

Don't R

INDICADOR 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

INDICADOR	ENTIDAD	ORIGINAL			ALCANZADO			DIFERENCIAS			OTROS MOTIVOS	
		INDICADOR V10	V20	INDICADOR V1A	V2A	V1A-V10 1A/(V10X100)	V2A-V20 2A/(V20X100)	V2A-V1A 3A/(V10X100)	CAUSA			
1	MJE INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA	11.9	311	2,622	11.4	289	2,358	-42	86.5	-264	89.9	0
2	NBV INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	59.7	1,416	2,373	60.1	1,397	2,323	-19	98.7	-50	97.9	0
3	NCA INSTITUTO NACIONAL DE CARBONOLOIA "IGNACIO CHAVEZ"	20.0	542	2,713	36.5	705	1,933	163	130.1	-780	71.2	0
4	NCD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	40.0	1,105	2,764	40.6	1,092	2,691	-13	98.8	-73	97.4	0
5	NGG INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	40.7	839	2,061	46.7	974	2,084	135	116.1	23	101.1	0
6	NOI INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA ESTOMACAL											
7	NCK INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRUGIA	59.0	795	1,347	63.0	853	1,354	58	107.3	7	100.5	0
8	NCZ INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	47.0	1,141	2,428	66.7	1,501	2,250	360	131.6	-178	92.7	0
9	NDE INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	15.7	271	1,727	18.5	270	1,459	-1	99.6	-268	84.5	0
10	NDF INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	3.5	221	6,301	8.9	441	4,929	220	199.5	-1,372	78.2	0
11	FDV INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA	0.9										
12	W00 INSTITUTO DE SEMIOTICA											
13	NB6 HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	52.2	1,195	2,290	60.4	1,322	2,187	127	110.6	-103	95.5	0
	SUB TOTAL	29.4	7,836	26,626	37.4	8,824	23,586	988	112.6	-3,058	88.5	0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 95.8% =1114/119*100, que lo sitúa en semáforo color VERDE. Durante los 3 primeros meses de cada año, hay menos asistencia de pacientes referidos de otras instituciones, pero en el segundo trimestre esta asistencia tiende a aumentar, lo cual se espera que contribuya a que el semáforo se mantenga en color verde.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 101.5% 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.

El indicador presenta una meta alcanzada del 46.7 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 rojo.

No se registran riesgo ya que se realizó la reprogramación de este indicador, mediante solicitud de acuerdo en la XCI Reunión de Organo de Gobierno del presente ejercicio.

Si embargo, este indicador depende en gran medida de factores externos, como el tipo de padecimiento de los pacientes referidos. Además, el comportamiento histórico de este indicador es muy fluctuante, lo que hace difícil una programación precisa. En su momento se solicitará la reprogramación de metas del indicador con el fin de mostrar cifras acorde a las actividades que se realizan.

En el periodo enero-mayo de 2018, el Instituto rebasó la meta del indicador programado en 4%, al rebasarse 58 pacientes más referidos de Instituciones Públicas, situación que tuvo que ver con la realización de 7 aperturas de expedientes clínicos más rebasándose la meta del indicador programado.

El resultado del indicador es de 66.7 con una variación absoluta de 19.7 y porcentual de 241.9 por lo que el semáforo está en rojo.

El sistema de referencia y contra-referencia de la COMA y áreas correlacionadas, ha mejorado en el diagnóstico, por lo que se reciben pacientes mejor referidos, cada vez no significan casos de mayor complejidad que implican un mayor costo de la atención integral (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención en la sociedad).

Se abió expedientes a 1,501 pacientes referidos, que representó el 79% de la población recibida por el servicio de Urgencias y Consulta Externa.

La identificación de pacientes en forma oportuna que requieren atención de alta especialidad disminuye el riesgo de complicaciones ya que hay una mejor referencia.

La identificación de pacientes en forma oportuna que requieren atención de alta especialidad disminuye el riesgo de complicaciones ya que hay una mejor referencia.

