

INDICADO

R E023 1 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 INDICADOR V1o V2o ALCANZADO V2a DIFERENCIAS

CAUSA

EFECTO

OTROS MOTIVOS

ENTIDAD	INDICADOR V1o	V2o	INDICADOR V1a	V2a	VA-V1o	1a/10x100	V2a-V2o	1a/20x100			
1 MZF	INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA	9.8	146	1,497	11.8	159	1,347	13	108.9	-150	99.0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 100.0%, que lo sitúa en semáforo color ROJO POSITIVO. Los pacientes que acuden al servicio de consulta, pueden presentarse con o sin referencia, lo que nos genera que la variable 1 se modifique de forma impredecible. Las variaciones en la variable 2 se deben a que durante los primeros meses del año institucional, existe poca afluencia a los servicios de salud, situación que va solventándose al transcurrir el año.

CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 102.5 por ciento, 0 que lo sitúa en semáforo color verde.

EFECTO: Estas diferencias no constituyen un riesgo para la población atendida; los pacientes con requerimiento de atención psiquiátrica tienen directrices en la actualidad al servicio de tercer nivel, debido a la baja disponibilidad en otros niveles de atención, por lo que al ofrecerles atención especializada.

OTROS MOTIVOS: Cada vez hay un mayor control del registro de las referencias que los pacientes se presentan. A los pacientes que acuden a la consulta se les informa que en el lapso de tiempo que están en la consulta y la historia clínica, si requieren atención inmediata pueden acudir al servicio de atención Psiquiátrica Continua (APC).

2 NBV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	59.7	849	1,423	61.2	811	1,326	-38	95.5	-91	93.2
-------	------------------------------------	------	-----	-------	------	-----	-------	-----	------	-----	------

Al cierre del primer trimestre se obtuvo el 38.0% de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico con 418 de un total de 1,100 pacientes a los que se les apertura expediente; la programación fue del 19.8% con 315 ESTIMADOS PARA ABERTURA EXPEDIENTE CLÍNICO. ES IMPORTE MENCIONAR QUE POR EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION ABIERTA QUE DEMANDA ATENCION ESPECIALIZADA EN CARIOLOGIA, REFERIDA PRINCIPALMENTE DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD O DE INSTITUTOS DEL SECTOR SALUD; POR LO QUE DURANTE ESTE PERIODO SE ABERTURO UN MAYOR NUMERO DE EXPEDIENTES CON RESPECTO AL O PROGRAMADO. EL CUMPLIMIENTO QUE SE ALCANZO FUE DEL 191.9% SEÑALANDO UN SEMAFORO DE COLOR ROJO CONFORME AL CRITERIO DE LA SNIPR.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 98.5%, que lo sitúa en el semáforo color verde. Cabe mencionar, que el resultado del indicador está sujeto a la demanda de atención en los servicios de consulta externa y urgencias.

En el periodo enero-marzo de 2018, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 2%, 0 al recibir 19 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 2 aperturas de expedientes clínicos más rebasando la meta del indicador programado.

Sin embargo, este servicio es otorgado por los factores de padecimiento de los pacientes, lo que incide en factores que difícilmente se puede aceptar en la programación en tanto que los pacientes puedan acudir por diversas fuentes.

En su momento se solicitara la reprogramación de metas del indicador con el fin de mostrar acorde a las actividades que se realizan.

3 NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	19.8	315	1,587	38.0	418	1,100	103	132.7	-487	69.3
-------	--	------	-----	-------	------	-----	-------	-----	-------	------	------

El indicador presenta una meta alcanzada del 48.4 por ciento de pacientes referidos por Instituciones Públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional. Este resultado sitúa al indicador en semáforo color rojo.

En el periodo enero-marzo de 2018, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 2%, 0 al recibir 19 pacientes más referidos de instituciones públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 2 aperturas de expedientes clínicos más rebasando la meta del indicador programado.

Sin embargo, este servicio es otorgado por los factores de padecimiento de los pacientes, lo que incide en factores que difícilmente se puede aceptar en la programación en tanto que los pacientes puedan acudir por diversas fuentes.

4 NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	40.3	705	1,750	39.7	526	1,577	-79	88.8	-173	90.1
-------	--	------	-----	-------	------	-----	-------	-----	------	------	------

El resultado del indicador es del 65% con una variación absoluta de 18.1 y porcentual de 138.6 por lo que el cambio está en rojo. Se observa una tendencia creciente de paciente referidos de otros niveles de atención.

