COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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. | | DEFINICION DEL INDICADOR | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | INDICADOR | Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional<br><br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 74.0 | 60.7 | -13.3 | 82.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 82.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo.<br>La variación de pacientes atendidos con respecto a lo programado fue en específico en la preconsulta y en la consulta de primera vez, ocasionado por la disminución en el número de pacientes referidos a nuestra institución, por el cierre de algunas agendas (Ortopedia, Urología, entre otras) debido a la saturación de tiempos quirúrgicos.<br>Este cierre de agendas quirúrgicas es reflejo de la adecuación del área de Cirugía Ambulatoria, como consecuencia de los Sismos del 2017, toda vez que se redujeron los quirófanos disponibles para cirugías de corta estancia, teniéndose que reprogramar cirugías en Quirófano |
| | 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 | 11,498 | 9,233 | -2,265.0 | 80.3 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/<br>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 | Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación | 15,531 | 15,216 | -315.0 | 98.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>Debido a las afectaciones por los sismos el hospital se encuentra rebasado en su oferta de atención, sin tener la posibilidad de incrementar tiempos quirúrgicos y espacios en agendas para atención de pacientes de recién ingreso. 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. |

| No. de Ind. | | DEFINICION DEL INDICADOR | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | INDICADOR | Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación<br><br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 93.2 | 97.4 | 4.2 | 104.5 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 104.5 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo.<br>Se registró un incremento en los egresos hospitalarios y por consiguiente, en mayor proporción, los egresos por mejoría, por la disminución en el promedio de días estancia e incremento en el porcentaje de ocupación en algunas especialidades, además de que se tuvieron que habilitar transitoriamente en promedio 20 camas no censables en censables para cubrir la demanda, registrando al final 127 camas. |
| | VARIABLE 1 | Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación | 7,292 | 8,528 | 1,236.0 | 117.0 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/<br>No contar con los recursos necesarios para atender a toda la población que demanda el servicio de especialidad. Saturación del área de urgencias observación. |
| | VARIABLE 2 | Total de egresos hospitalarios | 7,823 | 8,759 | 936.0 | 112.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapeúticos que permitan disminuir el promedio de dias 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 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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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 | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | INDICADOR | Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 84.9 | 93.2 | 8.3 | 109.8 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador registró un cumplimiento del 109.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. |
| | 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 | 1,284 | 1,409 | 125.0 | 109.7 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ |
| | VARIABLE 2 | Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados | 1,512 | 1,512 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | INDICADOR | Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 19.6 | 16.0 | -3.6 | 81.6 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. El comportamiento a la baja del indicador fue como resultado del incrementó del total de las sesiones de rehabilitación, aunque las sesiones de rehabilitación especializadas fueron en menor proporción. El incremento mencionado se debio a la demanda de este servicio 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. |
| | VARIABLE 1 | Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas | 3,297 | 3,971 | 674.0 | 120.4 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>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 | 16,827 | 24,837 | 8,010.0 | 147.6 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>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 asi 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 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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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. | | DEFINICION DEL INDICADOR | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | INDICADOR | Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 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/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. Se cumplió la meta satisfactoriamente. |
| | VARIABLE 1 | Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución | 7,017 | 6,355 | -662.0 | 90.6 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ |
| | VARIABLE 2 | Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados | 7,017 | 6,355 | -662.0 | 90.6 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | | DEFINICION DEL INDICADOR | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | INDICADOR | Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 56.2 | 58.8 | 2.6 | 104.6 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 104.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo.<br>Se registró un incremento en la demanda de este tipo de procedimientos terapeúticos ambulatorios y por consiguiente en los procedimientos de alta especialidad, debido principalmente al incremento 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. |
| | VARIABLE 1 | Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución | 15,132 | 19,952 | 4,820.0 | 131.9 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>El riesgo que se tendría seria que la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos. |
| | VARIABLE 2 | Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados | 26,912 | 33,945 | 7,033.0 | 126.1 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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 | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | INDICADOR | Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)<br><br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 100.0 | 112.7 | 12.7 | 112.7 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 112.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo.<br>Lo anterior es debido principalmente a la alta demanda de atención en el servicio de urgencias con respecto a lo programado, urgencias adultos , ginecoobstetricia y pediatria, 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 agendas de Urología y Ortopedia por saturación en su calendario quirúrgico, además de la saturación de las agendas de primera vez de otros servicios clínicos y quirúrgicos lo que ha imposibilitado la recepción de |
| | VARIABLE 1 | Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) | 214,864 | 242,259 | 27,395.0 | 112.7 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/<br>El riesgo que se tendría seria 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) | 214,864 | 214,864 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>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 varible programada, por lo tanto no puede cambiar