Al igual que lo comentado en el reporte del primer trimestre de 2018, se reitera que en realidad no se identifican riesgos para la población que se atiende, ya que el número de aperturas a pacientes referidos por instituciones públicas de salud es el mismo que el programado. Por otro lado, la reducción observada en el denominador no tiene afectación a la población, puesto que los criterios y condiciones establecidos para la apertura de expedientes en la institución, se encuentran claramente definidos en la página del Instituto y obviamente se dan a conocer a toda paciente que tiene interés de ingresar al IMSS, previo a su solicitud de cita de valoración.

Las aperturas de expediente a pacientes obstétricas seguirán dependiendo de la ocupación de las camas neonatales.

Se continuará supervisando el proceso

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 95.3 por ciento, que lo sitúa en el semáforo color rojo, como resultado en la tabla del número de pacientes a los que se abrió expediente clínico (se lograron 1,372 pacientes) debido a que quienes no encajaron 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 220 personas más respecto del periodo original.

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.

Disminución en el número de pacientes a quienes se les apertura expediente clínico derivado de la aplicación de lineamientos para dicho procedimiento en consulta externa.

Se reforzará la aplicación de criterios para la aceptación 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	3,364	29,659	14.7	4,041	27,506	677	120.1	-2,153	92.7	EL RESULTADO DEL INDICADOR AL MES DE MAYO FUE DE 14.7%, CONTRA LA META PROGRAMADA 11.3%, SE ALCANZO UN CUMPLIMIENTO DE 130.1%, YA QUE LO UBICA EN SEMAFORO ROJO. EL NUMERO DE PACIENTES REFERIDOS SE INCREMENTO A ESTE PERIODO EN 677 (20.1%), ESTOS PACIENTES QUE ACUDEN SON REQUERIDOS DE ACUERDO A LA DEMANDA DE ATENCION, Y A QUE NO EXISTA UNA BASE DE DATOS O ANTECEDENTES PARA ESTABLECER UNA META, MAS ACOMODE.	SIN RIESGO.	SE CONTINUARA REQUIERENDO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA DEMANDA DE ATENCION Y LA INFRAESTRUCTURA.
----	-----	----------------------------	------	-------	--------	------	-------	--------	-----	-------	--------	------	--	-------------	---

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	68.1	5,646	8,296	57.1	3,726	6,525	-1,920	66.0	-1,771	78.7	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 83.8 por ciento, por lo que lo situa en el semáforo de color rojo. La variación se debió a la disminución desde el mes de enero, de la demanda de pacientes referidos por otras instituciones respecto al programa 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.	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.
----	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------	--------	------	---	--	---

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	5.2	120	2,255	1.7	40	2,331	-80	33.3	36	101.6	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 32.7%, lo que lo situa en semáforo color rojo. Lo anterior se aplica por la presencia de pacientes referidos por otras instituciones que no presentan el formato de referencia-contrareferencia de la Unidad de Procedencia.	Este resultado no representa un riesgo para la totalidad de 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. 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	118	5,653	2.6	152	5,764	34	128.8	111	102.0	EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO PRESENTA UN CUMPLIMIENTO FUERA DE LOS PARAMETROS PROGRAMADOS (MAYOR DEL 100%), LO QUE LO SITUA AL INDICADOR EN SEMAFORO DE COLOR ROJO. NO HAY RIESGO ALGUNO PARA LA POBLACION DADO QUE COMO SE PUEDEN OBSERVAR SE ACEPTA TODA PERSONA REFERIDA, SIN EMBARGO SISTEMATICAMENTE SE MANTIENE UN SESGO DE PROGRAMACION DERIVADO DE LA AUSNCIA DE UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	LAS PACIENTES REFERIDAS DE OTRAS INSTITUCIONES REQUIEREN LA ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA QUE SE OFRECE EN LA UNIDAD.	CONTINUAR CON EL PROGRAMADO.
----	-----	----------------------	-----	-----	-------	-----	-----	-------	----	-------	-----	-------	--	---	------------------------------

