

INDICADO  
R E03 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 INDICADOR V1o V2o ALCANZADO V1a V2a DIFERENCIAS V1a-V1o 1a/101a V2a-V2o 1a/201a20

CAUSA  
El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del [133.2/100=109.5%] que lo sitúa en semáforo color VERDE. Esto, debido al aumento en la demanda de pacientes, principalmente los referidos de Hospitales Generales; sin embargo, para el 2018 ya se considera está variación.  
El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del [133.2/100=109.5%] que lo sitúa en semáforo color VERDE. Esto, debido al aumento en la demanda de pacientes, principalmente los referidos de Hospitales Generales; sin embargo, para el 2018 ya se considera está variación.

EFECTO  
Estas diferencias se constituyen un riesgo para la población beneficiaria; los pacientes con necesidades de atención prioritaria siguen disminuyendo al disminuir el servicio de tercer nivel, debido a la baja disponibilidad en otros niveles de atención, por lo que al ofrecer atención especializada, se disminuye el riesgo que representa para la población.

OTROS ASESORES

*Fredy C. B. 2017*  
*05/11/2018*

1 MZF INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA 13.2 732 5,537 14.5 771 5,307 39 105.3 -230 95.8

2 NBV INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA 46.4 2,600 5,600 61.8 3,419 5,534 819 131.5 -66 98.8

3 NCA INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ" 23.4 1,464 6,250 28.8 1,487 5,155 23 101.6 -1,095 82.5

4 NCD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 37.8 2,315 6,125 47.0 2,915 6,205 600 125.9 80 101.3

5 NCG INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION 33.8 1,936 5,729 43.5 2,093 4,817 157 108.1 -912 84.1

6 NOI INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIENCIA

7 NCK INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIENCIA 58.0 2,114 3,645 64.2 2,169 3,380 55 102.6 -255 92.7

8 NCZ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA 47.0 2,585 5,500 52.4 2,989 5,705 404 115.6 205 103.7

AL CLIENTE DEL EJERCICIO SE OBTUVO EL 28.8% DE PACIENTES REFERIDOS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS CON 1,487 PACIENTES REFERIDOS DE 5,155 PACIENTES A LOS QUE SE LES ABERTURO EXPEDIENTE CLINICO-LA PROGRAMACION FUE DE 23.4% CON 1,464 PACIENTES POSIBILMENTE REFERIDOS DE UN TOTAL DE 6,250 PACIENTES PARA ABERTURA DE EXPEDIENTE. CABE MENCIONAR QUE LA VARIABLE 2 REFLEJA UNA DISMINUCION EN LA DEMANDA DE ATENCION EN EL SERVICIO DE PRECONSULTA EN EL ÚLTIMO CUATRIMESTRE CON RESPECTO A LOS MESES ANTERIORES, LO QUE A SU VEZ DERIVA EN UN MENOR NÚMERO DE PACIENTES ACEPTADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA. EL CUMPLIMIENTO DE META OBTENIDO ES DEL 123.1% POR LO QUE EL INDICADOR SE SITUA EN SEMÁFORO DE COLOR VERDE CONSERVANDO EL CRITERIO DE LA SIEMPRE.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 124.3% 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 Orçamento. Así mismo en el primer trimestre del año, se incrementa la asistencia de pacientes por periodo de contingencia [Influenza].

El indicador presenta una meta alcanzada del 43.3 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.

CCP  
Justificación del comportamiento del indicador con los nuevos datos: El indicador presenta una meta alcanzada del 43.3 por ciento de pacientes referidos por instituciones públicas de salud, a las que se les apertura expediente clínico institucional, lo cual sitúa al indicador en semáforo color rojo.

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 aberturan expedientes a aquellos pacientes que por la complejidad de su patología y al seguimiento que se les da por períodos largos permanecen en el Instituto.

Se están tomando las medidas necesarias para lograr una eficiente programación.

En el periodo enero -diciembre de 2017, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 10.7%, al recibirse 55 pacientes más referidos de instituciones públicas, rebasándose la meta del indicador programado.

