

INDICADOR R E023 1 Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional (Formularia Variable / 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 ORIGINAL V20 ALCANZADO V2a DIFERENCIAS V2a-V20 (V10)/V1 V2a-V20 (V1)/V20x100 OTROS MOTIVOS

ENTIDAD	INDICADOR ORIGINAL	V20	ALCANZADO V2a	DIFERENCIAS V2a-V20	(V10)/V1	V2a-V20 (V1)/V20x100	OTROS MOTIVOS					
1 MJE	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA	12.1	345	2,850	11.5	320	2,785	-25	928	-65	97.7	
2 NBV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	59.7	1,700	2,849	60.3	1,705	2,828	5	100.3	-21	99.3	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 100.0% por ciento, 0 que lo sitúa en semáforo color verde.
3 NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	20.0	655	3,276	34.9	809	2,317	154	123.5	-959	70.7	Al cierre del primer semestre se obtuvo el 34.9% de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico con 809 de un total de 2,317. La programación fue del 20.0% con 655 pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico con 3,276. Es importante mencionar el crecimiento de la población abierta que demandó atención especializada referida de hospitales de segundo nivel y hospitales de alta especialidad. El cumplimiento que se alcanzó fue del 174.5% señalando un semáforo de color rojo conforme al criterio de la SHCP.
4 NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	40.0	1,309	3,270	41.2	1,326	3,221	17	101.3	-49	98.5	El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 103.0% 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.
5 NCG	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	41.2	1,030	2,501	45.2	1,146	2,533	116	111.3	32	101.3	El indicador presenta una meta alcanzada del 45.2 por ciento de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les abre expediente clínico institucional. Este resultado sitúa al indicador en semáforo color amarillo.
6 NCH	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	59.1	955	1,617	62.5	1,005	1,607	50	105.2	-10	99.4	En el periodo enero-junio de 2018, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 3.4%, 0 el recuento es 30 pacientes más referidos de instituciones públicas, aunque se realizaron 10 historias clínicas menos, rebasándose la meta del indicador programado.
7 NCK	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	47.0	1,369	2,914	66.7	1,828	2,740	459	133.5	-174	94.0	En el periodo se abrieron 1,829 expedientes a pacientes referidos por instituciones públicas de salud, de un total de 2,174 expedientes abiertos, por lo que el resultado del indicador es de 66.7% con una variación absoluta de 19.7% porcentual de 141.9, por lo que el semáforo está en rojo. El sistema de referencia y contrarreferencia de la CONEX y áreas consultadas, ha mejorado en el diagnóstico, por lo que se reciben pacientes mejor referidos, cada vez nos llegan casos de mayor complejidad ya que son muy pocos las instituciones que pueden manejar a estos pacientes lo que implican un mayor costo de la atención integral (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y rehabilitación en el hogar). Se abrió expediente a 1,328 pacientes referidos, que representó el 66.7% de la población recibida por el servicio de Urgencias y Consulta Externa.
8 NCZ	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	15.5	328	2,117	19.0	349	1,837	21	106.4	-280	86.8	Continúa presentándose el comportamiento fuera de la meta programada para este indicador (22.6% por arriba), que fue señalado en el periodo enero-mayo, secundado a un descenso relativo de 13.2% en el número de aperturas globales de expediente clínico (denominador) por la ya comentada estrategia institucional de restringir la aceptación de pacientes obstructivos prácticamente a sólo aquellos con factores de alto riesgo, sólo con el fin de tratar de llegar a una ocupación hospitalaria de las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales más adecuada ya que sistemáticamente se encuentran saturadas.
9 NDE	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	3.5	288	8,240	11.6	676	5,849	388	234.7	-2,391	71.0	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 33.1% por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo, como resultado en la baja del número de pacientes a los que estaba previsto se les abiera expediente clínico, debido a que quienes no encajaban en los criterios de alta complejidad, no fueron admitidos y en consecuencia la programación de apertura de expedientes sufrió una baja. Por otra parte hubo un mayor número de pacientes referidos por instituciones de salud pública que cumplieron con los criterios de admisión por lo que se incrementó en 388 personas más respecto del pronóstico original.
10 NDF	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	52.2	1,434	2,748	61.9	1,646	2,661	212	114.8	-87	96.8	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 118.6 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 referidos por instituciones públicas y de la aplicación de la política de cero rechazo.
11 NDI	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	29.1	9,413	32,382	38.1	10,810	28,378	1,397	114.8	-4,004	87.6	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 118.6 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 referidos por instituciones públicas y de la aplicación de la política de cero rechazo.
12 NDU	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	29.1	9,413	32,382	38.1	10,810	28,378	1,397	114.8	-4,004	87.6	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 118.6 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 referidos por instituciones públicas y de la aplicación de la política de cero rechazo.
13 NBE	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	52.2	1,434	2,748	61.9	1,646	2,661	212	114.8	-87	96.8	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 118.6 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 referidos por instituciones públicas y de la aplicación de la política de cero rechazo.
SUB TOTAL		29.1	9,413	32,382	38.1	10,810	28,378	1,397	114.8	-4,004	87.6	