18	HJC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	7.1	88	1,234	5.7	73	1,287	-15	83.0	53	104.3	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 80.3%, con una variación absoluta negativa de 1.4 que corresponde a un 5.7% alcanzado, respecto del 7.1% programado, lo que lo situa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que aunque la referencia asertiva ha mejorado considerablemente con los comentarios realizados con algunos hospitales del componente de la DGCIRF predominantemente en el último mes, logrando incrementar el indicador de un 65% en el trimestre pasado hasta el 80.3% actual, logrando el riesgo del primer trimestre, pero se espera que incrementen satisfactoriamente la población de pacientes referidas por otras instituciones de salud, una vez establecidos las barreras de seguridad para su atención con referencia dirigida a la subdirección médica de la unidad.	El riesgo detectado es que sobre pase la capacidad resolutoria de insumos e infraestructura ante el recorte presupuestal del que ha sido objeto la unidad debido a la crisis económica del país con lo que truncaríamos la atención de pacientes referidos con una mala percepción de la calidad de los servicios otorgados.	Se dará seguimiento puntual a los pacientes referidos con comunicación directa y asertiva entre los encargados de las referencias para la detección y el uso oportuno en caso de sobrepasar capacidad instalada y falta de insumos, mismos que quedarán registrados para una adecuada planeación para el ejercicio fiscal siguiente.
----	-----	----------------------------	-----	----	-------	-----	----	-------	-----	------	----	-------	--	--	--

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	3.6	500	13,888	8.8	1,270	14,495	770	254.0	607	104.4	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 244.4% 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 3.6%, que lo situa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 154% en el número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional. Este resultado fue a causa de que las instituciones públicas de salud de procedencia como el Hospital General Cautilán Vicente Villada, Hospital General Escatpec, Hospital General Juárez Centro, Hospital General de Ticomán, Hospital General la Villa, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital General Atzacán, Centro de Salud Dr. Rafael Ramírez Suárez, DIF de Escatpec, y el Hospital General Asapucán, no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad. Además, se continúa recibiendo a pacientes referidos afiliados al Seguro Popular.	Incremento en el diferimiento para otorgar atención de consulta externa y menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos.	Mejorar la programación de metas y continuar con la supervisión del registro, y control en la apertura de expedientes clínicos.
----	-----	---------------------------	-----	-----	--------	-----	-------	--------	-----	-------	-----	-------	---	--	---

SUB TOTAL 16.1 9,836 61,025 16.1 9,302 57,908 -534 94.6 -3,117 94.9

20	MQ	HRAE BAJO	95.0	4,187	4,407	88.0	2,937	3,396	-1,250	70.1	-1,071	75.7	SE ALCANZO 92.6% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA, UBUCANDOSE UN SEMAFORO EN COLOR AMARILLO	SE ESTAN PRIORIZANDO ATENCIONES QUE SE ENCONTRABAN CON DEFERIMIENTO, POR LO QUE NO EXISTE RIESGO PARA LA INSTITUCION.	REUNIONES CON PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA PONER EN MARCHA PROGRAMAS ESTRATEGICOS QUE REQUIEREN ATENCION INMEDIATA COMO "ATENCION CORAZON" Y "CODIGO STROKE".
----	----	-----------	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------	--------	------	--	---	--

21	NR	HRAE OAXACA	55.1	1,100	1,995	59.6	871	1,461	-229	79.2	-534	73.2	De acuerdo a los datos históricos, la información obtenida debe ser acorde con la base de datos que se tiene en el sistema integral, por lo tanto las metas originales tienen un sesgo que no permite dar un resultado favorable para la institución. Ahora bien al verificar los datos arrojados en el periodo de evaluación observamos que la población que atiende el hospital es referida tanto de instituciones públicas y privadas. Asimismo las falas en la captura de datos como los errores en el Sistema Integral no permiten un buen control de la información solicitada.	0	La meta establecida, no fue alcanzada por diferentes causas, las cuales son: sesgo de la información, errores en el sistema integral electrónico, inflación de la meta original con respecto a los años anteriores. Aunado a lo anterior, se ha realizado un filtro correcto de padentes al solicitar una valoración en el hospital.
----	----	-------------	------	-------	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	---	---	--

