

INDICADOR

R E023 13 Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100

Variable 1: Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo
Variable 2: Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100

ENTIDAD INDICADOR ORIGINAL V20 VINDICADO V1a DIFERENCIAS
v1a-v101a/v10x1 v2a-v20a/v20x100

CAUSA

EFFECTO

OTROS MOTIVOS

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 93.0% (63.9/68.4) x 100, que lo sitúa en semáforo color AMARILLO. La diferencia entre las variables puede corresponder a que de acuerdo con los calendarios escolares en diversas instituciones académicas se programan los períodos vacacionales iniciando en el mes de junio, lo que genera una disminución en la asistencia a consulta.
El riesgo es que las y los pacientes que dejan de acudir a consultas o a la institución no reciben la atención psiquiátrica adecuada.
Se han implementado y se están realizando acciones de mejora continua para incrementar la asistencia de pacientes a día de primera vez y consultas subsecuentes. Ya se elaboró un díptico informativo al respecto y se están elaborando una serie de pláticas informativas, que se transmitirán por medio de una pantalla que ya se colocó en la sala de espera principal, para las y los usuarios, pacientes y familiares.

Handwritten signature and date: 15 de junio 2018

1	MTE	INSTITUTO NACIONAL DE PSICUATRIA	68.4	2.850	4.168	63.6	2.785	4.381	-65	97.7	213	105.1
2	NBV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	62.6	2.849	4.550	64.7	2.828	4.373	-21	99.3	-177	96.1

CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 103.4 por ciento, que lo sitúa en semáforo color verde.

3	NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	75.0	1.904	2.539	84.9	1.263	1.487	-641	66.3	-1.052	58.6
---	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	--------	------

Al cierre del primer semestre se obtuvo el 84.9% en la proporción de consultas de primera vez con respecto a las preconsultas con 1,263 consultas otorgadas de primera vez y 1,487 preconsultas; la programación fue del 73.0% con 1,904 consultas de primera vez y 2,539 preconsultas. Cabe mencionar que la disminución en ambas variables es un efecto de los requisitos de referencia médica de una institución pública para la aceptación de la población abierta con alguna cardiopatía.
El cumplimiento alcanzado fue del 113.2% señalando un semáforo de color rojo.
No existen riesgos ya que con el apego al sistema de referencia de instituciones públicas se pretende optimizar la atención médica especializada a los pacientes que presentan alguna cardiopatía y requieren de este servicio. A su vez, se hizo reprogramación del indicador.
Se llevó a cabo una reprogramación de este indicador, mediante solicitud de acuerdo en la XCI Reunión de Órgano de Gobierno, celebrada el pasado 9 de mayo del año en curso, la cual fue autorizada y se espera que el próximo mes de julio se realice el ajuste de metas ante la SHCP.

4	NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	78.4	3.532	4.504	67.5	2.721	4.034	-811	77.0	-470	89.6
---	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	------	------

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 86.1% que lo sitúa en el semáforo color rojo. Lo anterior derivado de que algunos pacientes que fueron referidos al Instituto para su atención médica, no presentaban una patología respiratoria que ameritara seguimiento en el tercer nivel de atención, por lo que fueron referidos a otras instituciones.
Saturación de las agendas de consulta de primera vez con casos que no ameriten seguimiento en el tercer nivel de atención y retraso en la valoración de casos con patología respiratoria que ameriten valoración médica en el Instituto.
Reforzar el cumplimiento de los criterios de aceptación de pacientes en el Instituto a través de la hoja de referencia.

5	NCG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	51.0	2.241	4.390	45.5	2.062	4.528	-179	92.0	138	103.1
---	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	-----	-------

El indicador presenta una meta alcanzada de 45.5 de proporción de consultas de primera vez respecto a las preconsultas. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 89.2 por ciento, situando al indicador en semáforo color rojo.
No se presentan riesgos para la población.

6	NCH	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA GERIATRICA										
---	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7	NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA	47.0	1.617	3.437	52.2	1.607	3.078	-10	99.4	-359	89.6
---	-----	---	------	-------	-------	------	-------	-------	-----	------	------	------

Durante el periodo enero-junio de 2018, se sumo en 5.2%, lo anterior debido a que el filtro 0 de la preconsulta ha permitido que los pacientes que llegan a dicha consulta son candidatos a apertura de expediente, ya que cumplen con los criterios de atención especializada en enfermedades del sistema nervioso.
No existe ningún riesgo para los pacientes ni para la institución ya que el número de consultas está en relación a la demanda.
Continuar con la supervisión para el correcto llenado de los formatos fuente.

8	NCZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	74.9	2.913	3.890	40.4	2.740	6.788	-173	94.1	2.898	174.5
---	-----	---------------------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	-------	-------

Se otorgaron 6,788 preconsultas y 2,740 consultas de primera vez, el resultado del indicador es de 40.4, con una variación absoluta de -34.5 y porcentual de 53.9, por lo que el semáforo está en rojo.
Esta variación absoluta del -34% es atribuible a la mejora en el llenado de los formatos para su captura. Por otro lado en este periodo se consideró de primera vez solo aquellos casos de apertura de expediente en apego a la ficha técnica correspondiente.

