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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	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 clinico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	62.9	54.2	-8.7	86.2	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 54.2 por ciento en comparación con la meta programada del 62.9 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 86.2 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio de los 4,610 pacientes referidos por instituciones públicas programados, sólo a 2,262 pacientes se les aperturó expediente; de igual manera de los 7,327 pacientes programados para apertura de expedientes, solo se aperturó a 4,172 pacientes. Lo anterior se debió a la suspensión de servicio de la Consulta Externa a partir del 23 de marzo que entró en vigor el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), ya que únicamente se aperturaron expedientes clínicos en hospitalización derivados de urgencias.
	VARIABLE 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clinico institucional en el periodo de evaluación	4,610	2,262	-2,348.0	49.1	**RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/** No se identifica riesgo para la población usuaria, toda vez que se le da atención inmediata, en caso de urgencia en el área correspondiente.
	VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clinico en el periodo de evaluación	7,327	4,172	-3,155.0	56.9	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** En el momento actual por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo no es posible iniciar actividades por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas, se trabaja en el plan de Des reconversión para cuando la situación lo permita.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de		DEFINICION DEL INDICADOR	META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
2	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.3	92.0	-1.3	98.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 92 por ciento en comparación con la meta programada del 93.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 98.6 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE:AUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al final del período de reporte a junio de los 3,993 egresos hospitalarios programados, solo se registraron 2,937 egresos; y por consiguiente se tuvo una disminución en los egresos por mejoría, ya que de los 3,724 programados que egresarían por mejoría, solo egresaron 2,702 pacientes. La variación que se registró fué debido a que este nosocomio fue declarado Hospital "Híbrido", debido a la pandemía por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), realizando adecuaciones en nuestra estructura hospitalaria para dividir los puntos de atención COVID y NO COVID, por lo que fueron suspendidas las cirugías programadas, y en el mes de mayo y junio se contó con 93 camas censables de las 107 y 85 camas no censables de las 103 programadas. Se destinaron 83 camas para atención de pacientes COVID: 35 camas no censables y 48 camas censables.
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	3,724	2,702	-1,022.0	72.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El riesgo para la población no contar con los recursos necesarios para la atención de los pacientes que demandan los servicios de hospitalización.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	3,993	2,937	-1,056.0	73.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención a pacientes a través de Urgencias de acuerdo a la disponibilidad de los recursos necesarios para su atención.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: N88

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR		META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (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 porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.7	80.6	-4.1	95.2	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 80.6 por ciento en comparación con la meta programada del 84.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 95.2 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE:AUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Este indicador no tuvo avance, reportándose lo de marzo, debido a que durante los meses de abril, mayo y junio se suspendieron las encuestas de satisfacción dirigida a los pacientes, por la cancelación del servicio de la Consulta Externa derivado de las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS CoV2 (COVID-19).
	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	129	-125.0	50.8	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.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	300	160	-140.0	53.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con las encuestas de satisfacción a la población usuaria, en el momento en lo determine la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad determinen el reinicio de la apertura de los servicios.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NB3

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR		META ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
4	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	19.6	17.2	-2.4	87.8	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 17.2 por ciento en comparación con la meta programada del 19.6 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 87.8 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio, de 2,150 sesiones de rehabilitación especializada programadas, solo se realizaron 1,234 sesiones; y del total de 10,950 sesiones de rehabilitación programadas, solo realizaron 7,169 sesiones. Esto debido a las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), por el cierre de la Consulta Externa se suspendieron estudios de electrodiagnóstico y sesiones de terapia física, ocupacional, biofeedback y del lenguaje. Actualmente el enfoque de la atención de rehabilitación es en pacientes hospitalizados, tanto COVID como NO COVID.
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	2,150	1,234	-916.0	57.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Derivado de la falta de continuidad de las sesiones de rehabilitación de los pacientes de Consulta Externa, se corre el riesgo de que la reintegración de los pacientes ambulatorios sea tardía y tenga consecuencias, sociales, laborales y familiares.
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	10,950	7,169	-3,781.0	65.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Sin embargo en el momento actual, por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo, no es posible iniciar actividades por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NSB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