22	RS	HRAE YUCATAN	23.9	317	1,225	22.8	314	1,380	-3	99.1	155	112.7	CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO ENERO-MAYO DEL AÑO 2018, EL INDICADOR ALCANZO SEMAFORIZACION ROJA, CON UN CUMPLIMIENTO DEL 88% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA Y UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 22%. LA SUPERACION DE LA META PROGRAMADA CONTINUA PRESENTANDOSE POR LA ACEPTACION DE PACIENTES RECIBIDOS EN EL HOSPITAL COMO PACIENTES PARA LA ATENCION DE SU PROCEDIMIENTO DE MANERA SUBSECUENTE EN LOS SERVICIOS DE ATENCION DEL HOSPITAL Y EN LOS QUE SE REQUIERE LA APERTURA DE EXPEDIENTE CLINICO. ES IMPORTANTE COMENTAR QUE LA DIFERENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR QUE UNICAMENTE REPRESENTA DOS PUNTOS PORCENTUALES SE RELACIONA CON LA CANTIDAD DE EXPEDIENTES TOTALES APERTURADOS EN EL PERIODO, EL CUAL SE ENCUENTRA POR ARRIBA DE LA META PROGRAMADA, SITUACION RELACIONADA CON LA ACEPTACION DE PACIENTES. 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 EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LA META EN EL INDICADOR ES LA DISMINUCION EN LA RECEPCION DE PACIENTES A TRAVES DE SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	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.
----	----	--------------	------	-----	-------	------	-----	-------	----	------	-----	-------	---	---	---

23	RT	HRAE VICTORIA	31.6	368	1,166	21.8	218	1,002	-150	59.2	-164	85.9	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 médicos de diversas especialidades como lo son: Geriátrico, Oncología, oftalmología, otorrinolaringología, Hemato Oncología, Cirugía oncológica, Endocrinología y Cirugía General lo que también ha impactado en el indicador. Se alcanza semaforización roja. Se mejoró el % con respecto del trimestre anterior.	Se pone en riesgo el cumplimiento de la función como atención 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 NE1.
----	----	---------------	------	-----	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	---	--	--

24	RSU	HRAE XTAPALUCA	46.3	4,250	9,180	46.3	3,609	7,800	-641	84.9	-1,380	85.0	EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DE 46.3% CON UNA VARIACION DE 0 DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA EL SEMAFORO EN COLOR VERDE. DURANTE ESTE PERIODO EL SERVICIO DE URGENCIAS ESTA SUJETO A REMODELACIONES POR LO QUE SE HA INFORMADO A LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA ZONA DICHA SITUACION, LO QUE HA INCIDIDO DE MANERA NOTORIA, ASI MISMO, SE CONTINUA TRABAJANDO CON LA JURISDICCION SANITARIA EN LA REGIONALIZACION DE LA ATENCION DE PACIENTES.	POBLACION NO ATENDIDA	TRABAJANDO EN CONJUNTO CON LA JURISDICCION SANITARIA DE LA REGION Y CONCLUSION DE LAS OBRAS DE REMODELACION.
----	-----	----------------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	--------	------	--	-----------------------	--

25	MZA	CRAE CHIAPAS	77.2	1,666	2,079	89.9	1,833	2,039	227	114.1	-40	98.1	El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 116.5%, lo que se sitúa en semáforo de color rojo, debido a que se han mejorado los mecanismos de referencia y contrareferencia de los pacientes aceptados al hospital.	0	
----	-----	--------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-----	-------	-----	------	--	---	--

26	NOO	SERVICIOS DE ATENCION PSICUIATRICA	16.1	1,008	6,245	13.1	773	5,896	-235	76.7	-349	94.4	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.4%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color rojo. 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 sistema y debido al periodo vacacional escolar en menores de edad.	Parte de la variación es justificada por la disminución de pacientes enviados por otras Instituciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX) mediante convenio subrogado, esto no representa un riesgo a la población ya que los derechos de los pacientes han sido respetados y en menor medida hospitalización, por lo que se lleva un mejor control del tratamiento en sus unidades.	Fortalecer los convenios subrogados y ampliarlos a otras Instituciones públicas de Salud (Seguro Popular)
----	-----	------------------------------------	------	-------	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	---	--	---

27	NTM	CENTRO DE INVESTACION DIVERSA PSICANALITICO INTEGRAL DE LA FAMILIA	16.1	1,008	6,245	13.1	773	5,896	-235	76.7	-349	94.4			
----	-----	--	------	-------	-------	------	-----	-------	------	------	------	------	--	--	--

28	NTM	SUB TOTAL	26.8	30,508	113,248	27.50	28,691	104,380	-1,827	94.8	-9,538	91.8			
----	-----	-----------	------	--------	---------	-------	--------	---------	--------	------	--------	------	--	--	--

26,80 /