



Clave entidad/unidad:

NBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CCENSHAD
INGENIEROS DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	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: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	74.0	57.5	-16.5	77.7	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 77.7 por ciento, por lo que lo sitúa 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 censables; 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.
	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	7,544	4,467	-3,077.0	59.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No poder atender la demanda de atención médica de la población.
	VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación	10,194	7,771	-2,423.0	76.2	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Reprogramación de metas de acuerdo al número de camas disponibles, y continuar con el TRIAGE en urgencias.

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
2	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	94.5	97.0	2.5	102.6	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 del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 102.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. La variación en el total de egresos y por consiguiente en el total de egresos por mejoría y curación, se debió principalmente a la disminución de camas por la reubicación de las áreas de la Torre Antigua de Hospitalización a la Torre de Especialidades, derivado del dictamen de la desocupación de la torre antigua.
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	5,439	4,233	-1,206.0	77.8	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Retraso en la atención de usuarios del área de urgencias observación por la saturación del servicio.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	5,754	4,363	-1,391.0	75.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Reprogramación de metas de acuerdo al número de camas disponibles, y continuar con el TRIAGE en urgencias.

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 lógico 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.



Clave entidad/unidad:

HBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

*CORRESPONDE
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (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 FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	84.9	97.7	12.8	115.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador registró un cumplimiento del 115.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. Los resultados del indicador en este periodo reflejan que, la atención ambulatoria especializada otorgada ha sido satisfactoria para la gran mayoría de los usuarios, lo cual va acorde al objetivo establecido del programa.
	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	642	761	119.0	118.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ La variación superior al 10% respecto de la meta original y a la Variable 1 es favorable, no supone riesgo alguno para la población ni para la institución.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados	756	779	23.0	103.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Con base en los resultados del periodo, se considerará modificar la meta para el año 2019, con el objetivo de mantener los procesos ambulatorios en mejora continua.

No. de Ítem	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
4	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	19.6	17.2	-2.4	87.8	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 87.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación en el total de sesiones de rehabilitación realizadas y sesiones especializadas se debió al incremento de pacientes que requirieron terapias con equipo especializado (ultrasonido, diatermia corrientes interferenciales y electroestimulación), y que fue posible atender con el apoyo de pasantes en servicio social y rotaciones de otras instituciones como IPETH, INR y UVM.
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	2,150	2,448	298.0	113.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No existe riesgo. Se otorgaron sesiones de rehabilitación especializada a los pacientes que lo requirieron.
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas	10,950	14,234	3,284.0	130.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se buscará modificar la meta con base en los resultados del 2018 para integrar la Matriz 2019.

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 lógico 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.

16

6



Clave entidad/unidad:

NBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CCINSHAE:
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
5	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	100.0	100.0	0.0	100.0	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 100.0 por ciento, por lo que lo sitúa 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.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	3,598	3,132	-466.0	87.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No se considera riesgo toda vez que se realizaron los procedimientos diagnósticos requeridos
	VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados	3,598	3,132	-466.0	87.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará realizando los procedimientos diagnósticos de alta especialidad que se requieran.
6	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	55.4	55.7	0.3	100.5	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 100.5 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. Se registró un incremento en la realización de procedimientos terapéuticos ambulatorios y por consiguiente en los procedimientos de alta especialidad; 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.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	7,650	10,289	2,639.0	134.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que la demanda de la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados	13,800	18,467	4,667.0	133.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ 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 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 lógico 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.							

18
6



Clave entidad/unidad:

NBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CCINSHAE:
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
7	INDICADOR	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	100.0	91.9	-8.1	91.9	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 período que se reporta tuvo un cumplimiento del 91.9 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Sin embargo se presenta una disminución de la consulta en general debido al cierre de la Torre antigua de hospitalización.
	VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	135,788	124,781	-11,007.0	91.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	135,788	135,788	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ CCINSHAE: Es una variable programada, por lo tanto no puede cambiar
8	INDICADOR	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	85.0	98.3	13.3	115.6	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 del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 115.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. Los resultados del indicador en este período reflejan que la atención hospitalaria especializada otorgada ha sido satisfactoria para la gran mayoría de los usuarios, lo cual va acorde al objetivo establecido del programa.
	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	734	870	136.0	118.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ La variación superior al 10% respecto de la meta original y a la Variable 1 es favorable por lo que no supone riesgo alguno para la población ni para la institución.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados	864	885	21.0	102.4	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Con base en los resultados del período, se considerará modificar la meta para el año 2019, con el objetivo de mantener los procesos hospitalarios en mejora continua.

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 lógico 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.