En el periodo las instituciones de salud pública refirieron más pacientes de los esperados. Se abrió expediente a 2,589 de ellos, 404 más de los esperados. El resultado del indicador es de 52.4, con una diferencia absoluta de 5.4 y porcentual de 11.5, por lo que el semáforo está en rojo.  
Se aberturan 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.  
La identificación de pacientes en forma oportuna que requieren atención de alta especialidad disminuye el riesgo.  
Se programará de acuerdo a la tendencia que el indicador ha mostrado.

9 NDE INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA 11.6 593 5,111 15.6 623 3,987 30 105.1 -1,124 78.0

El indicador muestra una variación del 34.5% por arriba de la meta anual programada, secundaria a que la variable 1 fue mayor a lo esperado, es decir que se registró un mayor número de pacientes referidos por otras instituciones públicas que ameritaron su aceptación en el INDER (la gran mayoría de dichas referencias fueron pacientes obstétricas con embarazos de alto riesgo y con complicaciones), que comenzaron a fluir de forma más importante por el establecimiento de convenios sobre todo con Institutos Nacionales; a la par se observó una disminución en el número total de aperturas de expedientes clínicos con respecto de la cifra proyectada para el año 2017, lo que se ha observado desde el primer trimestre del año y ha continuado por el resto de los meses, y que como ha sido comentado con anterioridad, se debe a las políticas de la Dirección Médica con el propósito de lograr una ocupación más apropiada en las terapias neonatales, las cuales rebasan el 100%, al requerir habilitar camas adicionales para poder atender la demanda, a través de el establecimiento de criterios de aceptación más estrictos para dar ingreso a la institución a las pacientes con mayores factores de riesgo para su embarazo.

La sobreocupación de las terapias neonatales puede conducir a importantes riesgos de complicaciones entre la población de los recién nacidos que ameritan atención en estos servicios especializados; de ahí que deberá seguirse tratando de limitar la apertura de expedientes de pacientes obstétricas. Continuar con la estrategia de restringir la apertura de pacientes obstétricas a solo aquellas que presentan factores importantes de alto riesgo, en aras de brindar la mejor atención acorde a los neonatos y por supuesto también a sus madres.

10 MDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION 4.6 935 20,254 3.1 479 15,209 -456 51.2 -5,045 75.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 69.6 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que los criterios de admisión se han ajustado estrictamente a los protocolos de investigación que se aplican en el Instituto, lo que conlleva a que también el porcentaje de pacientes referidos por otras instituciones disminuya.

Derivado de los resultados obtenidos en el indicador para el periodo de reporte, 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.

11 FEBY INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA 0.0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 67.4 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que no todos los pacientes referidos por otras instituciones cumplen con los criterios de admisión del INRIGIL. También disminuyó el número de pacientes referidos, en virtud de que algunos de ellos venían referidos por otras instituciones para protocolos de investigación que requiere el INRIGIL, mismos que se condujeron durante el año 2017.

Se vigila el resultado del indicador con el seguimiento oportuno conforme a lo programado.

12 WMO INSTITUTO DE GEMINATUA 0.0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 133.2 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió al incremento de pacientes que acuden a la institución y que requieren apertura de expediente clínico dada la complejidad del padecimiento que presentan.

El número de pacientes a quienes se les hace apertura de expediente clínico puede variar en función del servicio y tipo de padecimiento que presentan.

13 NBSG HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO 47.7 2,554 5,356 55.4 3,039 5,482 485 119.0 126 102.4

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 115.1 por ciento, que lo sitúa en el semáforo rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió al incremento de pacientes que acuden a la institución y que requieren apertura de expediente clínico dada la complejidad del padecimiento que presentan. Se vigila el resultado del indicador con el seguimiento oportuno conforme a lo programado.

Se vigila el resultado del indicador con el seguimiento oportuno conforme a lo programado.

