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

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 19

SALUD

Clave entidad/unidad: NBB

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

*COMISIONAR: 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 clinico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	71.9	72.0	0.1	100.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. La variación de pacientes atendidos con respecto a lo programado fue en especifico 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 agendas de preconsulta de urología y disminución de las citas de los servicios de otorrinolaringología, traumatología y ortopedia , ello derivado de la saturación de las agendas quirúrgicas de estos servicios, por la falta de personal de guardia que imposibilita la utilización de los quirófanos en el turno vespertino. Del mismo modo, se ha disminuido el número de pacientes referidos de primer nivel de atención , debido a las limitaciones para la atención de pacientes obstétricas de alto riesgo y pacientes con padecimientos de urología. Por otro lado por la falta de personal en Trabajo Social en la Consulta Externa, ocasionado por la falta de recursos para cubrir guardias, se programa la cita de atención de los usuarios para la apertura del Expediente Clinico de tres a cuatro semanas.
	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	2,659	2,264	-395.0	85.1	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 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 x 100	3,700	3,143	-557.0	84.9	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ 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. Y se continua con la gestión de recursos para cubrir guardias en los servicios.

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 mejoria y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.9	97.3	3.4	103.6	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 103.6 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. Sin embargo se registró un decremento en los egresos hospitalarios y por consiguiente en los egresos por mejoria, por el cierre de agendas durante este periodo principalmente de cirugía general por la saturación de tiempos quirúrgicos, por la falta de personal de guardia que imposibilita la utilización de los quirófanos en el turno vespertino. Asimismo se registró un incrmento en el promedio de días estancia por la complejidad de las patologías presentadas por los usuarios.
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoria y curación	2,012	1,724	-288.0	85.7	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No contar con los recursos necesarios para atender a toda la población que demanda el servicio de especialidad. Saturación del área de urgencias observación.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	2,142	1,772	-370.0	82.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ 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 (M

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 2019

SALUD

Clave entidad/unidad: NEB

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

*OCINSHAE: 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 porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.0	98.2	14.2	116.9	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final de periodo alcanzo un 116.9 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo, el resultado de la atención médica especializada que proporciona la Consulta Externa es percibida como satisfactoria para los pacientes que acuden a este servicio.
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales	126	160	34.0	127.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ La variación superior al 10% respecto de la meta original, no supone riesgo alguno para la población ni para la Institución.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	150	163	13.0	108.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ La meta alcanzada al final del periodo es satisfactoria por lo que se cumplió con la metal programada.

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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	17.4	17.0	-0.4	97.7	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 97.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. El incrementó tanto en el total de las sesiones de rehabilitación como en las especializadas, fue debido a la demanda de este servicio por parte de las áreas del Hospital, 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	744	1,142	398.0	153.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No existe riesgo para la población debido a que se atendió en tiempo y forma la demanda de estos Servicios.
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	4,266	6,726	2,460.0	157.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará atendiendo la demanda de usuarios que soliciten el Servicio, con la finalidad de otorgarles esta última etapa de su proceso de atención, la Rehabilitación pertinente, colaborando 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)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 2019

SALUD

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 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/ 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. El total de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad se incrementaron debido principalmente al incremento en la demanda de los procedimientos diagnósticos de rehabilitación, ortodoncia y cirugía.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	1,337	1,719	382.0	128.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	1,337	1,719	382.0	128.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención de los pacientes de acuerdo a la demanda.

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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	57.4	61.9	4.5	107.8	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 107.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. 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. Asimismo se tuvo una mayor demanda de procedimientos de estomatología, ortodoncia y de cirugía.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	3,522	5,437	1,915.0	154.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que la población que requiere este tipo de procedimientos aumente y no se tengan los suficientes recursos.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	6,138	8,779	2,641.0	143.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención de pacientes de acuerdo a la demanda.

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

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

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

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

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

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

Coordinación de Proyectos Estratégicos

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (M

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 2019

SALUD

Clave entidad/unidad: HGG

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) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	109.0	9.0	109.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 109.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color amarillo. Lo anterior es debido principalmente a la alta demanda de atención en el servicio de urgencias con respecto a lo programado, además del incremento de la consulta subsecuente, a pesar de que se disminuyó la preconsulta y por consiguiente la consulta de primera vez, por el cierre de algunas agendas durante este periodo, debido a la saturación de tiempos quirúrgicos, por la falta de personal de guardia que imposibilita la utilización de los quirófanos en el turno vespertino.
	VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	53,303	58,075	4,772.0	109.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias. Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria de alta especialidad, teniendo que ser referidos a otras instituciones saturando de igual manera sus agendas.
	VARIABLE 2	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	53,303	53,303	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En urgencias, continuar con la aplicación del sistema TRIAGE y en el caso de la consulta externa continuar con la revisión de la disponibilidad de las agendas de los servicios. Se continúa en trámites para lograr la autorización de la demolición de la Torre de Hospitalización y la construcción de un nuevo edificio que permita ampliar y mejorar la capacidad instalada.

