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 ENER0 - JUNIO 2022

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)	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 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	28.3	11.2	-17.1	39.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 11.2 por ciento en comparación con la meta programada del 28.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 39.6 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. La variación en el resultado del indicador se debió a que se registró una disminución en la demanda de pacientes referidos que requieren apertura de expediente, ocasionada por la reducción de la infraestructura hospitalaria por el cierre de la Torre antigua, a raíz del sismo del 2017, así como por el cierre de la consulta externa y de las actividades de cirugía programada durante 2020 y 2021 para la atención de pacientes COVID, además de que se dió prioridad a la apertura de expedientes de pacientes que tenian rezago en la programación de cirugía y a los que acuden por urgencia. Si embargo en los últimos dos meses se ha visto un incremento en la apertura de expedientes de pacientes referidos, y en los casos en que no ha sido así puede deberse a que son pacientes que son referidos a especialidades con las que no cuenta el hospital o porque solamente son enviados para realización de estudios sin requerir apertura de expediente para ello.
	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	1,306	654	-652.0	50.1	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 clínico en el periodo de evaluación x 100	4,610	5,821	1,211.0	126.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención médica en la Consulta Externa, y se realizó la reprogramación del indicador, toda vez que se programó tomando en cuenta a todos los pacientes referidos, y no únicamente los que se estima que requieren apertura de expediente, sin embargo esta reprogramación sólo se pudo aplicar a partir del mes de junio.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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	95.8	94.1	-1.7	98.2	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 94.1 por ciento en comparación con la meta programada del 95.8 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 98.2 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. Se cumplió satisfactoriamente la meta del indicador, registrando un ligero incremento en el total de egresos por mejoría de 3,120 a 3,277 egresos en menor proporción del total de egresos, de 3,258 a 3,481 egresos, por la reapertura de la consulta extena.
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	3,120	3,277	157.0	105.0	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El riesgo para la población, es no contar con los recursos necesarios para la atención de los pacientes que demandan los servicios de hospitalización.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	3,258	3,481	223.0	106.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención de pacientes de acuerdo a la demanda y los recursos disponibles.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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
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	85.3	75.7	-9.6	88.7	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 75.7 por ciento en comparación con la meta programada del 85.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 88.7 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. El resultado del indicador al final del periodo reporta un 88.7 por ciento de cumplimiento, reflejando una disminución en la satisfacción de la calidad de la atención médica del usuario, ocasionado por la reconversión de la institución en hospital hibrido durante la Pandemia por virus SARS-COV2 , el cierre de la consulta programada y a la apertura paulatina de la misma, así como a la saturación de las agendas en el momento en que la contingencia pasó a semáforo verde; y principalmente por el tiempo prolongado de las largas filas en las cajas para realizar el proceso administrativo de gratuidad que los pacientes y familiares realizan para sus estudios de laboratorio, consultas, estudios radiológicos y apertura de carnet (INSABI).
	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	256	243	-13.0	94.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El resultado de este indicador representa un riesgo para la calidad de la atención en la satisfacción que perciben los pacientes y familiares; debido a la pérdida de la cita programada del paciente, y que los horarios son escalonados en la mayoría de los servicios de la consulta externa.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	300	321	21.0	107.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con el monitoreo de las acciones de mejora que proponen los diferentes servicios de la Consulta Externa. Asimismo, se llevará a cabo una actualización del Procedimiento Administrativo para la Gratuidad en el Hospital.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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
4	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100		20.2	21.3	1.1	105.4	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 21.3 por ciento en comparación con la meta programada del 20.2 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 105.4 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio de 5,625 sesiones de rehabilitación especializada programadas, se realizaron 7,227 sesiones especializadas; y en relación al total de sesiones de rehabilitación 27,800 programadas se realizaron 33,862 sesiones; este incremento se debió a la reestructuración del área de rehabilitación y al incremento de equipo que fue adquirido a través de donación, lo cual permitió proporcionar procedimientos de rehabilitación en el turno vespertino, y además al incremento de interconsultas derivando un mayor número en los procedimientos ambulatorios.
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas		5,625	7,227	1,602.0	128.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No genera un riesgo a la población, debido a que se estan realizando un número mayor de sesiones para una rápida incorporación de los pacientes a sus actividades.
	VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100		27,800	33,862	6,062.0	121.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención a los pacientes en los turnos matitutino y vespertino.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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
5	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.1	100.0	6.9	107.4	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 93.1 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 107.4 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio, de 3,898 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad programados, solo se registraron 1,154 de este tipo de procedimientos; y del total de 4,186 procedimientos diagnósticos ambulatorios programados, se registraron 1,154 procedimientos, la variación es debido a que a pesar de que se reabrieron los servicios en la consulta externa, algunos procedimientos de Cirugía, no se registraron en este período.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	3,898	1,154	-2,744.0	29.6	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 la atención requerida.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	4,186	1,154	-3,032.0	27.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se revisarán los procedimientos de registro de acuerdo a la productiviad de los diferentes servicios.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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
6	INDICADOR	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100		44.2	39.5	-4.7	89.4	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 39.5 por ciento en comparación con la meta programada del 44.2 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 89.4 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el período del reporte a junio de 13,239 procedimientos terapéuticos de alta especialidad programados, se realizaron 10,820 de este tipo de procedimientos; y de 29,933 procedimientos totales terapéuticos programados, se realizaron 27,388 procedimientos, la variación que se registró fue debido a la actualización e implementación del Sistema de registro de procedimientos en Consulta Externa, no se alcanzaron a registrar todos los procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados al período.
	VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución		13,239	10,820	-2,419.0	81.7	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 la atención requerida.
	VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100		29,933	27,388	-2,545.0	91.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se revisarán y actualización los procedimientos de registro de acuerdo a la productiviad de los diferentes 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 ENER0 - JUNIO 2022

