

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023

"ATENCIÓN A LA SALUD"

N o. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
1	INDICADOR Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	14.7	18.6	3.9	126.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 18.6 por ciento en comparación con la meta programada del 14.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 126.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El color rojo que presenta el indicador es debido a que se sobrepasa en un 26.5% la meta programada, es decir que proporcionalmente hubo mayor número de pacientes referidos por otras instituciones a los que se les abrió expediente en nuestra institución, lo que podría relacionarse con que acudió un menor número de pacientes a solicitar atención por iniciativa propia, posiblemente por el temor a contagiarse con SARS-CoV2. No obstante que el indicador muestra una cifra mayor a la esperada, ambas variables que lo conforman quedaron muy por debajo de lo esperado, lo que en ambos casos se explica por los cierres temporales de consulta y de la suspensión temporal de cirugía no urgente, además del ya mencionado temor de la población al acudir a servicios médicos en tiempos de pandemia.
	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	688	473	-215.0	68.8	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): Como se comentó en el informe del 3er. Trimestre, la disminución de las aperturas de expediente ha sido mucho más pronunciada entre la población que acude con algún problema ginecológico no urgente por no ser de alto riesgo. Actualmente la situación de pandemia se encuentra nuevamente en semáforo rojo, por lo que consideramos pertinente continuar atendiendo a las pacientes que acudan con condiciones que ameriten cuidados inmediatos, en el afán por reducir en lo posible la propagación del virus SARS-CoV2 entre la población usuario y entre el personal de salud.
	VARIABLE 2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación	4,690	2,542	-2,148.0	54.2	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). A partir del mes de julio se inició un discreto incremento en el número de global de aperturas de expediente (V2), que se mantuvo más o menos constante hasta el mes de octubre, para volver a presentar un decrecimiento en noviembre y sobre todo en el mes de diciembre por el regreso a semáforo rojo y por la natural caída de la solicitud de servicios médicos en la época decembrina. Se ha continuado recibiendo a toda paciente referida por otras instituciones públicas (V1) que presente los criterios de admisión, y ello continuará realizándose en tanto la capacidad de los servicios lo permitan, sobre todo de las Terapias Neonatales, las cuales se han visto rebasadas en algunos periodos por problemas de brotes infecciosos por virus sincial respiratorio y por el propio SARS-CoV2.

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

Nº o. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
			ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) x 100	
2	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	99.0	97.2	-1.8	98.2	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 97.2 por ciento en comparación con la meta programada del 99 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. hospitalarios ocurridos en el año fueron por mejoría o curación; sin embargo, las variables que lo componen registran cifras menores que las esperadas: 38.7% (V1) y 31.5% (V2) por debajo de las metas correspondientes; ello se debe a la disminución registrada en el total de aperturas de expediente que hubo este año por la pandemia por SARS-CoV2, reduciéndose el ingreso de pacientes para procedimientos programados no urgentes. Adicionalmente durante los primeros meses del año se efectuaron trabajos de mantenimiento en el área de UCIN por lo que dicho servicio se trasladó a la UCIREN reduciéndose el número de cunas disponibles en este segundo servicio. También se llevó a cabo mantenimiento correctivo hidráulico en el 2o. piso de hospitalización y el reacondicionamiento del 3er. piso para recibir neonatos COVID, todo lo cual redujo el total de camas y por tanto la posibilidad de hospitalizar más pacientes.
	VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	8,176	5,501	-2,675.0	67.3	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). El riesgo para la población es que quienes presentan condiciones no urgentes y que se han tenido que diferir, es la posibilidad de que se compliquen, sin embargo se han dado instrucciones para determinar la presencia de datos de riesgo, bajo los cuales las pacientes deberán acudir al servicio de Urgencias para solicitar atención.
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	8,262	5,657	-2,605.0	68.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITAIBLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Se reitera que todo el tiempo nuestras acciones se han basado en el procedimiento de tamizaje de pacientes, para la detección temprana de casos positivos a SARS-CoV2, así como a la reconversión de servicios para poder admitir a quienes presentan una PCR positiva y que tienen la necesidad de recibir atención médica urgente. Conforme la situación nacional de salud se vaya mejorando, podremos ir transitando hacia la normalidad en cuanto a la recepción de pacientes con problemas de salud no urgentes.

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.

