

Ciudad: Santiago
Entidad: Chile

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META				VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
1	INDICADOR Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	69.7	75.4	5.7	108.2			CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/
	VARIABLE 1	4,980	5,063	83.0	101.7			El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 108.2 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Durante el segundo trimestre se incrementó la demanda de pacientes referidos con patologías que requieren la atención de especialidades que brinda el Hospital.
	VARIABLE 2	7,150	6,712	-438.0	93.9			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4/ No hay riesgo toda vez que se atendió a la población usuaria.
								ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/ Se continuará atendiendo la demanda de usuarios que soliciten el servicio, con los recursos disponibles.

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META				VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
2	INDICADOR Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	93.9	97.0	3.1	103.3			CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/
	VARIABLE 1	4,362	3,774	-588.0	86.5			El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 103.3 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. La disminución de los egresos por mejoría se debió a la atención primordial de pacientes con patologías complicadas que generan más días estancia, esto ocasionado por la saturación de tiempos quirúrgicos por la falta de personal de guardia que imposibilita la utilización de quirófanos en el turno vespertino.
	VARIABLE 2	4,645	3,892	-753.0	83.8			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4/ No contar con los recursos necesarios para atender a toda la población que demanda el servicio de especialidad. Saturación del área de urgencias observación.
								ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/ Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que permitan disminuir el promedio de días estancia.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META, COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ES DECIR, LAS EXPLICACIONES O ESCOPIERES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REGISTAR AL CUMPLIMIENTO DEL PERÍODO POR EL PROGRAMA, POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "REGULARIZACIÓN DEL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (VER REGISTRO ANEXO) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.

ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

No. Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META			VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		OBJETIVO (1)	ALCANZADO (2)	RESOLUTA (2) - (1)	(2/1) X 100	(2/1) X 100	
3	Indicador	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	84.7	97.1	12.4	114.6	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final de periodo alcanzo un 114.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo, el resultado de la atención médica especializada que proporciona la Consulta Externa es percibida como satisfactoria para los pacientes que acuden a este servicio.
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales	254	265	11.0	104.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No se presenta riesgo para la población, toda vez que el grado de satisfacción del paciente supera la meta programada.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	300	273	-27.0	91.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará prestando, en la medida de lo posible, la calidad de la atención médica ambulatoria con el fin de mantener la percepción satisfactoria del paciente.
4	Indicador	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	19.6	18.0	-1.6	91.8	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 91.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. El incremento tanto en el total de las sesiones de rehabilitación como en las especializadas, fue debido a la demanda de este servicio por parte de las áreas del Hospital, misma que fue posible atender con el apoyo de estudiantes de servicio de las carreras de Terapia Física y Ocupacional.
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	1,699	2,368	669.0	139.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No existe riesgo para la población debido a que se atendió en tiempo y forma la demanda de estos Servicios.
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	8,651	13,127	4,476.0	151.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará atendiendo la demanda de usuarios que soliciten el servicio, con la finalidad de otorgarles esta última etapa de su proceso de atención, la Rehabilitación pertinente, colaborando así en la mejora de calidad de vida de nuestra población.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERIODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERIODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SOLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

Handwritten signature and initials.

NIB: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Clave entidad/unidad:
Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META			VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	RELATIVA (2/1) X 100		
5	INDICADOR						CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/
	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	100.0	100.0	0.0	100.0		El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, por lo que se sitúa en el semáforo de color verde. El total de procedimientos diagnósticos ambulatorios y de alta especialidad se incrementaron debido principalmente al aumento en la demanda de los procedimientos diagnósticos de rehabilitación, radiología y cirugía.
	FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100						
5	VARIABLE 1	2,613	3,308	695.0	126.6		RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución						El riesgo que se tendría sería que la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos.
	VARIABLE 2	2,613	3,308	695.0	126.6		ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100						Se continuará con la atención de los pacientes de acuerdo a la demanda.
6	INDICADOR						CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/
	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	57.8	62.0	4.2	107.3		El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 107.3 por ciento, por lo que se sitúa en el semáforo de color amarillo. Se registró un incremento en la demanda de este tipo de procedimientos terapéuticos ambulatorios y por consiguiente en los procedimientos de alta especialidad, debido principalmente al aumento en la demanda de las terapias del servicio de rehabilitación por parte de las áreas del Hospital, que fue posible atender con el apoyo de estudiantes de servicio de las carreras de Terapia Física y Ocupacional. Asimismo se tuvo una mayor demanda de procedimientos de estomatología, ortodoncia y de cirugía.
	FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100						
	VARIABLE 1	7,550	11,261	3,711.0	149.2		RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución						El riesgo que se tendría sería que la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos.
	VARIABLE 2	13,061	18,154	5,093.0	139.0		ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100						Se continuará con la atención de pacientes de acuerdo a la demanda.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES. INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR A OBJETIVOS COMPROMETIDOS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES. RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/.

ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

[Handwritten signature]

Clave entidad/unidad:
Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

ENTIDAD:
INSTITUTO NACIONAL DE LA
ENTIDAD

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACIÓN %	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)			
7	INDICADOR Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) FORMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	106.7	6.7	106.7	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 106.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Lo anterior se logró, principalmente por la alta demanda de atención en el servicio de urgencias con respecto a lo programado, además del incremento de la consulta subsecuente, a pesar de que se disminuyó la preconsulta y por consiguiente la consulta de primera vez, por el cierre de algunas agendas durante este periodo, debido a la saturación de tiempos quirúrgicos, por la falta de personal de guardia que imposibilita la utilización de los quirófanos en el turno vespertino.
	VARIABLE 1 Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	109,733	117,060	7,327.0	106.7	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias. Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria de alta especialidad, teniendo que ser referidos a otras instituciones saturando de igual manera sus agendas.
	VARIABLE 2 Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	109,733	109,733	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En urgencias, continuar con la aplicación del sistema TRIAGE y en el caso de la consulta externa continuar con la revisión de la disponibilidad de las agendas de los servicios. Se continúa en trámites para lograr la autorización de la demolición de la Torre de Hospitalización y la construcción de un nuevo edificio que permita ampliar y mejorar la capacidad instalada.

CCINSHAE:
Es una variable programada, por lo tanto no puede cambiar

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) x 100	
8	INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.7	95.8	11.1	113.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 113.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. Los resultados de la atención hospitalaria de las especialidades es percibida como satisfactoria para la gran mayoría de los pacientes.
	VARIABLE 1 Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales	254	272	18.0	107.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No representa riesgo alguno para la población ni para la institución, toda vez que la percepción de la calidad de la atención fue satisfactoria por parte del paciente.
	VARIABLE 2 Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	300	284	-16.0	94.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En la medida de lo posible se continuará otorgando una atención de calidad hospitalaria, para mantener la percepción satisfactoria del usuario.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA. ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema) ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META			VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ADICIONAL (3) - (1)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
9	INDICADOR Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	47.6	19.7	-27.9		41.4	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 41.4 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. A pesar de que se realizan periódicamente acciones de capacitación, y sesiones periódicamente el Subcomité de Revisión del Expediente Clínico, no se cuenta aún con un Expediente Clínico Electrónico en el Hospital, que coadyuve al correcto llenado, en apego a la normatividad vigente. El expediente clínico al ser integrado por un equipo multidisciplinario, es susceptible de errores en el llenado en algún área, se ha identificado que diversos expedientes evaluados conforme a la NOM han obtenido calificaciones entre 90%, 95% y 99% en la evaluación del expediente clínico dado que se identifican el uso de abreviaturas, falta de firmas o cédula profesional del personal de salud, el uso de formatos que omiten criterios de la norma, formatos impresos de un solo lado, entre otras causas.
	VARIABLE 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	728	295	-433.0		40.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Los resultados de este indicador implican un riesgo para la población que atiende la institución ya que se vincula a la atención médica de los usuarios.
	VARIABLE 2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	1,530	1,494	-36.0		97.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se priorizarán las estrategias para mejorar los resultados de la evaluación del expediente clínico: la intervención en aquellas áreas que hayan obtenido resultados mayores al 90, 95 y 99%, favorecerán que una vez que alcancen el 100% de cumplimiento se vean reflejados los resultados en periodos subsiguientes. Se continuará con las estrategias de capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, sobre el uso de los formatos que reúnen los requisitos que exige la norma del expediente clínico. Se establecerá el seguimiento particular a las acciones de mejora de los servicios. Se continuará presentando periódicamente en la Sesión General del Hospital, los resultados de la evaluación del Expediente Clínico de cada caso clínico presentado

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META			VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ADICIONAL (3) - (1)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
10	INDICADOR Porcentaje de auditorías clínicas realizadas FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	0.0	0.0	0.0		0.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ Este indicador se reporta Anualmente.
	VARIABLE 1 Número de auditorías clínicas realizadas	0	0	0.0		0.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
	VARIABLE 2 Número de auditorías clínicas programadas x 100	0	0	0.0		0.0	

CCINSHAE:
Es una variable programada, por lo tanto no puede cambiar

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES CUMPLIMIENTOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA. ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (VER ESQUEMA) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN, ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

Clave entidad/entidad:

Entidad/entidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

COORDINADOR DE INSTITUTOS DE LA ENTIDAD

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META				VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (3) - (1)	RELATIVA (3) / (1) X 100	ABSOLUTA (2) - (1)	RELATIVA (2) / (1) X 100	
11	INDICADOR Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	93.8	116.7	22.9	24.4			CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 124.4 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. Incremento en el indicador fue debido al cierre total de la torre antigua de hospitalización y el esfuerzo realizado por el personal para mantener la mejor atención a la población usuaria. Asimismo se tenía programado 120 camas censables para este año, sin embargo se tuvieron 13 camas menos (107 camas disponibles) principalmente para el área de pediatría, por la falta de presupuesto y de organización no fue posible incrementar el número de camas censables. Por otro lado se registró un incremento en el promedio de días estancia por la complejidad de las patologías presentadas por los pacientes.
	VARIABLE 1 Número de días paciente durante el periodo	20,373	22,600	2,227.0	110.9			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias y una deficiente calidad y seguridad en la atención.
	VARIABLE 2 Número de días cama durante el periodo x 100	21,770	19,367	-2,353.0	89.2			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Priorizar los procedimientos ambulatorios terapéuticos que permitan disminuir el promedio de días estancia.
No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META				VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (3) - (1)	RELATIVA (3) / (1) X 100	ABSOLUTA (2) - (1)	RELATIVA (2) / (1) X 100	
12	INDICADOR Promedio de días estancia FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2}$	4.4	4.7	0.3	106.8			CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 106.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación se debió a la disminución de los egresos con respecto a lo programado, debido a la patología complicada de los pacientes que condicionan un aumento en el promedio de días estancia.
	VARIABLE 1 Número de días estancia	20,511	18,421	-2,090.0	89.8			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias.
	VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios	4,645	3,892	-753.0	83.8			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuarán llevando a cabo reuniones para analizar los casos de pacientes con estancias prolongadas para mantener la disminución de los días estancia.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver anexo 1) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.

INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

Clave entidad/unidad:
Entidad/unidad:

* CONSULTA:
Incrementar DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: ED23 "ATENCIÓN A LA SALUD"

UBB

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

No. de Ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	RESULTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
	INDICADOR					
	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	78.1	68.5	-9.6	87.7	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 87.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La disminución en la consulta de primera vez con respecto a la meta programada se debió al cierre de agendas de preconsulta de especialidades clínicas y quirúrgicas, por la saturación en el calendario quirúrgico. Asimismo, solo se contó con tres trabajadoras sociales en el Servicio de Preconsulta, ya que fue necesario requerir de este recurso humano para cubrir la demanda del Servicio de Urgencias en el turno matutino.
13						RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria de alta especialidad, teniendo que ser referidos a otras instituciones saturando de igual manera sus agendas.
	VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	4,900	4,137	-763.0	84.4	
	VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	6,275	6,042	-233.0	96.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará atendiendo a la población demandante de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.

No. de ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) x 100	
	INDICADOR					
	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	8.7	7.4	-1.3	85.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 85.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación se atribuye a la disminución específica de las Neumonías Asociadas a la Ventilación por el apego al paquete de cuidados preventivos para neumonías, así como Fomento del lavado e higiene de las manos para prevenir infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
14	VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	178	137	-41.0	77.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No hay riesgo toda vez que se logró un menor tiempo de estancia de medios invasivos como ventilador mecánico, control de antibióticos y disminución de complicaciones médicas atribuibles a IAAS.
	VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	20,511	18,421	-2,090.0	89.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Continuar con las capacitaciones de lavado e higiene de manos, medidas de aislamiento y fortalecimiento de los paquetes preventivos para IAAS a todo el personal de salud, martes y jueves de cada semana, con el fin de mantener tasas de infección nosocomial inferiores a lo estimado.
						LOS EFECTOS NOSOCOMIALES LOS DÍAS ESTANCIA ALCANZADOS

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

ALA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA JUSTIFICACIÓN DE LAS VARIACIONES DEBE REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA. POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR "EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (VER ASIGNATURA DEL PP) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

LOS EPISODIOS NOSOCOMIALES
ALCANZADOS DEBEN SER MENOR O
IGUAL A LOS PROGRAMADOS

LOS DÍAS ESTANCIA ALCANZADOS
DEBEN SER MENOR O IGUAL A LOS
PROGRAMADOS

DOS EL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE

Clave entidad/entidad:
Entidad/entidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2019

CCINSHAE
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

ELABORÓ

C.P. ARMANDO PÉREZ FLORES

SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN

TITULAR DE PLANEACIÓN (NOMBRE Y FIRMA)

DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR

TITULAR DE ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZO

NOTA: FAVOR DE ENVIAR ESTE FORMATO EN EXCEL Y ESCANEADO AL MOMENTO DE SU ENTREGA A LA CCINSHAE Y
RUBRICAR CADA UNA DE LAS HOJAS