San...  
Final Enero-Junio 2018  
15/Jul/2018

14	NBO	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	11.0	4,037	36,709	18.0	5,894	32,718	1,857	146.0	-3,985	89.1	ESTE INDICADOR REBASÓ LA META, QUEDANDO EL RESULTADO EN 18.0%, CONTRA 11.0% PROGRAMADO (18.0/11.0) X 100 = 163.6. EN VALORES ABSOLUTOS, EL NÚMERO DE PACIENTES REFERIDOS SE INCREMENTÓ AL PRIMER SEMESTRE EN 1,857 (66,000) LO QUE SE DEBE A QUE SE HAIDO CONSOLIDANDO EL REGISTRO DE PACIENTES QUE AFICENDEN AL HOSPITAL PARA SER ATENDIDOS, Y VIVEN EN REFERIDOS MEDIANTE UN DOCUMENTO ESCRITO DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS, ASÍ COMO DE CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ESTADO DE MÉXICO E INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA.	SIN RIESGO	SE CONTINUA INTEGRANDO UNA BASE DE DATOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS HISTÓRICOS PARA LLEVAR A CABO LA PLANIFICACION DE METAS MAS REALES.
----	-----	----------------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	-------	-------	--------	------	--	------------	---

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GONZALEZ	74.0	7,544	10,194	57.5	4,467	7,771	-3,077	59.2	-2,423	76.2	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 77.7 por ciento, por lo que lo situa en el semáforo de color rojo. El resultado del indicador se debió a la disminución de la capacidad instalada por el sismo ocurrido el pasado mes de septiembre de 2017, ya que se tuvo que desocupar la torre de hospitalización, ocasionando la disminución de 178 a 107 camas disponibles además, de la disminución de la demanda de pacientes referidos por otras instituciones, 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 poder atender la demanda de atención médica de la población.	Reprogramación de metas de acuerdo al número de camas disponibles, y continuar con el trabajo en urgencias.
----	-----	--------------------------------------	------	-------	--------	------	-------	-------	--------	------	--------	------	--	---	---

16	HHH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	5.2	144	2,754	1.5	43	2,823	-101	29.9	69	102.5	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 28.8%, lo que lo situa en semáforo color rojo. Lo anterior se explica por la presencia de pacientes referidos por otras instituciones que no presentan el formato de referencia-contrareferencia de la Unidad de Procedencia.	No existen riesgos para la población atendida.	Se continua realizando el registro de pacientes referidos, siempre y cuando presenten el formato de referencia-contrareferencia de la Institución de origen. Se mantiene la política de "cero rechazos" otorgando atención a la totalidad de pacientes, aun cuando no presenten el documento de referencia.
----	-----	-------------------------------	-----	-----	-------	-----	----	-------	------	------	----	-------	---	--	---

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	2.1	141	6,783	2.6	177	6,906	36	125.5	123	101.8	El INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO PRESENTA UN NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE 33.5% ARRIBA DE LO PROGRAMADO. LO QUE SITUA AL INDICADOR EN SEMAFORO ROJO.	NO EXISTE RIESGO ALGUNO PARA LA POBLACION DADO QUE SE DA ATENCION A TODO PACIENTE REFERIDO DE OTRA INSTITUCION U OTRO NIVEL DE ATENCION, Y EN EL CASO DE LOS PACIENTES QUE AMERITAN UNA ATENCION ESPECIALIZADA SE LES ACERCA, LO QUE REPRESENTA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS OPORTUNOS.	MANTENER LA CONSULTA Y PROMOVER QUE SE CONTINUE CON EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA FEDERAL.
----	-----	----------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	----	-------	-----	-------	---	---	--

