

INDICADOR E023 5 Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados/ÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100
Variable Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución
Variable Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100

Final Versión - Junio 2018
15/Jul/2018

ENTIDAD	ORIGINAL		ALCANZADO		DIFERENCIAS		CAUSA	EFECTO	OBSERVACIONES				
	INDICAD V10	V20	IDICADC V1A	V2A	V1A-V10	V2A-V20							
1 MZF INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA	49.8	906	1,818	49.8	805	1,617	-101	88.9	-201	88.9	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 100.0%-(49.8/49.8)*100, que lo sitúa en semáforo color VERDE. El número de procedimientos diagnósticos de alta especialidad solicitados a las áreas específicas depende del número de las y los pacientes que los requieren, a juicio de sus médicos/as tratantes.	Al obtener un semáforo en verde, no existe ningún riesgo para la población que atende el programa o la institución.	Se fomentará continuar con las validaciones de los servicios otorgados y no otorgados.
2 NBV INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	16.3	9,650	59,275	18.6	9,903	53,374	253	102.6	-5,901	90.0	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 114.1 por ciento, que lo sitúa en semáforo color rojo.		
3 NCA INSTITUTO NACIONAL DE CARBIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	20.3	5,367	26,436	20.9	5,765	27,611	398	107.4	1,175	104.4	El indicador se alcanza de acuerdo a lo programado.		
4 NCD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	54.0	22,059	40,850	50.1	22,862	45,607	803	103.6	4,757	111.6	El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 92.8% que lo sitúa en el semáforo color amarillo. Es importante mencionar que el INER es Centro Nacional de Referencia para el diagnóstico de la influenza y tuberculosis pulmonar, por lo que los procedimientos varían de acuerdo a la demanda de los pacientes.		
5 NCG INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	10.5	6,709	63,971	10.7	7,179	67,170	470	107.0	3,199	105.0	El indicador presenta una meta alcanzada del 10.7 por ciento de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados con respecto al total de procedimientos.		El indicador es positivo para el Instituto debido a que satisficó la demanda para los pacientes en relación a los estudios de gabinete.
7 NCK INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRUGIA	87.2	18,679	21,421	93.8	14,705	15,669	-3,974	78.7	-5,752	73.1	Durante este periodo de 2018, el Instituto realizó un número menor de procedimientos diagnósticos ambulatorios. Lo anterior se debió a la baja de estudios de resonancia con anestesia por descompostura del equipo sin embargo de estos el 93.8% fueron de alta especialidad, es decir un 6.6% más de lo programado.		
8 NCZ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	87.2	16,535	18,741	90.0	17,180	19,086	845	105.2	345	101.8	Se realizaron 17,180 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad de un total de 19,086 procedimientos diagnósticos totales, el resultado del indicador es de 90.0, con una variación absoluta de 2.8 y porcentual de 133.2, por lo que el semáforo está en verde.	El indicador se encuentra en semáforo positivo, por lo que no existe riesgo alguno para el paciente ni para la institución.	Se continúa con las acciones de mejora
9 NDE INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	19.6	4,282	21,883	26.3	5,003	19,018	721	116.8	-2,865	86.9	En el semestre se registró un incremento relativo de este indicador del orden de 34.2% derivado de la disminución de la variable 2 (reducción de 13.1%) por la descompostura del mastógrafo y del equipo de radiología durante gran parte del segundo trimestre, también en el mes de junio no hubo ultrasonidos de reproducción asistida debido a que no se programó ciclo de estimulación ovárica en ese mes, y la variable 1 muestra un incremento de 16.8% respecto de la meta adjudicada al mayor número de ultrasonidos de medicina fetal realizados debido a la mayor afluencia de neonatos de alto riesgo.	Como fue comentado en el reporte anterior (enero a mayo), para no afectar a las pacientes se estableció la estrategia de realizar los estudios radiológicos y de mastografía en el Centro de Salud México-España de la Secretaría de Salud, en Grupo Beta y en Grupo CT Scanner, por lo que no hubo riesgos para la población atendida.	La estrategia de realizar los estudios de mastografía y otros radiológicos en otras instituciones se continuó a lo largo de este periodo. Se gestionó la solicitud de recursos para la reparación del mastógrafo y la donación de uno nuevo a la Beneficencia Pública a través de CONSAHE. El nuevo mastógrafo llegará en el mes de julio. Se encuentra en gestión la adquisición de un fluoroscopio.
10 NDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	23.0	36,303	157,841	39.2	46,872	119,534	10,569	129.1	-38,507	75.7	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 170.4 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que en la variable 2 al programar la meta se consideraron, el total de diagnósticos que se realizan en el Instituto, es decir, consulta externa, hospitalización y urgencias y a partir de este año sólo se consideraron los diagnósticos realizados exclusivamente en consulta externa. Asimismo, en la variable 1 los procedimientos de alta especialidad se vieron incrementados por la inserción de nuevos estudios de Audiología y Fonoatría.	Derivado de los resultados obtenidos en el indicador para el periodo de reporte, 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.
11 NDV INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA													
12 W00 INSTITUTO DE GERIATRIA													