SUB TOTAL 25.8 17,828 69,107 32.9 19,994 60,781 2,156 112.1 -8,326 88.0

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	10.0	7,456	74,934	11.0	8,276	75,394	820	111.0	460	100.6	EL INDICADOR AL CIERRE DEL EJERCICIO 2017 ALCANZO UN RESULTADO DEL 11.0%, QUEDANDO CON UN CUMPLIMIENTO DE 110.0% QUE LO UBICA EN SEMAFORO AMARILLO. LA VARIACION EN EL NUMERO DE PACIENTES REFERIDOS ES DE 820 (11.0%) Y EL TOTAL DE PACIENTES A LOS CUALES SE LES ABERTURO EXPEDIENTE PRESENTAN UN INCREMENTO DE 460 EXPEDIENTES MAS. LA CAUSA PRINCIPAL DE LA VARIACION EN EL AREA DE ATENCION AMBULATORIA ESTA SUELE A LA DEMANDA OTORGANDO LA TENCION MEDICA A TODO PACIENTE QUE LA SOLICITA.	SIN RIESGO	SE CONTINUA MEJORANDO LAS AREAS DE ATENCION A LOS PACIENTES.
----	-----	----------------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	-----	-------	-----	-------	---	------------	--

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	67.6	12,811	18,964	67.9	12,700	18,711	-111	99.1	-253	98.7	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.4 por ciento, por lo que lo situa en el semaforo de color Verde. Se cumplió la meta satisfactoriamente.	0	ND están riesgos para la población que se atiende en virtud de que se el hospital ofrece atención a pacientes sin saturar su capacidad máxima permitida.
----	-----	--	------	--------	--------	------	--------	--------	------	------	------	------	--	---	--

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	1.8	108	5,925	2.9	170	5,880	62	157.4	-45	99.2	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 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 país en relación a la referencia y contrareferencia, además de ser un hospital de concentración por ser de alta especialidad.	0	Efecto en la población objetivo del programa por la variación en variables en las metas comprometidas en el indicador. Es positivo dado que se está aceptando a un mayor número de pacientes referidos lo que se traduce en un diagnóstico y tratamiento oportuno entre el primer y segundo nivel lo que al final evita complicaciones secundarias y terribles que podrían causar incapacidad, discapacidad o limitación de la actividad en la población afectada.
----	-----	-------------------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	----	-------	-----	------	---	---	--

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	1.8	216	12,265	2.5	315	12,588	99	145.8	323	102.6	El indicador al final del periodo reportado tuvo un cumplimiento del 97.5%, con una variación absoluta negativa de 0.2, que corresponde a la 7.8% alcanzado, respecto del 6% programado. lo cual lo situa en 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, destacando lo siguiente: las estrategias de reforzamiento en las acciones de difusión a las diferentes instituciones de salud a través de medios masivos y visitas directas; han dado como resultado una mayor referencia de pacientes; acorde a la cartera de servicios orientados de esta unidad lo cual ha permitido alcanzar la meta establecida, esperando consolidar a nuestra unidad como de referencia en la vocación de servicio de cirugía de corta estancia.	0	Los riesgos que pudieran existir son una mayor saturación de pacientes que sobrepase la capacidad resolvente de la unidad y/o que dificulten continuar proporcionando servicios con calidad y seguridad a nuestros pacientes como hasta ahora.
----	-----	----------------------	-----	-----	--------	-----	-----	--------	----	-------	-----	-------	---	---	--

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	8.0	192	2,400	7.8	216	2,771	24	112.5	371	115.5	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 350% 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 situa en semaforo de cumplimiento color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que de los 33,960 pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico, 2,130 fueron pacientes referidos por instituciones públicas de salud, mostrando un incremento de 1,530 pacientes con respecto a los 600 programados. Este comportamiento se debió a que las instituciones públicas de salud de referencia no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad. Además, se recibieron pacientes referidos que cuentan con el apoyo del Seguro Popular y de instituciones de salud afectadas por los sismos de septiembre pasado.	0	Mayor deterioramiento en la atención de pacientes en consulta externa y menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos.	Vigilar y supervisar el registro y control de la apertura de expediente clínicos a pacientes que cuentan con referencia de otras instituciones públicas.
----	-----	----------------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	----	-------	-----	-------	--	---	--	--

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	1.8	600	33,000	6.3	2,130	33,960	1,530	355.0	960	102.9	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 350% 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 situa en semaforo de cumplimiento color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que de los 33,960 pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico, 2,130 fueron pacientes referidos por instituciones públicas de salud, mostrando un incremento de 1,530 pacientes con respecto a los 600 programados. Este comportamiento se debió a que las instituciones públicas de salud de referencia no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad. Además, se recibieron pacientes referidos que cuentan con el apoyo del Seguro Popular y de instituciones de salud afectadas por los sismos de septiembre pasado.	0	Mayor deterioramiento en la atención de pacientes en consulta externa y menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos.	Vigilar y supervisar el registro y control de la apertura de expediente clínicos a pacientes que cuentan con referencia de otras instituciones públicas.
----	-----	---------------------------	-----	-----	--------	-----	-------	--------	-------	-------	-----	-------	--	---	--	--