14/3
B



EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2018

Clave entidad/unidad:

NBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

ACCIONES
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	%	
			(1)	(2)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
9	INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	74.7	30.4	-44.3	40.7	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 40.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La causa de la variación respecto de la meta programada, obedece a que los resultados derivados de la revisión de expedientes clínicos, por el Subcomité del Expediente Clínico del Hospital, reflejan que durante los últimos meses los expedientes evaluados no cumplen cabalmente (al 100%) con los criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, lo cual impacta en el resultado del Porcentaje del indicador y de la Variable 1. Por otro lado, la variación a la alza en los resultados de las Variables 1 y 2 se debe a que el "Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico" se encuentra en proceso de actualización y en tanto no se emita la versión final de este documento normativo, se continúa aplicando la RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Los resultados de este indicador supone un riesgo bajo para la población que atiende la Institución, ya que un número considerable de expedientes no han cumplido al 100% la norma por una diferencia mínima.
	VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	373	491	118.0	131.6	
	VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	499	1,616	1,117.0	323.8	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 95% favorecerán que una vez que alcancen el 100% de cumplimiento se vean reflejados los resultados en periodos subsecuentes. Se continuará con las gestiones necesarias para la actualización del "Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico". Se seguirá realizando la supervisión del expediente clínico por el Subcomité correspondiente y deberán continuar las estrategias de capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, 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.
11	INDICADOR	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	84.7	94.1	9.4	111.1	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 111.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. El resultado del indicador se debe a que se registró una disminución de 178 a 107 camas censables, debido a la reubicación de las áreas de la Torre Antigua de Hospitalización a la Torre de Especialidades por el dictamen de la desocupación de la torre. A pesar de que se habilitaron 23 camas dinámicas más en promedio, definidas como camas no censables que se convierten transitoriamente en censables para cubrir la demanda, registrando al final 130 camas.
	VARIABLE 1	Número de días paciente durante el periodo	27,289	22,158	-5,131.0	81.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Al no contar con el número de camas requeridas para la demanda de pacientes, se prolonga la estancia en el servicio de urgencias y se hace necesaria la referencia de pacientes a otras instituciones.
	VARIABLE 2	Número de días cama durante el periodo	32,218	23,555	-8,663.0	73.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Reprogramación de metas de acuerdo al número de camas disponibles y continuar mejorando el servicio de valoración en urgencias TRIAGE y la Referencia de pacientes.
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 lógico 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.							



EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2018

Clave entidad/unidad:

NBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

COMPRIMIR
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
12	INDICADOR	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	4.8	4.5	-0.3	93.8	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 93.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. La variación se debió a que se llevaron a cabo reuniones con los servicios para analizar los casos de pacientes con estancias prolongadas y lograr la disminución de los días estancia. Además de la disminución en el total de egresos con respecto a lo programado debido a la disminución de camas derivado del dictamen de la desocupación de la Torre Antigua de Hospitalización.
	VARIABLE 1	Número de días estancia	27,661	19,807	-7,854.0	71.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Se logró disminuir el promedio de días estancia por lo que no hay riesgo.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	5,754	4,363	-1,391.0	75.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuarán llevando a cabo reuniones con los servicios para analizar los casos de pacientes con estancias prolongadas y lograr la disminución de los días estancia. Reprogramación de metas de acuerdo al número de camas disponibles, y continuar con el TRIAGE en urgencias.
13	INDICADOR	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.0	90.7	-2.3	97.5	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 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.
	VARIABLE 1	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	6,198	5,259	-939.0	84.8	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No existe riesgo se dio atención a la población que requirió el servicio.
	VARIABLE 2	Número de preconsultas otorgadas en el periodo	6,665	5,801	-864.0	87.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ 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.
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 10g10 4H Pj) 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.</p> <p>ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.</p>							



Coordinación de Proyectos Estratégicos

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2018

Clave entidad/unidad:

HBB

Entidad/unidad:

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

*CCINSHAE:
INGRESAR DATOS DE LA
ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	RENTES (2) - (1)	% (2/1) X 100	
14	INDICADOR Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	6.2	8.6	2.4	138.7	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 período que se reporta tuvo un cumplimiento del 138.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. El incremento en la tasa de infecciones se deriva de la existencia menor del total de Días Estancia. Se mantiene el número de infecciones programadas a pesar del disminución de camas por la desocupación de la Torre de Hospitalización, debido a que los servicios que se reubicaron no impactan en las infecciones que se reportan.
	VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	172	170	-2.0	98.8	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Una mayor exposición a factores como son líneas intravenosas del tipo catéter venoso central, sondas urinarias, intervenciones quirúrgicas; así como apego irregular a las estrategias de prevención y control de infecciones.
	VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte	27,661	19,807	-7,854.0	71.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Capacitaciones sobre lavado e higiene de manos, antisepsia quirúrgica de manos, profilaxis de antibióticos, manejo de asepsia y antisepsia en sitio de inserción de catéteres, sondas y heridas.

VALIDADOR	OBSERVACIÓN DE LAS EXPLICACIONES	CALIFICACIÓN
INDICADOR 1	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 2	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 3	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 4	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 5	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 6	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 7	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR	OK
INDICADOR 8	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 9	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 11	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 12	CORRECTO	OK
INDICADOR 13	DEBERÁ REGISTRAR LAS CAUSAS A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES	OK
INDICADOR 14	CORRECTO	OK

ELABORÓ

DR. SERGIO B. BARRAGAN PADILLA, DIRECTOR DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

TITULAR DE PLANEACIÓN (NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

DR. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR, DIRECTORA MÉDICA
TITULAR DE ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)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