a los cuales se les abrieron expediente clínico, con relación a los 450 pacientes referidos programados. Este resultado se debió a que las instituciones de procedencia de estos pacientes no tienen la capacidad de resolver patologías de alta complejidad, por lo que requieren continuar en estado o bajo tratamiento especializado, en alguna de las especialidades que oferta el Hospital. Además, la institución continúa brindando atención a pacientes referidos que cuentan con el apoyo del Seguro Popular mediante el programa CAUSSES.

Mejorar el control del registro de apertura de expedientes para pacientes referidos, el cual amplió los tiempos de registro como son: Hospital de procedencia de los pacientes y entidad federativa.

		SUB TOTAL	14.4	16,241	112,594	15.7	18,310	116,289	2,069	112.7	3,705	103.3
--	--	-----------	------	--------	---------	------	--------	---------	-------	-------	-------	-------

SE LOGRO EL 100.6% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA, UBICÁNDOSE EN UN SEMAFORO COLOR AMARILLO.

EN LOS MESES RECIENTES SE HAN DEMANDADO DE ABRIR EXPEDIENTES CINCO PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN SOLAMENTE A LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EN IMAGINOLOGIA, GABINETES, OFTALMOLOGIA, ASI COMO A PACIENTES ESPERADOS EN ADMISION CONTINUA, CON PADECIMIENTOS QUE NO ESTAN EN NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS. PARA ELLOS SE ESTAN ABRRIENDO ACTUALMENTE FOLIOS EN LUGAR DE EXPEDIENTES. EL NUMERO DE ATENCIONES PARA LA POBLACION, YA QUE SE ESTAN ATENDIENDO TODOS LOS PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN.

20	NBQ	HRAE BAJIO	95.0	8,194	8,625	100.3	6,652	6,632	-1,542	81.2	-1,993	76.9
----	-----	------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	------	--------	------

LA PROGRAMACION 2017 DE PACIENTES REFERIDOS POR INSTITUCIONES PUBLICAS SE REALIZO CON 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 SELECCION, EL CUAL GENERA UNA DIFERENCIA CONSIDERABLE CON LA PROYECCION INICIAL. LA SELECCION, CATEGORIZACION Y PRIORIZACION DE PACIENTES REFERIDOS DE ACUERDO A LA PATOLOGIA DE SER NIVEL QUE CORRESPONDE A LA CARTERA DE SERVICIOS, ES EL RESULTADO DE LA IMPLEMENTACION DE LA VENTANILLA DE REFERENCIA VALORADO POR UN MEDICO ESPECIALISTA.

1	NBR	HRAE OAXACA	26.2	942	3,595	59.0	1,937	3,282	995	205.6	-313	91.3
---	-----	-------------	------	-----	-------	------	-------	-------	-----	-------	------	------

CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO SETIEMBRE DEL AÑO 2017, EL INDICADOR ALCANZO SEMAFORIZACION AMARILLA, CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 6.7% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA. PARA EL CIERRE DEL PERIODO SE LOGRO DISMINUIR LA DIFERENCIA PORCENTUAL (4 PUNTOS) CON RESPECTO AL CIERRE TRIMESTRAL PASADO. ALGUNOS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A ESTA MEJORA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR PLANTADO SON LA CONTINUIDAD EN LA METODA DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE LAS REFERENCIAS, SIN EMBARGO, AUN SE CONTINUA CON BAJA DEMANDA PARA ENVIO DE PACIENTES EN LA INSTITUCION DE LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL. PARA ELLO SE HAN REALIZADO ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y DISPUSION QUE INCLUYEN CAMPANIAS ESPECIFICAS (CA DE PROSTATA, CA DE MAMA), CON LA FINALIDAD DE AUMENTAR EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS EN LAS AREAS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HRAEPY QUE INCLUYE PADRECIMIENTOS DE SEGUINDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION.

12	NBS	HRAE YUCATAN	15.0	560	3,690	16.0	543	3,400	3	100.6	-200	94.4
----	-----	--------------	------	-----	-------	------	-----	-------	---	-------	------	------

No se alcanza la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes referidos y de poblacion abierta de lo planeado. Algunos comentarios han sido obtenidos por inconvenientes de las instituciones, para el pago de los servicios de otorgados. Se ha presentado la baja de medicos de diversas especialidades lo que tambien ha impactado en el indicador. Se alcanza semafORIZACION ROJA. Se realizo un ajuste en la cifra reportada en la variable 1 con respecto al semestre anterior, debido a que el proceso de identificaci3n de pacientes referidos con apertura de expediente en el sistema institucional arroja el total de pacientes referidos incluidos los de servicios.

13	NBT	HRAE VICTORIA	31.1	819	2,694	14.7	274	1,866	-545	33.5	-768	70.8
----	-----	---------------	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	------	------

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO QUE SE REPORTA TIPO 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.

24	NBU	HRAE MXPALUCA	46.8	7,785	16,632	45.9	7,208	15,710	-577	92.6	-922	94.5
----	-----	---------------	------	-------	--------	------	-------	--------	------	------	------	------

El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 103.3%, situaci3n que lo ubica en semaforo de color verde, por lo que todavia se encuentra dentro de la meta programada. Sin embargo la modificaci3n que en el otorgamiento de los servicios durante 23 dias del mes de septiembre que se present3 en el Hospital de Especialidades Pediátricas a consecuencia del evento (Sismo), impidieron lograr el objetivo del incremento de diversas actividades, lo que se traduci3 en un mayor porcentaje de incremento del cumplimiento reportado.

25	M7A	CRAE CHIAPAS	79.8	2,966	3,719	82.4	2,897	3,515	-69	97.7	-204	94.5
----	-----	--------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-----	------	------	------

Diferimiento en la oportunidad de la atenci3n de pacientes. Reprogramaci3n de citas.

26	N00	SERVICIOS DE ATENCION PSICQUIATRICA	16.0	1,830	11,405	16.0	1,527	9,517	-303	83.4	-1,888	83.4
----	-----	-------------------------------------	------	-------	--------	------	-------	-------	------	------	--------	------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100 por ciento, que lo sitúa en el semaforo 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.

27	M7K	CENTROS DE INVESTIGACION JUVENIL	16.0	1,830	11,405	16.0	1,527	9,517	-303	83.4	-1,888	83.4
28	M8K	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	24.2	51,987	214,404	26.30	54,580	207,780	4,595	105.0	-6,674	96.9
SUB TOTAL			54.8	21,246	38,805	56.7	19,511	34,405	-1,735	91.8	-4,400	88.7
TOTAL			242.0	1,830	11,405	16.0	1,527	9,517	-303	83.4	-1,888	83.4

Se realizaron las metas de acuerdo a lo programado. 0