| No. de Ind | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | INDICADOR | Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos<br><br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 85.0 | 94.4 | 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/<br>El indicador al final del período 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 en este periodo refleja 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 | 1,468 | 1,640 | 172.0 | 111.7 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/<br>La variación superior al 10% respecto de la meta original y a la Variable 1, no supone riesgo alguno para la población ni para la Institución. |
| | VARIABLE 2 | Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados | 1,728 | 1,737 | 9.0 | 100.5 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>Dado que la variación superior al 10% de la meta alcanzada es favorable, ya que refleja una alta percepción de la satisfacción de los usuarios, se continuará con las acciones implementadas para mantener la satisfacción de los usuarios. |

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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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. | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | INDICADOR | Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 75.0 | 14.5 | -60.5 | 19.3 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 19.3 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 |
| | VARIABLE 1 | Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 | 750 | 491 | -259.0 | 65.5 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>Los resultados de este indicador suponen 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 2 | Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional | 1,000 | 3,376 | 2,376.0 | 337.6 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>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. |

| No. de Ind. | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | INDICADOR | Porcentaje de auditorías clínicas realizadas<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 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/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. Se cumplió la meta satisfactoriamente. |
| | VARIABLE 1 | Número de auditorías clínicas realizadas | 1 | 1 | 0.0 | 100.0 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ |
| | VARIABLE 2 | Número de auditorías clínicas programadas x 100 | 1 | 1 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

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.

4/3

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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. | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | INDICADOR | Porcentaje de ocupación hospitalaria<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 90.0 | 94.7 | 4.7 | 105.2 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 105.2 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo.<br>Debido al incremento en la demanda de atención de pacientes principalmente en los servicios de cirugía general, orotopedia, pediatría clínica , neonatología y obstetricia, se requirió habilitar transitoriamente en promedio 20 camas no censables en censables, registrando al final 127 camas censables, lo que ocasionó un incremento en los días pacientes y días cama. |
| | VARIABLE 1 | Número de días paciente durante el período | 35,150 | 43,795 | 8,645.0 | 124.6 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>El riesgo que se tendría seria 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 | Número de días cama durante el período | 39,055 | 46,244 | 7,189.0 | 118.4 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>Privilegiar los procedimientos ambulatorios terapeúticos que permitan disminuir el promedio de dias estancia. |

| No. de Ind. | DEFINICION DEL INDICADOR | | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | INDICADOR | Promedio de días estancia<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 | 4.9 | 4.6 | -0.3 | 93.9 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 93.9por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Se registró un incremento en los egresos hospitalarios por el incremento en el porcentaje de ocupación en algunas especialidades, además de que se tuvieron que habilitar transitoriamente 20 camas no censables en censables para cubrir la demanda, registrando al final 127 camas . |
| | | | | | LOS DÍAS ESTANCIA ALCANZADOS DEBEN SER MENOR O IGUAL A LOS PROGRAMADOS | | |
| | VARIABLE 1 | Número de días estancia | 38,579 | 40,209 | 1,630.0 | 104.2 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>Se logró disminuir el promedio de días estancia por lo que no hay riesgo. |
| | VARIABLE 2 | Total de egresos hospitalarios | 7,823 | 8,759 | 936.0 | 112.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>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. |