18	HHC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	7.3	122	1,685	5.5	88	1,598	-34	72.1	-67	96.0	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 26.7% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta programada de 3.6%, que lo situa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que continuamos con parte referencial de las unidades del corporativo de la CIHFI por lo que se han creado mecanismos para una referencia digna a través de la subdirección médica, lo cual nos permitirá tener un mayor control en el proceso de atención del paciente enviado a nuestra unidad.	Los principales efectos secundarios a la variación del indicador son la menor capacidad de pacientes referidos a pesar de los acuerdos interinstitucionales establecidos hasta el momento.	Reforzar las acciones de difusión de la carrera de servicios orientadas a través de los medios de comunicación multimedial con que dispone la Institución además de redoblar esfuerzos para mantener una comunicación asertiva con las distintas instituciones de salud en las reuniones de trabajo gerencial.
----	-----	----------------------------	-----	-----	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	------	---	--	--

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	3.6	600	16,685	9.6	1,664	17,325	1,064	277.3	660	104.0	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que 1,064 pacientes más fueron referidos por instituciones públicas de salud para recibir atención de consulta externa especializada, con respecto a la meta programada de 600 pacientes. Este resultado se debió a que las instituciones públicas de salud de procedencia no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad, como el Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada", Hospital Juárez Centro, Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", Hospital General Ticomán, Hospital General la Villa, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Centro de Salud Dr. Rafael Ramírez Suárez, Hospital General Atzacán, DIF de Ecatepec y el Hospital General de Atoyac. Además, se continúa recibiendo a pacientes referidos afiliados al Seguro Popular.	Incumplimiento en los objetivos y metas institucionales.	Continuar con la supervisión del registro y control en la apertura de expedientes clínicos, que permita la identificación de las instituciones de salud que más referencias realicen, así como efectuar una adecuada programación de metas, considerando los factores internos y externos que afectan el comportamiento de las variables.
----	-----	---------------------------	-----	-----	--------	-----	-------	--------	-------	-------	-----	-------	--	--	---

SUB TOTAL 16.8 12,588 74,764 17.8 12,333 69,141 -255 98.0 -5,623 92.5

20	NBQ	HRAE BAUJO	95.5	5,053	5,290	88.1	3,442	3,909	-1,611	68.1	-1,381	73.9	SE ALCANZO 92.3% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA. UBICANDOSE UN SEMAFORO EN COLOR AMARILLO. DURANTE EL PERIODO EN MENCIÓN HUBO UN MENOR NUMERO DE REFERENCIAS PARA ATENCIÓN DE CASOS NUEVOS AL HOSPITAL. SE ESTÁN TOMANDO ACCIONES DE DISPUSION Y REUNIONES CON LA SECRETARIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO PARA FAVORECER EL ENVIO DE PACIENTES AL HOSPITAL	SE ESTÁN PRIORIZANDO ATENCIONES QUE SE ENCONTRABAN CON DIFERIMIENTO. Y SE ESTÁN ATENDIENDO LAS SOLICITUDES RECIBIDAS POR LO QUE NO EXISTE RIESGO PARA LOS PACIENTES	REUNIONES CON PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA FORTALECER PROGRAMAS ESTRATEGICOS QUE REQUIEREN ATENCION INMEDIATA COMO ATENCION CORAZON Y CODIGO STROKE
----	-----	------------	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------	--------	------	---	---	--