9 NDE INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA 49.0 1,883 3,840 66.1 2,061 3,116 178 109.5 -724 81.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 67.1 por ciento que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que no todos los pacientes que acuden al Instituto cumplen con los requisitos de admisión establecidos por el IMRUI, tanto en Preconsulta como en Consultas de Primera vez, aunado a lo anterior con las nuevas políticas de ingreso, a los pacientes se les solicita constancia de no derechohabencia del ISSSTE o del IMSS ya que de ser atendidos se les ubica en el nivel 6 del tabulador vigente, lo que ocasiona que ya no continúen con su atención, impactando en el número de consultas de primera vez y subsiguientes.

No existe ningún riesgo para la población ya que al no reunir los criterios de aceptación en esta Institución, que se avoca a la atención especializada de casos con factores de alto riesgo, las pacientes pueden acceder a servicios de salud de segundo nivel de atención.

Gracias a que los criterios de aceptación de pacientes se encuentran claramente definidos en la página Institucional, las pacientes que solicitan la valoración los cumplen en su mayoría.

10 NDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION 68.3 9,244 13,537 45.8 5,832 12,735 -3,412 63.1 -802 94.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 57.1 por ciento que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo debido a que no todos los pacientes que acuden al Instituto cumplen con los requisitos de admisión establecidos por el IMRUI, tanto en Preconsulta como en Consultas de Primera vez, aunado a lo anterior con las nuevas políticas de ingreso, a los pacientes se les solicita constancia de no derechohabencia del ISSSTE o del IMSS ya que de ser atendidos se les ubica en el nivel 6 del tabulador vigente, lo que ocasiona que ya no continúen con su atención, impactando en el número de consultas de primera vez y subsiguientes.

Derivado de los resultados obtenidos en el indicador para el periodo de reporte, no existe riesgo para la población especializada de casos con factores de alto riesgo, las pacientes pueden acceder a servicios de salud de segundo nivel de atención.

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 NOV INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA 60.3 31,235 51,758 50.3 25,819 51,306 -5,416 82.7 -452 99.1

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 88.7 por ciento, que lo sitúa en semáforo rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a una sobreestimación en ambas variables además de una disminución en la demanda de consulta externa.

Disminución en el número de consultas debido a situaciones multifactoriales (sociales, económicas y de salud principalmente).

Mantener la atención ambulatoria especializada de pacientes que acuden al HIMFG; así como fortalecer la política de "Cero rechazo".

12 W00 INSTITUTO DE GINECOLOGIA 60.3 31,235 51,758 50.3 25,819 51,306 -5,416 82.7 -452 99.1

13 N8G HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO 31.9 2,202 6,903 28.3 1,920 6,786 -282 87.2 -117 98.3

SUB TOTAL 60.3 31,235 51,758 50.3 25,819 51,306 -5,416 82.7 -452 99.1

LA ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA DE 1a. VEZ QUE SE OTORGÓ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE FUE 100.0%, CONTRA LA META PROGRAMADA 100.0%, SU CUMPLIMIENTO FUE 100.0% QUEDANDO EN SEMÁFORO VERDE. SE OTORGARON 3,882 CONSULTAS MENOS RESPECTO QUE LAS PROGRAMADAS (-15.2%).

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 97.5 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. La variación se debió a la disminución desde 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 HAY RIESGO

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

Se continuará la comunicación con los Institutos y Hospitales Federales y Secretaría de Salud de la Ciudad de México de la situación actual del Hospital.

NO EXISTE RIESGO PARA LA POBLACIÓN POR QUE SE ATIENDE A CUANTIA PERSONA DEMANDE LA ATENCIÓN SIN DISCRIMINAR NI DICTAMINAR PREVIAMENTE EL REQUERIMIENTO SENTIDO DEL PACIENTE.

Diferimiento para la atención de padentes en consulta de primera de especialidad.

Derivar a padentes que no requieren de segundo médicos de alta especialidad a un segundo nivel de atención.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 95.2% en la proporción de consulta de primera vez respecto a preconsultas, con relación a la meta programada 75%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.

La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 14.2% en el número de preconsultas otorgadas y del 8.7% en el número de consultas de primera vez. Estos resultados se debieron a que los pacientes demandaron un mayor número de atenciones del servicio de preconsulta, derivando a 4,703 padentes que requirieron continuar su atención de consulta de especialidad de primera vez.

18 HIC HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO 0.0 0 0 0.0 0 0 0.0 0 0.0 0

17 HMM HOSPITAL DE LA MUJER 7.2 167 2,325 7.7 177 2,306 10 106.0 -19 99.2

EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO PRESENTA UN CUMPLIMIENTO SUPERIOR A LO PROGRAMADO EN 6.9% LO QUE COLOCA AL INDICADOR EN SEMÁFORO AMARILLO.