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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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 | DEFINICION DEL INDICADOR | | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 13 | INDICADOR | Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas<br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 93.8 | 89.1 | -4.7 | 95.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 95.0 por ciento, por lo que lo situa en el semaforo de color amarillo. 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 lo que restaba del año y que ya no cuentan con espacio para citas de primera vez tales como Medicina Interna y sus subespecialidades (Neurología, Endocrinología, Cardiología, Reumatología), Ginecología y sus diferentes Clínicas, Oftalmología, Ortopedia, Urología, Cirugía General y las diferentes clínicas.<br>La disminución en el número de preconsultas, se debe en parte a lo ya explicado con las agendas quirúrgicas, y a la saturación de las |
| | VARIABLE 1 | Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo | 11,694 | 10,222 | -1,472.0 | 87.4 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/<br>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 preconsultas otorgadas en el periodo | 12,467 | 11,474 | -993.0 | 92.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/<br>Debido a las afectaciones por los sismos el hospital, se encuentra rebasado en su oferta de atención, sin tener la posibilidad de incrementar tiempos quirúrgicos y espacios en agendas para atención de pacientes de recién ingreso. 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. |

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

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. | | DEFINICION DEL INDICADOR | META ORIGINAL (1) | META ALCANZADO (2) | VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1) | VARIACIÓN % (2/1) X 100 | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | INDICADOR | Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)<br><br>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000 | 6.2 | 7.9 | 1.7 | 127.4 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/<br>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 135.5 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 mayor del total de episodios de infecciones nosocomiales, por procesos irregulares de desinfección de ventilación mecánica, apego deficiente al lavado de manos y de antisepsia quirúrgica de manos. Asimismo los días estancia se incrementaron debido a que se tuvieron que habilitar transitoriamente 20 camas no censables en censables para cubrir la demanda, registrando al final 127 camas . |
| | | | | | LOS EPISODIOS NOSOCOMIALES ALCANZADOS DEBEN SER MENOR O IGUAL A LOS PROGRAMADOS | | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ |
| | VARIABLE 1 | Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte | 238 | 318 | 80.0 | 133.6 | Estancias hospitalarias prolongadas y mayor uso de antibióticos. |
| | | | | | LOS DÍAS ESTANCIA ALCANZADOS DEBEN SER MENOR O IGUAL A LOS PROGRAMADOS | | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |
| | VARIABLE 2 | Total de días estancia en el periodo de reporte | 38,579 | 40,209 | 1,630.0 | 104.2 | Reforzar y capacitar sobre los procesos de desinfección de alto nivel de los equipos de ventilación, incluidos hojas y mangos de laringoscopios, supervisión de antisepsia quirúrgica de manos y profilaxis de antibióticos, capacitación de lavado de manos. |

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.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

*EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2018*

Clave entidad/unidad: NBB

Entidad/unidad: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

* CCINSHAE: INGRESAR DATOS DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

| 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 CAUSA A LAS VARIACIONES CON RESPECTO DEL INDICADOR | 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 | EL INDICADOR SE ALCANZÓ DE ACUERDO A LO PROGRAMADO | 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 Y SUS VARIABLES, ASÍ COMO EL RIESGO Y LAS ACCIONES | 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 10 | EL INDICADOR SE ALCANZÓ DE ACUERDO A LO PROGRAMADO | 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 | LOS DÍAS ESTANCIA ALCANZADOS DEBEN SER MENORES O IGUALES A LOS PROGRAMADOS | CORREGIR |
| 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 | TANTO EL NUMERO DE EPISODIOS COMO LOS DÍAS DE ESTANCIA ALCANZADOS DEBEN SER MENORES O IGUALES A LOS PROGRAMADOS | CORREGIR |

ELABORÓ

DR. ERICK ALEJANDRO RODRÍGEZ ORDÓÑEZ SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN

TITULAR DE PLANEACIÓN (NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR DIRECCIÓN 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