21	NBR	HRAE OAXACA	55.1	1,220	2,395	0.0	0	0	-1,320	0.0	-2,395	0.0	CAUSA: PARA EL GIERRE DEL PERIODO ENERO-JUNIO DEL AÑO 2018. EL INDICADOR ALCANZO SEMAFORIZACION ROJA, COMUN CUMPLIMIENTO DE 18% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA Y UN PORCENTAJE DE VARIACION DE 17%. LA SUPERACION DE LA META PROGRAMADA CONTINUA PRESENTANDOSE POR LA ACEPTACION DE PACIENTES RECIBIDOS EN EL HOSPITAL COMO PACIENTES PARA LA ATENCION DE SU PARECIMIENTO DE MANERA SUSECUENTE EN LOS SERVICIOS DE ATENCION DEL HOSPITAL. SE CONTINUA CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DE LA ACEPTACION DE PACIENTES PARA SU ATENCION Y SEGUIMIENTO EN EL HRAEPY, FACTOR ASOCIADO AL INDICADOR.	EL RIESGO EN LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LA META EN EL INDICADOR ES LA DISMINUCION EN LA RECEPCION DE PACIENTES A TRAVAZ DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	SE CONTINUA CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DE LA ACEPTACION DE PACIENTES PARA SU ATENCION EN EL HRAEPY.
----	-----	-------------	------	-------	-------	-----	---	---	--------	-----	--------	-----	--	---	---

22	NBS	HRAE YUCATAN	25.9	380	1,470	21.5	371	1,778	-9	97.6	258	117.6	No se alcanza la meta del indicador debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes referidos, aun y cuando se cuenta con convenios de referencia vigentes. Se ha presentado la baja de medios de diversas especialidades como lo son: Gastroenterología, Otorrinolaringología, Hemato Oncología, Cirugía oncológica, Endocrinología y Cirugía General lo que tambien ha impactado en el indicador. Se alcanza semafORIZACION ROJA. Se mejoró el % con respecto del trimestre anterior.	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 fortalecer convenios de referencia con instituciones de salud de la región NEI
----	-----	--------------	------	-----	-------	------	-----	-------	----	------	-----	-------	--	---	---

23	NBT	HRAE VICTORIA	31.6	442	1,400	21.3	264	1,242	-178	59.7	-158	88.7	EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 54.0% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE 3.9 DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA AL SEMAFORO EN COLOR ROJO. NO SE ALCANZO LA META, DERIVADO DE LAS OBRAS DE SERVICIO DE URGENCIAS, POR LO QUE HA DISMINUIDO LAS REFERENCIAS A ESTA INSTITUCION.	POBLACION NO ATENDIDA	EN FECHAS PROXIMAS QUEREA CONCLUIDA LA AMPLIACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
----	-----	---------------	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	--	-----------------------	--

24	NBU	HRAE IXTAPALUCA	48.1	5,318	11,060	54.0	4,559	8,448	-759	85.7	-2,612	76.4	El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 116.0%, lo que se situa en semáforo de color rojo, esto debido a que se han mejorado los mecanismos de referencia y contrareferencia de los pacientes acopiados al hospital.		
----	-----	-----------------	------	-------	--------	------	-------	-------	------	------	--------	------	---	--	--

25	M7A	CRAE CHIAPAS	77.9	1,962	2,519	90.4	2,358	2,607	396	120.2	88	103.5	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.9%, que lo situa en el semáforo de cumplimiento de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador, respecto a la programación original se debió principalmente una disminución en la referencia de Instituciones con las que se cuenta con subrogación de servicios (IMSS, ISSSTE y PEMEX), así como la no renovación del ISSEMYM	Parte de la variación es justificada por la disminución de pacientes enviados por otras Instituciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX) mediante convenios subrogados, esto no representa un riesgo a la población ya que los derechos/bienes de estas Instituciones han requerido en menor medida hospitalización, por lo que se lleva un mejor control del trastorno en sus unidades.	Fortalecer los convenios subrogados y ampliarlos a otras Instituciones públicas de Salud (Seguro Popular)
----	-----	--------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-----	-------	----	-------	---	---	---

26	N00	SERVICIOS DE ATENCION PSICUIATRICA	16.0	1,221	7,610	13.1	931	7,106	-290	76.2	-504	93.4			
----	-----	------------------------------------	------	-------	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	--	--	--

27	M7A	CENTROS DE ATENCION PSICUIATRICA	16.0	1,221	7,610	13.1	931	7,106	-290	76.2	-504	93.4			
----	-----	----------------------------------	------	-------	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	--	--	--

28	M7B	ESPECIALIDAD DE ATENCION PSICUIATRICA	27.1	17,697	134,100	28.60	35,068	122,559	93.0	-16,311	88.2				
----	-----	---------------------------------------	------	--------	---------	-------	--------	---------	------	---------	------	--	--	--	--

29.10 /