Indicador	13	NBG	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	99.5	22,249	22,361	99.5	21,623	21,730	-626	97.2	-631	97.2	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 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. Sin embargo se presentó una disminución en la demanda de estudios en ambas variables.	No se presentaron riesgos; sin embargo se presentó una disminución en la demanda de procedimientos diagnósticos ambulatorios respecto a lo programado.	Seguimiento del indicador de acuerdo a lo programado para mantenerlo en semáforo verde.
SUB TOTAL	32.8	142,539	434,597	38.9	151,897	390,416	93.58	106.6	-44,181	89.8						

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	4.1	541	13,205	4.2	534	12,840	-7	98.7	-365	97.2
----	-----	----------------------------	-----	-----	--------	-----	-----	--------	----	------	------	------

AL PRIMER SEMESTRE SE ALCANZO UN RESULTADO DE 4.2% EN EL INDICADOR, QUE COMPARADO CON LA META PROGRAMADA 4.1%, EL CUMPLIMIENTO FUE DE (4.2/4.1) X 100 = 102.4, QUEDANDO EN SEMAFORO VERDE. LAS VARIACIONES ABSOLUTAS SON MINIMAS, EN LA VARIABLE UNO, Y EN LA VARIABLE DOS PRESENTA UNA DISMINUCION DE -365 (-2.8%), LO QUE SE DEBE A QUE ESTOS PROCEDIMIENTOS SON REALIZADOS NECESARIAMENTE DE ACUERDO A DEMANDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

NO HAY RIESGO.

TODAS LAS ACTIVIDADES MEDICAS EN LA INSTITUCION SE REALIZAN DE FORMA PERMANENTE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	100.0	3,598	3,598	100.0	3,132	3,132	-466	87.0	-466	87.0
----	-----	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, por lo que lo situa en el semáforo de color verde. La variación en el total de procedimientos diagnósticos realizados, conforme a los programados se debió a la disminución de la demanda de este tipo de procedimientos; además de registrar las biopsias que estaban programadas como procedimientos diagnósticos, ahora se registran como procedimientos terapéuticos toda vez que se consideran como una intervención que requiere un cuidado especial por las complicaciones que se pudieran llegar a tener.

No se considera riesgo toda vez que se realizaron los procedimientos diagnósticos requeridos

Se continuará realizando los procedimientos diagnósticos de alta especialidad que se requerían.

16	HMH	HOSPITAL NACIONAL HOMEROVANTO	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
----	-----	-------------------------------	-----	---	---	-----	---	---	---	-----	---	-----

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO PRESENTA UN CUMPLIMIENTO MENOS DE 0.4% DE LO PROGRAMADO LO QUE SITUA AL INDICADOR EN SEMAFORO VERDE.

NO EXISTE NINGUNO EN RELACION A LA ATENCION SIN EMBARGO ES URGENTE QUE EL AREA ADMINISTRATIVA CENTRAL REGULARICE LOS CONTRATOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODO EL EQUIPAMIENTO BIOMEDICO DE ALTA ESPECIALIDAD ASI COMO APLIQUE LOS PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL EQUIPO BIOMEDICO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

EL AREA ADMINISTRATIVA REALIZA LAS GESTIONES Y REUNIONES NECESARIAS PARA LOGRAR CONTAR CON LOS CONTRATOS ANTES MENCIONADOS.

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	25.0	4,749	18,996	24.6	4,204	17,073	-545	88.5	-1,923	89.9
----	-----	----------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	------	------	--------	------

El indicador al final del periodo reportado presentó un cumplimiento del 91.6% con una variación absoluta negativa de 2.6, lo que representa el 28.4% alcanzado respecto del 31.1% programado, lo cual lo situa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto al lo programado obedece a que contamos con elemento único en el servicio de endoscopia por lo que las suscripciones programadas como vacaciones y cursos de actualización, afectan considerablemente el desempeño del indicador.

El riesgo es la obliación en la atención ofertada dado que solo contamos con elemento único en el servicio al igual que del equipo biomédico, por lo que las referencias a esta unidad para estudios endoscópicos son reagentadas hasta la composición del equipo.