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 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, subsecuente, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	107.5	7.5	107.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 107.5 por ciento en comparación con la meta programada del 100 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 107.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Al finalizar el periodo a junio se cumplió la meta del indicador; de 96,111 consultas programadas, se realizaron 103,362 consultas, debido a la reapertura total de la Consulta Externa con todas las medidas preventivas para evitar riesgos a pacientes y personal de salud, para el seguimiento de pacientes subsecuentes; en el área de Urgencias se continua atendiendo a pacientes con patologías complicadas.
	VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuente, urgencias o admisión continua)	96,111	103,362	7,251.0	107.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Se rebaza la meta programada, por lo que no se considera un riesgo para la población.
	VARIABLE 2	Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuente, urgencias o admisión continua) x 100	96,111	96,111	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención médica en la medida que los recursos disponibles lo permitan.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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
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		85.3	79.8	-5.5	93.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 79.8 por ciento en comparación con la meta programada del 85.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 93.6 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. Se alcanzó un cumplimiento aceptable del 93.6%. La variación en las variables fue debido a que se incrementó el número de pacientes encuestados en el área de hospitalización de 300 a 366 pacientes, y por consiguiente se incrementó el número de pacientes satisfechos con la atención médica hospitalaria de 256 a 292 pacientes, aunque esta en menor proporción que la programada, debido a que algunos pacientes se manifiestaron por los tiempos prolongados en los trámites administrativos.
	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		256	292	36.0	114.1	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El resultado de este indicador representa un riesgo para la calidad de la atención.
	VARIABLE 2	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100		300	366	66.0	122.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con el seguimiento de las acciones de mejora propuestas por 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 ENER0 - JUNIO 2022

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
9	INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	9.5	7.2	-2.3	75.8	**DEBIDO A: 1/ 4/** El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 7.2 por ciento en comparación con la meta programada del 9.5 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 75.8 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. La variación de la variable 2 se debió a que se tuvo la oportunidad de que el Comité del Expediente revisara más expedientes de 305 expedientes programados a 609 expedientes y, por consiguiente se reflejó un incremento en el número de expedientes que cumplen con la NOM SSA 004 de 29 programados a 44 expedientes que cumplen. Sin embargo la proporción entre el número de expedientes revisados, no fue el esperado por lo que el resultado del indicador se vio disminuido de 9.5 a 7.2 por ciento de cumplimiento. Lo anterior se debió a que el expediente clínico debe cumplirse al 100% de apego a la NOM SSA 004 y este se ve afectado por la falta de registro correcto de algunos datos en los formatos del expediente por el personal médico, enfermería y pernoal en formación.
	VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	29	44	15.0	151.7	**RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/** Los resultados de este indicador implican un riesgo para la población que atiende la Institución ya que se vincula a la atención médica de los usuarios.
	VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	305	609	304.0	199.7	**ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/** Se continuará Sesionando el Subcomité del Expediente Clínico, con lo que se espera mejorar el porcentaje de apego del expediente clínico a través de las acciones implantadas por los servicios que evalúan de manera cruzada los expedientes de otras áreas. Se continúa promoviendo en aquellas áreas que han obtenido resultados mayores al 90%, con el propósito de que los Jefes de Servicio favorezcan acciones para alcanzar el 100% de cumplimiento, la capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, sobre el uso de los formatos que reúnen los requisitos que exige la Norma del Expediente Clínico. Se establecerá el seguimiento particular a las acciones de mejora de los servicios médicos.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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)