El indicador muestra un comportamiento fuera del rango ya que sobrepasa a la meta en 24%, sin embargo al revisar las variables que lo componen se observa que en realidad el número absoluto de pacientes referidos de otras instituciones públicas, a las que se les apertura expediente, es prácticamente el mismo que el programado, incluso ligeramente menor. Y también se puede ver que el total de pacientes a las que se les apertura expediente clínico en el primer trimestre de 2018 (denominador), decreció de forma importante, quedando 23% por debajo de la meta programada, lo que deriva de la continuidad aplicación de la estrategia de abrir expediente preferentemente a pacientes con alto riesgo materno y/o perinatal (obviamente esto solo aplica a pacientes obstétricos), siendo las razones para ello las siguientes: 1) la sostenida sobrevaloración de las terapias neonatales y 2) brindar atención preferentemente a quienes ameritan estar en una institución de alta especialidad.

No se considera que haya una afectación riesgosa para la población atendida ya que como se mencionó arriba, en el periodo bajo evaluación se abrió expediente a un número absoluto prácticamente igual de pacientes referidos que el programado. Por otro lado, la reducción en el total de aperturas de expediente puede tener como consecuencia la ineficiencia de algunos pacientes que al no cumplir con los criterios de aceptación (principalmente el de presentar factores de alto riesgo), sean dirigidas hacia otros hospitales para su atención; sin embargo, al no atender en este Instituto a pacientes de bajo riesgo se hace un uso más racional y eficiente de los recursos, derivando los hacia quienes realmente requieren de servicios de alta especialidad.

1 de 4

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 282.9 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo como resultado en la baja de 1,014 pacientes que estaba previsto que se les abiera expediente; debido a que las personas que acuden a solicitar Presonstitite, la que no se puede negar, el SI por dentro acude con referencia de Centros de Salud con padecimientos que no encajan en los criterios de alta complejidad, razón por la que no son admitidos y en consecuencia la programación tanto de consulta de primera vez y apertura de expedientes sufre una grave distorsión, alterando también la calificación de los pacientes con referencia de instituciones de salud públicas, que en este trimestre se incrementaron en un 108.8 más del pronóstico original.

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

La acción adoptada para regular el indicador es realizar un ajuste de metas, tal y como lo señala el punto 15 de los Lineamientos para el Reporte de Metas, Indicadores Presupuestales, Ejercicio 2018.

10	NDF	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	3.5	136	3,883	9.9	284	2,869	148	208.8	-1,014	73.9
11	NOV	HOSPITAL PUBLICO	0.0									
12	NOV	INSTITUTO DE CERVIATRIA										
13	NBG	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	52.2	717	1,374	57.7	736	1,276	19	102.6	-98	92.9
		SUB TOTAL	29.1	4,680	16,067	37.4	5,057	13,516	377	108.1	-2,551	84.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 110.5 por ciento, que lo sitúa en semáforo rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a la disminución en el número de pacientes a quienes se les abrió expediente clínico; además, se presentó un ligero incremento en la demanda de pacientes referidos por instituciones públicas.

Incremento en el número de pacientes referidos por instituciones públicas lo cual es un factor externo que no se puede controlar por este Instituto.

Se reforzará la aplicación de criterios para la separación 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.



14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	11.3	2,017	17,896	19.0	2,994	15,759	977	148.4	-2,137	88.1
----	-----	----------------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	-----	-------	--------	------

EL INDICADOR ALCANZO UN RESULTADO DE 19.0% QUE CON RESPECTO A LA META PROYECTADA SIN RIESGOS SE DIO CUMPLIMIENTO DE 168.1%, QUEDANDO EN SEMAFORO ROJO DEBIDO A QUE EL NUMERO DE PACIENTES REFERIDOS SE INCREMENTO POR 977 (48.4%) MAS QUE REPRESENTA UN MAJOR NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CON DOCUMENTO DE REFERENCIA, NO ASI EL NUMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES ABERTURO EXPEDIENTE QUE REFLEJA UNA DISMINUCION CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA DE -2,137 QUE REPRESENTA (-11.9%), LAS VARIACIONES SE DEBEN A LA DEMANDA DE PACIENTES REFERIDOS, QUE FUERON ACEPTADOS POR EL HOSPITAL EN ESTE PERIODO Y A LA DEMANDA EN GENERAL DE ATENCION MEDICA.

SE CONTINUA CON LA BASE DE REGISTRO DE LOS DATOS DE PACIENTES REFERIDOS.

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	66.8	3,270	4,892	55.8	2,175	3,895	-1,095	66.5	-997	79.6
----	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------	------	------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 83.5 por ciento, por lo que lo situa en el semáforo de color rojo. La variación se debió a la disminución, durante el mes de enero, de la demanda de pacientes referidos por otras instituciones respecto a lo programado y en el total de pacientes que solicitaron atención médica, derivado del comunicado realizado por el Director General a los Directores de Institutos, Hospitales Federales y Secretaría de Salud de la Ciudad de México, de la situación actual del Hospital, por el cierre de la Torre Antigua.