Insistir en el calendario de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo biomédico aun cuando ante el recorte presupuestal, resulta insuficiente el recurso para dichos mantenimientos.

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	31.0	363	1,172	28.4	391	1,376	28	107.7	204	117.4
----	-----	----------------------------	------	-----	-------	------	-----	-------	----	-------	-----	-------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 99.3% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 60%, que lo situa en semáforo de cumplimiento color verde.

El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, obliga a hacer más eficientes los recursos disponibles.

El cumplimiento del indicador fue adecuado, no obstante, se tomarán en consideración la demanda de procedimientos de diagnóstico ambulatorios para efectuar una correcta programación de metas, así como otros factores internos y externos.

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	60.0	10,500	17,500	59.6	13,386	22,474	2,886	127.5	4,974	128.4
SUB TOTAL			36.3	19,751	54,471	38.0	21,647	56,895	1,896	109.6	2,424	104.5

SE ALCANZO 95.3% RESPECTO A LA META PROGRAMADA, CON UN SEMÁFORO EN COLOR VERDE. PRACTICAMENTE LA TOTALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS SON CONSIDERADOS DE ALTA ESPECIALIDAD.

NO HAY RIESGO PARA LA POBLACIÓN QUE SE ATIENDE. SE ESTÁN REALIZANDO TODOS LOS QUE SON SOLICITADOS.

REVALORAR CRITERIOS DE AGERTACION Y DEFINICION INSTITUCIONAL DE "PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE ALTA ESPECIALIDAD"

21 MAR HRAE OAXACA 17.7 1,999 10,935 0.0 0 0 -1,999 0.0 -10,935 0.0 0

CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO ENERO-JUNIO DEL AÑO 2018, EL INDICADOR ALCANZO UNA SEMAFORIZACION AMARILLA DANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 94.3% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 5.7%. EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR SE LOGRO POR LA CONTINUIDAD EN LA OFERTA DE SERVICIOS PROCURANDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y DE RECURSO HUMANO EN APEGUO A LAS DEMANDAS DE LA POBLACION DE LA REGION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DIAGNOSTICOS DE TERCER NIVEL ESPECIFICAMENTE LOS QUE SE REQUIEREN PARA LOS PROTOCOLOS DIAGNOSTICOS.

POR FACTOR PRESUPUESTARIO LIMITACION DE OFERTA DE SERVICIOS DIAGNOSTICOS DE ALTA ESPECIALIDAD

LA OFERTA DE LOS SERVICIOS SE CONTINUA EN APEGUO A LOS CONVENIOS DE INTERCAMBIO DE SERVICIOS A TRAVES DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES, QUE REQUIEREN LAS ATENCIONES DE PROCEDIMIENTOS DE TERCER NIVEL.

23 NIT HRAE VICTORIA 82.0 5,554 6,773 71.2 4,760 6,688 -794 85.7 -85 98.7

Se alcanza el 86.8% de la meta obteniendo semaforización roja, se presentaron fallas en algunos equipos, entre ellos, la resonancia magnética y el mastodógrato provocando un menor número de estudios especializados.

Se pone en riesgo el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad así como la atención médica especializada a la población demandante.

Se fortalecen las áreas que proporcionan servicios procurando que no se presenten contratiempos que impidan el otorgamiento de la atención.

24 NEU HRAE YUCAPALUCA 75.2 4,901 6,518 76.2 4,851 6,369 -50 99.0 -149 97.7

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 76.2% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE 1.0 DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA AL SEMÁFORO EN COLOR VERDE.

25 M7A CRAE CHIAPAS 36.7 4,112 11,216 38.8 4,010 10,340 -102 97.5 -876 92.2

El porcentaje de cumplimiento de este indicador fue del 105.7%, lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, esto se debió a que existió para este periodo mas demanda de estudios de diagnóstico especializado como tomografías, resonancias, endoscopias y procedimientos oftalmicos.

SUB TOTAL 56.4 38,592 66,036 64.4 33,557 52,135 -5,035 87.0 -13,901 78.9

26 UGO SERVIDOS DE ATENCION PSICQUIATRICA 0.0 0 0 0.0 0 0 0 0.0 0 0.0

27 W7K CRITERIOS DE INTERACCION JUVENIL 0.0 0 0 0.0 0 0 0 0.0 0 0.0

28 HRK GERENCIMIENTO INTEGRAL DE LA FAMILIA 0.0 0 0 0.0 0 0 0 0.0 0 0.0

SUB TOTAL 36.2 200,882 555,104 41.50 211,101 459,446 6,219 103.1 -55,658 90.0

36.20