19 NAW HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO 75.0 4,326 5,768 71.4 4,703 6,586 377 108.7 818 114.2

SUB TOTAL 89.9 36,210 40,277 87.5 31,776 36,330 -4,434 87.8 -3,947 90.2

NBR	HRAE BAJO	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NBR	HRAE OXACA	70.0	928	1,326	0.0	0	0	-928	0.0	-1,326	0.0	0	0	0	0.0

21	NBR	HRAE OXACA	70.0	928	1,326	0.0	0	0	-928	0.0	-1,326	0.0	0	0	0.0	
22	NBS	HRAE YUCATAN	89.0	1,932	2,172	95.7	1,728	1,806	-204	89.4	-366	83.1	<p>CAUSA: AL CIERRE DEL PERIODO ENERO-JUNIO DEL AÑO 2018 EL INDICADOR ALCANZO UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL 107.5% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA, CON UNA SEMAFORIZACION AMARILLA Y CLARA MEJORA CON RESPECTO AL VALOR ALCANZADO EN EL TRIMESTRE ANTERIOR. EL SERVICIO DE PRECONSULTA REPORTO AUMENTO DE DEMANDA DE ATENCIONES A PACIENTES PARA VALORACION. EL SERVICIO FUNCIONA COMO FILTRO DE ATENCIONES DE LOS CUALES SE VALORA LA PERMANENCIA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD. POR OTRO LADO, LA APERTURA DE EXPEDIENTES ÚNICAMENTE SE REALIZA A LOS PACIENTES QUE SON ACEPTADOS PARA PROTOCOLOS DIAGNOSTICOS Y SEGUN LA DISPONIBILIDAD DE LA ESPECIALIDAD EN EL HRAEPY, FACTORES RELACIONADOS CON EL INDICADOR Y SU RESULTADO.</p>			
													LA APERTURA DE EXPEDIENTES CONSIDERADOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA CONSTRUCCION DEL INDICADOR ÚNICAMENTE SE REALIZA A LOS QUE SON ACEPTADOS EN EL HOSPITAL EN BASE A SEGUIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS			POR OTRO LADO, LA APERTURA DE EXPEDIENTES ÚNICAMENTE SE REALIZA A LOS PACIENTES QUE SON ACEPTADOS PARA PROTOCOLOS DIAGNOSTICOS Y SEGUN LA DISPONIBILIDAD DE LA ESPECIALIDAD EN EL HRAEPY, FACTORES RELACIONADOS CON EL INDICADOR Y SU RESULTADO.

23	NBT	HRAE VICTORIA	85.0	1,143	1,345	65.9	742	1,126	-401	64.9	-219	83.7	<p>Se alcanza el 77.5% de la meta planeada quedando su cumplimiento en semafORIZACION roja. 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.</p>		
													Se trabaja en el fortalecimiento de la referencia por las instituciones de salud del Estado y en contar con la plantilla de personal completa para otorgar la atención especializada que se requiere, así como en la implementación de campañas médicas.		

24	NBU	HRAE XTAPALUCA	94.0	7,055	7,506	87.1	7,112	8,169	57	100.8	663	108.8	<p>EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 87.1% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE -6.9 DEL ORIGINAL. LO QUE UBICA AL SEMAFORO EN COLOR AMARILLO.</p>		
													El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 81.7%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, esto se debió a consecuencia, que para el Centro Regional de Alta Especialidad se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencias de aceptación de pacientes atendiendo las patologías acorde a la cartera de servicios.		

25	M7A	CRAE CHIAPAS	71.5	2,136	2,988	58.4	2,024	3,463	-112	94.8	475	115.9	<p>El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 81.7%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, esto se debió a consecuencia, que para el Centro Regional de Alta Especialidad se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencias de aceptación de pacientes atendiendo las patologías acorde a la cartera de servicios.</p>		
													Se trabaja en el fortalecimiento de la referencia por las instituciones de salud del Estado y en contar con la plantilla de personal completa para otorgar la atención especializada que se requiere, así como en la implementación de campañas médicas.		

26	NOS	SERVICIOS DE ATENCION PERIQUINATICA	86.0	13,194	15,337	79.7	11,606	14,564	-1,588	88.0	-773	95.0	<p>El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 81.7%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, esto se debió a consecuencia, que para el Centro Regional de Alta Especialidad se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencias de aceptación de pacientes atendiendo las patologías acorde a la cartera de servicios.</p>									
27	M7B	CENTROS DE INTERACCION INTEGRAL	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	<p>El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 81.7%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, esto se debió a consecuencia, que para el Centro Regional de Alta Especialidad se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencias de aceptación de pacientes atendiendo las patologías acorde a la cartera de servicios.</p>									
28	M7C	CENTROS DE INTERACCION INTEGRAL DE LA FAMILIA	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	<p>El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 81.7%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, esto se debió a consecuencia, que para el Centro Regional de Alta Especialidad se han mejorado los mecanismos de referencia y contrarreferencias de aceptación de pacientes atendiendo las patologías acorde a la cartera de servicios.</p>									
		TOTALES	75.1	639	1,073	67.7	69,201	102,200	-11,438	85.8	-5,172	95.2	75.1	639	1,073	67.7	69,201	102,200	-11,438	85.8	-5,172	95.2