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

16	NHH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	5.2	72	1,377	2.1	28	1,325	-44	38.9	-52	96.2
----	-----	-------------------------------	-----	----	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	------

El indicador al final que se reporta tuvo un cumplimiento del 40.4 por ciento, lo que lo situa en semáforo color rojo, lo anterior se explica a que se ha detectado que acuden pacientes referidos por otras instituciones, sin presentar el formato de referencia-contrareferencia.

Este resultado no representa un riesgo para la población atendida.

Se continúa realizando el registro de pacientes referidos, siempre y cuando presenten el formato de referencia-contrareferencia de la institución de origen.

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	2.1	71	3,392	2.0	67	3,359	-4	94.4	-33	99.0
----	-----	----------------------	-----	----	-------	-----	----	-------	----	------	-----	------

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO TUVO UN CUMPLIMIENTO ACORDE A LO PROGRAMADO, LO QUE SITUA AL SEMAFORO EN COLOR VERDE. LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON CONFORME LO PROGRAMADO.

0

0

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	7.0	55	788	4.6	35	756	-20	63.6	-32	95.9
----	-----	----------------------------	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	------	-----	------

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO QUE SE REPORTA TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 65.7 POR CIENTO, CON UNA VARIACION ABSOLUTA NEGATIVA DE 2.4 QUE CORRESPONDE AL 4.6% ALCANZADO RESPECTO A LA META ORIGINAL DE 7.0%, LO CUAL LO SITUA EN UN SEMAFORO DE CUMPLIMIENTO DE COLOR ROJO. LA VARIACION EN EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR RESPECTO A LO PROGRAMADO SE DEBIO A QUE: AUN NO SE TIENE UNA REFERENCIA ACERTIVA POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD ENVIANDO PACIENTES CON ESTADOS COMORBIDOS ASOCIADOS QUE REBASAN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA UNIDAD, LO CUAL SE VE REFLEJADO EN LA CANTIDAD DE PACIENTE A LOS QUE SE ABERTURO EXPEDIENTE, ASI COMO EN EL PRIMER TRIMESTRE NOS ENCONTRAMOS CON UN OTRO INDICE DE AUSENTISMO SECUNDARIO A LOS PERIODOS VACACIONALES LO CUAL TAMBIEN IMPACTA EN LA ABERTURA DE EXPEDIENTES TODAS VEZ QUE ESTA SE REALIZA EN SU SEGUNDA VISTA ADENAS DE LA NEGATIVA DE LOS PACIENTES PARA SER ATENDIDOS EN LA MISMA UNIDAD DE REFERENCIA.

LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS A LA VARIACION DEL INDICADOR SON LA MENOR CANTIDAD DE PACIENTES REFERIDOS A PESAR DE LOS ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES ESTABLECIDOS HASTA EL MOMENTO.

REFORZAR LAS ACCIONES DE DIFUSION DE LA CARTERA DE SERVICIOS OFERTAS A TRAVES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION MULTIMEDIA CON QUE DISPONE LA INSTITUCION ADENAS DE REDOBLAR ESFUERZOS PARA MANTENER UNA COMUNICACION ACERTIVA CON LAS DISTINTAS INSTITUCIONES DE SALUD EN LAS REUNIONES DE TRABAJO GERENCIAL.

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	3.6	300	8,333	8.6	728	8,480	428	242.7	147	101.8
----	-----	---------------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	-----	-------	-----	-------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 238.5% 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 3.5%, que lo situa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a un aumento en la demanda de 428 pacientes referidos a los cuales se les apertura expediente clínico, a causa de que las instituciones públicas de salud de procedencia no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad, como el Hospital General Cuauhtlém Vicente Villada, Hospital General de Ticomán, Unidad Médica Quirúrgica Juárez del Centro, Hospital Municipal Juan Aldama Villa Nicolás Romero, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz, Hospital General de Asapasco y el DIF de Ecatepec. Además, se continúa recibiendo a pacientes referidos afiliados al Seguro Popular.

Incremento en el diferenciante para otorgar atención de consulta externa y menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos.

Vigilar y supervisar el registro y control de la apertura de expedientes clínicos que permita la identificación de las instituciones de salud que más referencias realizan.

SUB TOTAL			15.8	5,785	36,678	18.0	6,027	33,574	242	104.2	-3,104	91.5
-----------	--	--	------	-------	--------	------	-------	--------	-----	-------	--------	------

Se logró el 97.8% de cumplimiento respecto a la meta programada ubicándose en un semáforo color verde.