o. de In		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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 100 por ciento en comparación con la meta programada del 100 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 100 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE:AUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el periodo del reporte a junio de 2,918 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad programados, solo se realizaron 921 de este tipo de procedimientos; y del total de 2,918 procedimientos diagnósticos ambulatorios programados, se realizaron 921 procedimientos, esto debido a las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), ya que durante los meses de abril, mayo y junio únicamente se realizaron algunos procedimientos ambulatorios de Cirugía, Ortodoncia y Radiología. Se suspendieron procedimientos de diagnósticos ambulatorios de rehabilitación y Estomatología en Consulta Externa.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	2,918	921	-1,997.0	31.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados	2,918	921	-1,997.0	31.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En el momento actual por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo no es posible iniciar actividades por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas, se trabaja en el plan de Desconversión para cuando la situación lo permita.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: N38

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de		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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	56.5	56.7	0.2	100.4	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 56.7 por ciento en comparación con la meta programada del 56.5 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 100.4 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE:AUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio, de 7,918 procedimientos terapéuticos de alta especialidad programados, solo se realizaron 5,227 de este tipo de procedimientos; y de 14,018 procedimientos totales terapéuticos programados, únicamente se realizaron 9,214 procedimientos. Debido a las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), ya que durante los meses de abril, mayo y junio únicamente se realizaron algunos procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad en Cirugía e Infectología. Se suspendieron procedimientos de diagnósticos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad de Rehabillitación e Imagen, Estomatología, Ortodoncia y Pediatría, debido al cierre de Consulta Externa.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	7,918	5,227	-2,691.0	66.0	**RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/** Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria de alta especialidad.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	14,018	9,214	-4,804.0	65.7	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Actualmente por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo, no es posible iniciar actividades, por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas, se trabaja en el plan de Des-reconversión para cuando la situación lo permita.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

o. de In	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 (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.7	49.0	-50.7	49.1	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 49 por ciento en comparación con la meta programada del 99.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 49.1 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el periodo del reporte a junio, de las 130,424 consultas programadas, solo se realizaron 63,851 consultas, debido a la suspensión del servicio de la Consulta Externa a partir del 23 de marzo 2020, que entró en vigor el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Únicamente se dieron algunas consultas como seguimiento de pacientes postoperados de urgencias. En Urgencias se atendieron solamente a pacientes COVID y a pacientes con patologías complicadas.
	VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	130,031	63,851	-66,180.0	49.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Disminución en la oportunidad de recibir atención médica de alta especialidad.
	VARIABLE 2	Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	130,424	130,424	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En el momento actual, por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo, no es posible iniciar actividades por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas, se trabaja en el plan de Des-reconversión para cuando la situación lo permita.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR			META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (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 porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100		84.7	81.2	-3.5	95.9	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 81.2 por ciento en comparación con la meta programada del 84.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 95.9 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE:AUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el periodo del reporte a junio, de 300 encuestas programadas, solo se realizaron 276 y por lo consiguiente solo 224 usuarios manifestaron su calificación de satisfacción, de 254 usuarios programados, cuyos resultados de la atención hospitalaria de las especialidades y subespecilidades es percibida como satisfactoria para la gran mayoría de los pacientes. La variación en la meta se debe a que hasta el mes de junio se comenzaron a realizar encuestas de satisfacción debido a la suspensión de las encuestas durante los meses de abril y mayo por la reconversión hospitalaria y a las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS CoV2 (COVID-19).
	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	224	-30.0	88.2	**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.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados		300	276	-24.0	92.0	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Se continuará con el monitoreo de la atención que proporcionan las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas en el área de Hospitalización, cuando la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad determinen el reinicio de la apertura de todos los servicios.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INSHAE