SUB TOTAL			14.5	21,383	147,488	15.9	23,807	149,304	2,424	111.3	1,316	101.2
-----------	--	--	------	--------	---------	------	--------	---------	-------	-------	-------	-------

SE LOGRÓ 104.1% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA, UBICÁNDOSE EN UN SEMAFORO DE COLOR VERDE. EN 2017 SE ABRIERON FOLIOS (EN LUGAR DE EXPEDIENTES CLINICOS) PARA PACIENTES A LOS QUE SOLAMENTE SE LES SOLICITA ATENCION EN IMAGINOLOGIA, GABINETES O ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA, ASI COMO AQUELLOS VALORADOS EN ADMISION CONTINUA. ESTO EXPLICA QUE NO SE HAYA ALCANZADO LA META PROGRAMADA, YA QUE ESTA SE ESTIMO CONSIDERANDO LA APERTURA DE EXPEDIENTES (Y NO FOLIOS) PARA TODO TIPO DE ATENCIONES.

CP  
Error de captura.

EN SEGUIMIENTO A LA BASE DE DATOS DE PACIENTES REFERIDOS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS PROGRAMADO PARA EL 2017, SE REALIZO DE ACUERDO A LA INFORMACION HISTORICA LA CUAL TENIA UN SUBREGISTRO, DANDO COMO RESULTADO UNA META SUPERIOR. A PARTIR DEL NUEVO SISTEMA DE INFORMACION INTEGRAL, EL REGISTRO DE LOS PACIENTES REFERIDOS ES MAS SELECTO Y NOS PERMITE UNA MEJOR DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES Y UNA ADECUADA CAPTURA DE LAS MISMAS.

CP  
No hay cambios en las cifras reportadas, sólo se realizó la siguiente adecuación en la justificación del comportamiento del indicador. Se muestra un ligero decremento en la apertura de expedientes en comparación de los pacientes referidos que muestra un aumento significativo, esto derivado de la apertura de la oficina de referencias la cual es atendida por un médico especialista y sirve de filtro para los pacientes referidos de un primer nivel y segundo nivel de atención, aunado a esto se implementa en el sistema una interfaz para el registro del personal de trabajo social que capta las referencias recibidas. Esto también impacta en el resultado final ya que los usuarios que pasan por preconsulta, prácticamente ya tienen el acceso a la consulta externa de especialidad.

CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DEL AÑO 2017, EL INDICADOR ALCANZO SEMANFORIZACION ROJA, CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 13.3%, CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA. LA SUPERACION DE LA META PROGRAMADA SE REALIZA CON EL NUMERO DE REFERENCIAS RECIBIDAS AL CIERRE DEL AÑO A LAS CUALES SE ABERTURA EXPEDIENTE CLINICO POR REQUERIR ATENCIONES SUBSECUENTES, COMO PACIENTES DE TERCER NIVEL, ESTO RELACIONADO CON LOS PACIENTES RECIBIDOS EN EL MARCO DEL PUNTO DE CUMPLIMIENTO DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES. DURANTE EL AÑO 2017, SE DIO ENFASIS A LA MEJORA EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS EN LA OFICINA DE REFERENCIA Y COMPTAREFERENCIA TAMBIEN SE CONTINUARON DURANTE EL PERIODO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y DIFUSION CON LA FINALIDAD DE AUMENTAR EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS EN LAS AREAS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HRAEPY QUE INCLUYE PADECIMIENTOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION.

No se alcanza la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes referidos y de población abierta de lo planeado. Algunos convenios han sido detenidos por incumplimientos de las instituciones, para el pago de los servicios de otorgados. Se ha presentado la baja de médicos de diversas especialidades lo que también ha impactado en el indicador. Se alcanza semanforización roja. Se realizó un ajuste en la cifra reportada en la variable 1 con respecto al semestre anterior, debido a que el proceso de identificación de pacientes referidos con apertura de expediente en el sistema institucional arroja el total de pacientes referidos incluidos de los servicios.