Prácticamente la totalidad de los expedientes abiertos correspondieron a pacientes referidos por Instituciones públicas de salud. Se superó en aproximadamente 10% la meta establecida para el indicador. En lo referente a las variables reñimos número de solicitudes de atención 5.5% menor que las que se habían estimado; sin embargo la proporción a las que se les aceptó y abrió expediente permitió alcanzar la meta en 97.8%. Además se continuó abriendo folios (NO EXPEDIENTES) a aquellos pacientes que son atendidos para procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios respectivos pero que NO son vistos en consulta externa de nuestro hospital, sino que acuden solamente al procedimiento solicitado y continúan su atención médica en su unidad de origen.

No existen riesgos para la población ya que se están ajustando metas con base en demanda de las unidades de atención en el HRAEB aquéllas que lo ameritan (expedientes en el HRAEB) y se están realizando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios que las otras unidades solicitan como apoyo para mantener su atención (folios en el HRAEB)

11	NBR	HRAE OMAACA	54.9	660	1,202	56.5	475	841	-185	72.0	-361	70.0
----	-----	-------------	------	-----	-------	------	-----	-----	------	------	------	------

DE ACUERDO A LA BASE DE DATOS QUE SE OBTIENE DEL SISTEMA INTEGRAL, EXISTE UN SUBREGISTRO POR FALTA EN LA CAPTURA DE DATOS, TENIENDO UN FALTANTE DE 362 PACIENTES REGISTRADOS SIN INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA, AFECTANDO EL RESULTADO ALCANZADO.

0

22	NBS	HRAE YUCATAN	27.2	200	735	33.4	213	637	13	106.5	-98	86.7
----	-----	--------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	-----	------

CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO ENERO-MARZO DEL AÑO 2018, EL INDICADOR ALCANZO SEMAFORIZACION ROJA, CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 22.8% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA. LA SUPERACION DE LA META PROGRAMADA SE RELACIONA CON LA ACEPTACION DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE ATENCION DEL HOSPITAL EN LOS QUE SE REQUIERE LA APERTURA DE EXPEDIENTE CLINICO (VARIABLE UNO CON APEGO A PROGRAMACION) COMO CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION. EN LOS CUALES SE REQUIERE ATENCIONES SUBSECUENTES SIN EMBARGO EL DESFASE DEL INDICADOR TAMBIEN SE VE AFECTADO POR LA CANTIDAD DE EXPEDIENTES TOTALES ABERTURADOS EN EL PERIODO VARIABLE EN LA CUAL ÚNICAMENTE SE CONSIDERAN LOS EXPEDIENTES TOTALES ABERTURADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SOLICITADOS EN ARCHIVO HOSPITALARIO. SE CONTINUA CON EL FUNCIONAMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

0

21	NBT	HRAE VICTORIA	31.6	221	700	18.9	107	565	-114	48.4	-135	80.7
----	-----	---------------	------	-----	-----	------	-----	-----	------	------	------	------

No se alcanza la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes referidos. 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 semaforización roja.

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

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 conjuntos de referencia con instituciones de salud de la región NEI

24	NBU	HRAE TABALUCA	46.3	2,510	5,420	45.5	2,140	4,700	-370	85.3	-720	86.7
----	-----	---------------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	------	------

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 45.5% CON UNA VARIACION DE -0.3% DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA EL SEMAFORO EN COLOR VERDE.

0

23	MZA	CRAE CHIAPAS	77.0	935	1,214	89.4	1,025	1,147	90	109.6	-67	94.5
----	-----	--------------	------	-----	-------	------	-------	-------	----	-------	-----	------

El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 116.1%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, debido a que se han mejorado los mecanismos de referencia y contra referencia de los pacientes aceptados al hospital.

0

26	MUO	SERVICIOS DE ATENCION PSICUIATRICA	16.1	606	3,775	12.9	453	3,522	-153	74.8	-253	93.3
----	-----	------------------------------------	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	------	------

El indicador a final del periodo que se reportó tuvo un cumplimiento del 80.1 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a 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.

Las principales deficiencias que se producen por la variación registrada son una menor atención 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 N. Navarro que quedaron dañadas tras el sismo.

27	MUR	CENTROS DE ATENCION JUVENIL DISTRITO INTEGRAL DE LA ZAMBELA	16.1	606	3,775	12.9	453	3,522	-153	74.8	-253	93.3
----	-----	---	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	------	------

SUB TOTAL 16.1 606 3,775 12.9 453 3,522 -153 74.8 -253 93.3

TOTALES 25.8 13,524 67,971 28.50 17,229 60,589 -245 88.6 -7,409 89.1

25.80 ✓