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENER0 - JUNIO 2022

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	97.6	116.6	19.0	119.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 116.6 por ciento en comparación con la meta programada del 97.6 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 119.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. La variación del resultado del indicador con respecto al programado se debe a que, de los 18,380 días pacientes programados, se registraron 22,086 dias paciente; y de los 18,824 días cama programados, se registraron 18,943 días cama; la variación que se registró se debido a que fue necesario que algunos pacientes permanecieran un mayor tiempo debido a la patología complicada que presentaban. En promedio durante el periodo se contó con 105 camas censables, número de camas semejante al programado y se registró un promedio de 5.8 días estancia.
	VARIABLE 1	Número de días paciente durante el período	18,380	22,086	3,706.0	120.2	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El riesgo que se tendría es que no se tengan los suficientes recursos para atender la demanda de atención médica de la población.
	VARIABLE 2	Número de días cama durante el período x 100	18,824	18,943	119.0	100.6	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.

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENER0 - JUNIO 2022

INGRESAR PERÍDO DE REPORTE

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 In		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	5.9	5.8	-0.1	98.3	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 5.8 por ciento en comparación con la meta programada del 5.9 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 98.3 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. Se alcanzó la meta, a pesar de que al final del período de reporte a junio de los 19,355 días estancia programados, se registraron 20,208 días estancia; y de los 3,258 egresos programados, se registraron 3,481 egresos; la variación se debió a un incremento en los egresos por la apertura de la consulta externa y a los días estancia prolongados de algunos pacientes con patologías complicadas que requieren terapia farmacológicas prolongadas. En promedio durante el periodo se contó con 105 camas censables .
	VARIABLE 1	Número de días estancia	19,355	20,208	853.0	104.4	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	3,258	3,481	223.0	106.8	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 ENER0 - JUNIO 2022

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)	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	31.3	75.9	44.6	242.5	DEBIDO A: 3/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 75.9 por ciento en comparación con la meta programada del 31.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 242.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. La disminución en el número de preconsultas se debió a que en la Consulta Externa se dio prioridad a la atención de pacientes subsecuentes que estaban rezagados por la pandemia por el virus SARS-COV2 , sin embargo se registró un incremento en la consulta de primera vez en el hospital, de 2,100 programados a 3,622 realizadas principalmente por los pacientes referidos de urgencias que pasan directamente sin generar una preconsulta, razón por la que se tiene una disminución en la preconsulta y por ende en el resultado del indicador.
	VARIABLE 1	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	2,100	3,622	1,522.0	172.5	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 x 100	6,709	4,773	-1,936.0	71.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuará con la atención médica en la Consulta Externa.

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 ENER0 - JUNIO 2022

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)	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	8.1	6.0	-2.1	74.1	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 6 por ciento en comparación con la meta programada del 8.1 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 74.1 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. El resultado del indicador al mes de junio es positivo, al lograrse que se realizara 121 episodios de infecciones nosocomiales de los 146 programados, a pesar de que se tuvo un incremento en el total de egresos, se controlaron las infecciones de sitio quirúrgico y control de las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central, y se registro una ligera disminución en el promedio de días estancia de los pacientes hospitalizados de 5.9 días estancia programados a 5.8 días estancia al registrarse un total de 20,208 días estancia de 17,940 días estancia programados.
	VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	146	121	-25.0	82.9	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ No hay riesgo toda vez que se registró una disminución en las complicaciones médicas atribuibles a IAAS.
	VARIABLE 2	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	17,940	20,208	2,268.0	112.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se continuara la campaña y supervisión de higiene de las manos, técnicas de aislamiento de pacientes, y reforzamiento de paquetes preventivos para Neumonías e Infecciones Asociadas a Catéteres.

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. ARLENE ORTA GUERRERO DIRECTORA MÉDICA

TITULARA DEL ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

REVISÓ Y RECIBIÓ DE CONFORMIDAD

MTRA. MARLENE MELO GÓMEZ SUBDIRECTORA DE PLANEACIÓN

TITULAR DE ÁREA PLANEACÓN O EQUIVALENTE(NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

DR. SIMON KAWA KARASIK DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR GENERAL O EQUIVALENTE (NOMBE 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