Clave entidad/unidad: NBB

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR		META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
9	INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	31.0	23.1	-7.9	74.5	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 23.1 por ciento en comparación con la meta programada del 31 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 74.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Este indicador no tuvo avance, reportándose lo de marzo, debido a que durante los meses de abril, mayo y junio no se revisaron expedientes clínicos por la reconversión hospitalaria y a las medidas preventivas que se implementaron para la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS CoV2 (COVID-19).
	VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	480	126	-354.0	26.3	**RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/** Los resultados de este indicador implican una probabilidad de 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	1,549	545	-1,004.0	35.2	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Una vez que concluya la Contigencia por SARS-CoV2 (COVID-19) se promoverá en aquellas áreas que hayan obtenido resultados mayores al 90%, 95% y 99% que los jefes de Servicio favorezcan acciones para alcanzar el 100% de cumplimiento. 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 reunen los requisitos que exige la norma del expediente clínico. Se establecerá el seguimiento particular a las acciones de mejora de los servicios médicos. Las Sesiones del Subcomité de revisión de Expediente Clínico se reiniciarán en el momento en que la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General lo determinen.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de		DEFINICION DEL INDICADOR	META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
10	INDICADOR	Porcentaje de auditorías clínicas realizadas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	0.0	0.0	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 0 por ciento en comparación con la meta programada del 0 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 0 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color . NO hubo variación en el indicador y NO hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MAXIMO 5 RENGLONES):
	VARIABLE 1	Número de auditorías clínicas realizadas	0	0	0.0	0.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ CONSECUENCIAS INSTITUCIONALES O DAÑO A LA POBLACIÓN (MÁXIMO 5 RENGLONES)
	VARIABLE 2	Número de auditorías clínicas programadas x 100	0	0	0.0	0.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES)

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR		META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACION ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACION % (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
11	INDICADOR	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.0	102.7	8.7	109.3	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 102.7 por ciento en comparación con la meta programada del 94 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 109.3 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. SI hubo variación en el indicador y NO hubo variación en variables. Al final del periodo de reporte a junio, de los 18,402 días pacientes programados, se registraron 19,132 días paciente; y de los 19,581 días cama programados, se registraron 18,620 días cama; debido a la pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), el Hospital fué declarado Hospital "Híbrido" a partir del segundo trimestre, realizando adecuaciones en nuestra estructura hospitalaria para dividir los puntos de atención COVID y NO COVID, suspendiendo la cirugía programada y Consulta Externa. En el mes de mayo y junio se contó con 93 camas censables de las 107 y 85 camas no censables de las 103 programadas, de estas últimas aunque disminuyeron en número, se destinaron a la atención de pacientes críticos; 35 de pacientes COVID y 8 pacientes No COVID, es decir, de 10 camas de Terapia Intensiva Adultos con que contabamos previo a la contingencia se aumentó en un 300% con un incremento en los días estancia, de 4.4 a 6.0. Se destinaron un total de 83 camas para atención de pacientes COVID: 35 camas no censables y 48 camas censables. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se registró una ocupación del 100% de las camas que fueron designadas al COVID-19, con un
	VARIABLE 1	Número de dias paciente durante el período	18,402	19,132	730.0	104.0	**RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/** El riesgo que se tendría seria que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población, en particular de aquellas con problemas respiratorios graves. Saturación del servicio de observación urgencias y una deficiente calidad y seguridad en la atención.
	VARIABLE 2	Número de dias cama durante el período	19,581	18,620	-961.0	95.1	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Se continuará priorizando la atención de los pacientes con patologías complicadas en la medida de lo posible.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

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
12	INDICADOR	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	4.4	6.0	1.6	136.4	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un promedio de 6 en comparación con la meta programada de 4.4, representa un cumplimiento de la meta del 136.4 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al final del período de reporte a junio, de los 17,698 días estancia programados, se registraron 17,483 días estancia; y de los 3,993 egresos programados se registraron 2,937 egresos; la variación se debió principalmente a la complejidad de la patología presentada por los pacientes, y que el Hospital fué declarado Hospital "Híbrido" a partir del segundo trimestre, por la pandemía del virus SARS-CoV2 (COVID-19), recibiendo pacientes tanto de COVID-19 como NO COVID. Se destinaron 83 camas para atención de pacientes COVID: 35 camas no censables y 48 camas censables. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se registró una ocupación del 100% de las camas que fueron designadas al COVID -19 , con un promedio de estancia de 28 días; asímismo, en el Pabellón COVID19 terapia intermedia el porcentaje de ocupación fue del 62% y 16 de promedio de días estancia. En el área de Medicina Interna el porcentaje de ocupación fue del 81.75% y el promedio de días estancia de las camas designadas a COVID-19 fue del 9.9 días. En el área Urgencias sección IRAG el porcentaje de ocupación fué del 120% con un promedio de 14 días de estancia.
	VARIABLE 1	Número de días estancia	17,698	17,483	-215.0	98.8	**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.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	3,993	2,937	-1,056.0	73.6	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Se continuará priorizando la atención de los pacientes con patologías complicadas en la medida de lo posible.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Clave entidad/unidad: NBB