CCINSHAE:
Es una 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 porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.0	96.6	12.6	115.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento del 115.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. Los resultados de la atención hospitalaria de las especialidades es percibida como satisfactoria para la gran mayoría de los pacientes.
	VARIABLE 1	Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales	126	168	42.0	133.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ La variación superior al 10% respecto de la meta original, no supone riesgo alguno para la población ni para la Institución.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	150	174	24.0	116.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ La meta alcanzada al final del periodo es satisafactoria por lo que se cumplió con la metal programada.

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 Ppj) 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)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - [illegible]

SALUD

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 clinicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	43.7	18.9	-24.8	43.2	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 43.2 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo, se ha identificado que diversos expedientes evaluados conforme a la NOM han obtenido calificaciones entre 90 y 99% en la evaluación del expediente clinico dado que se identifican el uso de abreviaturas, falta de firmas o cédula profesional del personal de salud, entre otras causas.
	VARIABLE 1	Número de expedientes clinicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	323	158	-165.0	48.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Los resultados de este indicador suponen un riesgo para la población que atiende la Institución dado que el apego a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico debe ser total a fin de contar con todos los elementos para una evaluación integral de nuestros pacientes. La falta de apego supone en diverso grado un obstáculo para otorgar a los pacientes una atención integral y continua.
	VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clinico institucional x 100	739	837	98.0	113.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se priorizarán las estrategias para mejorar los resultados de la evaluación del expediente clínico: la intervención en aquellas áreas que hayan obtenido resultados mayores al 96% favorecerán que una vez que alcancen el 100% de cumplimiento se vean reflejados los resultados en periodos subsecuentes. Se continuará con las estrategias de capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Se estabiecerá 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 clinicas realizadas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	0.0	0.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ Este indicador se reporta anualmente.
	VARIABLE 1	Número de auditorías clinicas realizadas	0	0	0.0	0.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 2	Número de auditorías clinicas programadas x 100	0	0	0.0	0.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ CCINSHAE: Es una varible programada, por lo tanto no puede cambiar

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES 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)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 2019

SALUD

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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.8	115.6	21.8	123.2	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 123.2 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color verde. El incremento en el indicador fue debido al cierre total de la torre antigua de hospitalización y al esfuerzo realizado por el personal para mantener la mejor atención a la población usuaria. Asimismo se tenia programado 120 camas para este año, sin embargo se tuvieron 13 camas menos (107 camas disponibles) principalmente para el área de pediatría, por la falta de presupuesto y de organización no fue posible incrementar el número de camas censables. Por otro lado se registró un incremento en el promedio de días estancia por la complejidad de las patologías presentadas por los pacientes.
	VARIABLE 1	Número de días paciente durante el periodo	10,130	11,131	1,001.0	109.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias y una deficiente calidad y seguridad en la atención.
	VARIABLE 2	Número de días cama durante el periodo x 100	10,800	9,630	-1,170.0	89.2	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Privilegiar los procedimientos ambulatorios terapeúticos que permitan disminuir el promedio de días 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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	4.5	5.0	0.5	111.1	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 111.1 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. El resultado del indicador se debió principalmente a la complejidad de la patología presentada por los pacientes en los diferentes servicios.
	VARIABLE 1	Número de días estancia	9,639	8,836	-803.0	91.7	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría sería que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población. Saturación del servicio de observación urgencias.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	2,142	1,772	-370.0	82.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuarán llevando a cabo reuniones con los servicios para analizar los casos de pacientes con estancias prolongadas y lograr la disminución de los días estancia.

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

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - 2019

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
13	INDICADOR	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	65.9	53.9	-12.0	81.8	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.8 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La disminución en la consulta de primera vez con respecto a la meta programada se debió al cierre de agendas de preconsulta de especialidades clinicas y quirúrgicas, por la saturación en el calendario quirúrgico. 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 agendas de primera vez de otros servicios clinicos y quirúrgicos lo que ha imposibilitado la recepción de nuevos pacientes.
	VARIABLE 1	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	2,400	1,850	-550.0	77.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Disminución en la oportunidad de recibir atención médica ambulatoria de alta especialidad, teniendo que ser referidos a otras instituciones saturando de igual manera sus agendas.
	VARIABLE 2	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	3,643	3,431	-212.0	94.2	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ 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
14	INDICADOR	Tasa de infección nosocomial (por mil dias de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	9.0	7.8	-1.2	86.7	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 86.7 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación atribuye a la disminución especifica de las Neumonías Asociadas a la Ventilación por el apego al paquete de cuidados preventivos para neumonias, asi como Fomento del lavado e higienen de las manos para prevenir infecciones asociadas a la atención de la Salud (IAAS) .
	VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	87	69	-18.0	79.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ No hay riego toda vez que se logró un menor tiempo de estancia de medios invasivos como ventilador mecánico , control de antibióticos y disminución de complicaciones médicas atribuibles a IAAS.
	VARIABLE 2	Total de dias estancia en el periodo de reporte x 1000	9,639	8,836	-803.0	91.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Capacitaciones de lavado e higiene de manos, medidas de aislamiento y fortalecimeinto de los paquetes preventivos para IAAS atodo el personal de salud, martes y jueves de cada semana.

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

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

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 [illegible] DOS AL PERIODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO 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

L.C. Armando Pérez Flores Subdirector de Planeación

TITULAR DE PLANEACIÓN (NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

Dra. Irma Jiménez Escobar Directora Médica

TITULAR DE ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

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