CP  
Justificación del comportamiento del indicador con los nuevos datos: CAUSA:

No se alcanza la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes referidos y de población abierta de lo planeado. Algunos convenios han sido detenidos por incumplimientos de las instituciones, para el pago de los servicios de otorgados. Se ha presentado la baja de médicos de diversas especialidades como lo son: Gastroenterología, Oftalmología, otorrinolaringología, Hemato Oncología, Cirugía oncológica, Endocrinología y Cirugía General lo que también ha impactado en el indicador. Se alcanza semanforización roja. RIESGO: se pone en riesgo el cumplimiento de la función como institución de referencia y el objetivo de brindar atención médica y quirúrgica de la más alta calidad a la población demandante. ACCIONES: Se trabaja en contar con la plantilla de personal completa para otorgar a la población demandante la atención especializada que requiere así como en concretar convenios de referencia con instituciones de salud de la región NEI

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO, TUVO UN CUMPLIMIENTO DE 46.2% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE -0.6 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.

El resultado obtenido a que todos los pacientes que hablan sido referidos para los meses de septiembre y a mitad de octubre que no se atendieron por el evento de la zona se presentaron en los meses siguientes para su atención, logrando alcanzar un porcentaje de cumplimiento del indicador de 106.2%, situación que lo ubica en semáforo de color amarillo.

POBLACION NO ATENDIDA 0 LA REGIONALIZACION HA PERMITIDO QUE LOS PACIENTES ACUDAN A LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MAS CERCANA A SU DOMICILIO Y SE CONTRIBUYA TRABAJANDO EN LA COMUNICACION CON DICHS NIVELES PARA CAPTAR A LA POBLACION QUE ASI LO REQUIERA.

20	NBQ	HRAE BAILO	95.0	10,925	11,500	101.8	8,765	8,609	-2,160	80.2	-2,891	74.9						
21	NBR	HRAE DAMACA	28.4	1,362	4,795	59.9	2,532	4,230	1,170	185.9	-565	88.2						
22	NBS	HRAE VICATIAN	15.0	720	4,800	17.0	754	4,435	34	104.7	-365	92.4						
23	NBT	HRAE VICTORIA	31.6	1,110	3,512	15.9	378	2,383	-732	34.1	-1,129	67.9						
24	NBU	HRAE XTAPALUCA	46.8	10,380	22,176	46.2	9,272	20,054	-1,108	89.3	-2,122	90.4						
25	M7A	CRAE CHIMPAS	79.6	3,910	4,910	84.5	4,149	4,912	239	106.1	2	100.0						
SUB TOTAL			55.0	28,407	51,693	57.9	25,850	44,623	-2,557	91.0	-7,070	86.3						

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 51.3 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió principalmente a una disminución en la asistencia a consultas posteriores al mismo y debido al periodo vacacional escolar en menores de edad.

Los principales efectos que se producen por la variación registrada son una menor asistencia a la salud mental de los usuarios. Una de las acciones es la remodelación de varias áreas de atención ambulatoria del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan I. Navarro que quedará dañadas tras el sismo.

CPJ  
 Justificación del comportamiento del indicador con los nuevos datos: Las cifras del indicador se ratifican, solo se modifica la justificación. El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 51.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió principalmente a una disminución en la asistencia a consultas, posterior al sismo.

26	NOB	SERVICIOS DE ATENCION PSICQUIATRICA	16.0	2,454	15,300	14.6	1,993	13,676	-461	81.2	-1,624	89.4
27	MTN	CENTROS DE INVESTIGACION IBERMIL DISAMINIDAD INTEGRAM DE LA FAMILIA	16.0	2,454	15,300	14.6	1,993	13,676	-461	81.2	-1,624	89.4
		SUB TOTAL	16.0	2,454	15,300	14.6	1,993	13,676	-461	81.2	-1,624	89.4
		TOTALES	24.7	70,072	783,588	26.70	71,634	683,384	4,552	102.2	-15,204	94.6

24.70 /

MAP 24.70  
 MAF 24.70  
 MALL 26.70

Y. COME  
 ALC/CR 108.10 ✓  
 ALC/AJ 108.10 ✓