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

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	DEFINICION DEL INDICADOR		META ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	VARIACIÓN ABSOLUTA (2) - (1)	VARIACIÓN % (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
13	INDICADOR	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.7	119.5	24.8	126.2	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 119.5 por ciento en comparación con la meta programada del 94.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 126.2 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al final del período de reporte a junio, de las 5,608 preconsultas programadas únicamente se otorgaron 1,786 preconsultas, y por consiguiente de 5,310 consultas de primera vez programadas, se realizaron 2,134 consultas de primera vez; la variación se debió a la suspensión del servicio de la Consulta Externa a partir del 23 de marzo que entró en vigor el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Únicamente se dieron algunas consultas en Clínica del dolor, Psiquiatría y Salud Mental e Infectología, así como seguimiento de pacientes postoperados de urgencias.
	VARIABLE 1	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	5,310	2,134	-3,176.0	40.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Disminución en la oportunidad de recibir atención médica de alta especialidad.
	VARIABLE 2	Número de preconsultas otorgadas en el periodo	5,608	1,786	-3,822.0	31.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En el momento actual por las medidas determinadas por el Gobierno Federal y por encontrarse la Ciudad de México en semáforo rojo no es posible iniciar actividades por lo que seguramente se continuará sin alcanzar las metas, se trabaja en el plan de Des reconversión para cuando la situación lo permita.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2020

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

INSHAE

Clave entidad/unidad: N9B

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

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de	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) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	9.4	5.7	-3.7	60.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 5.7 por ciento en comparación con la meta programada del 9.4 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 60.6 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al final del período de reporte a junio, de los 167 episodios de infecciones nosocomiales programados, únicamente se registraron 99 episodios por la disminución de infecciones de sitio quirúrgico y diarreas por Clostridium Difficile, se mantienen en control las infecciones de vías urinarias relacionadas a sonda vesical; asimismo es importante mencionar que el hospital fué declarado Hospital "Hibrido" por la pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) SARS , por lo que diminuyeron las camas censables de 107 a 93 camas, lo que ocasionó una disminución de los egresos y por consiguiente de las infecciones nosocomiales a pesar de que se incrementó el promedio de los días estancia de los pacientes hospitalizados.
	VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	167	99	-68.0	59.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No hay riesgo toda vez que se registró una disminución en las complicaciones médicas atribuibles a IAAS, y se continua con abasto intermitente de insumos necesarios para higiene oral con clorhexidina en los pacientes con ventilación mecánica, disminución del apego a lavado de manos con agua y jabón.
	VARIABLE 2	Total de dias estancia en el periodo de reporte	17,698	17,483	-215.0	98.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Reforzamiento y capacitación de lavado de manos con agua y jabón, así como la desinfección de guantes e higiene de manos, garantizar y mantener los insumos de clorhexidina para enjuage orofaringeo y de higiene genital y continuar con medidas de aislamiento y fortalecimiento de los paquetes preventivos para IAAS a todo el personal de salud.

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.

ELABORÓ Y VALIDÓ

DRA. IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR DIRECTORA MÉDICA

TITULARA DEL ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

REVISÓ Y RECIBIÓ DE CONFORMIDAD

L.C. ARMANDO PÉREZ FLORES SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN

TITULAR DE ÁREA PLANEACIÓN O EQUIVALENTE(NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

DR. OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR GENERAL O EQUIVALENTE (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