[Handwritten signature and initials]

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023

"ATENCIÓN A LA SALUD"

Nº O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) x 100	
3	INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	80.0	95.1	15.1	118.9	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 95.1 por ciento en comparación con la meta programada del 80 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 118.9 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): Tanto la V1 como la V2 muestran cifras menores a las esperadas (28.6% y 39.9% por debajo de la programación respectivamente), puesto que a partir del segundo trimestre se tomó la decisión de suspender la aplicación de encuestas para evitar contagios, además de que no se contaba con personal suficiente para su aplicación, puesto que dejaron de laborar por ser población vulnerable. A partir del tercer trimestre se comenzó nuevamente la aplicación de encuestas, sin embargo ello no fue suficiente para compensar el trimestre en el que se suspendió ésta. Cabe comentar sin embargo, que de el total de personas encuestadas, la gran mayoría emitió opiniones satisfactorias con respecto de la calidad de la atención recibida, se refirió en el 100% de los casos haber recibido trato respetuoso, en el 94% las pacientes dijeron que fueron atendidas de inmediato, en el 100% de las encuestadas se dijo que sus dudas fueron aclaradas en términos sencillos y en el 94% la atención fue de calidad y con calidez.
	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	2,486	1,776	-710.0	71.4	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). El riesgo más patente es que se cuenta con menos información para poder detectar áreas de oportunidad de mejora de la atención en servicios de atención médica ambulatoria. Institucionalmente el riesgo es la falta de cumplimiento de las metas para cada una de las variables que componen este indicador.
	VARIABLE 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	3,108	1,868	-1,240.0	60.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Se retomó la aplicación de encuestas a partir del segundo semestre del año y se espera continuar con ella, para tratar de alcanzar las metas programadas para el siguiente año.



Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023

"ATENCIÓN A LA SALUD"

Nº O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
4	INDICADOR Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	54.2	33.2	-21.0	61.3	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 33.2 por ciento en comparación con la meta programada del 54.2 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 61.3 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El valor del indicador se encuentra 38.7% por debajo de la meta anual, debido a que desde el mes de abril se suspendieron las terapias especializadas de Seguimiento Pediátrico (V1), mismas que reabrieron paulatinamente a partir del mes de septiembre. En el caso de la Rehabilitación de Piso Pélvico, el servicio se suspendió durante los meses de abril y mayo, para reabrir recibiendo pocas pacientes, a partir del mes de junio. Todo ello fue condicionado por la situación de la pandemia por COVID, en que hubo que implementar estrategias de reducción de la afluencia de pacientes, dando prioridad a quienes requerían de algún manejo urgente. Por las mismas razones, la V2 también sufrió una disminución importante, quedando 59.2% por debajo de lo proyectado.
	VARIABLE 1 Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	7,586	1,898	-5,688.0	25.0	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). Como se ha mencionado en los informes previos, la principal consecuencia de las suspensiones temporales de estos servicios es el posible retraso en la recuperación de ciertas funciones para las que se implementan las terapias de rehabilitación, afectando fundamentalmente a la población pediátrica y en menor medida a la ginecológica en cuanto a terapia de piso pélvico, así como de apoyo psicológico en ambos casos.
	VARIABLE 2 Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	13,999	5,718	-8,281.0	40.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Se reactivan paulatinamente los servicios a partir del mes de junio en el caso de rehabilitación de piso pélvico, y a partir de septiembre en el de rehabilitación para pacientes pediátricos. Se ha continuado con la instrucción a pacientes vía remota, acerca de la realización de ejercicios de rehabilitación para evitar retraso en los procesos de recuperación/adquisición de funciones. En la medida que la situación de salud por COVID mejore, se irán incrementando las sesiones de rehabilitación en nuestra institución.

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.

[Handwritten signature]

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023

"ATENCIÓN A LA SALUD"

N o. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
5	INDICADOR Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	33.7	35.4	1.7	105.0	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 35.4 por ciento en comparación con la meta programada del 33.7 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 105 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. 35.4% del total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados, son de alta especialidad. Sin embargo, ambas variables presentan una reducción relativa muy importante con respecto de las cifras programadas para este año (47.2% menos procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados (V2), y 44.5% menos de alta especialidad (V1)); ello es secundario a lo que se ha explicado en el Indicador No. 1 y otros de este informe, relacionado con las estrategias de brindar atención sólo a pacientes con factores de alto riesgo y con necesidad de atención urgente, con el objeto de reducir la posibilidad de contagios por SARS-CoV2. Los procedimientos que más se afectaron son: las mastografías, ultrasonidos de reproducción asistida (dos los procedimientos que componen la V2); así como la colposcopia, cistoscopia y urodinamia (que forman parte de la V1). En el caso de la V2, se observa una discreta recuperación con respecto de lo alcanzado en el trimestre anterior, pasando de 51.4 a 55.5% de cumplimiento de la meta, y ello se ha dado gracias a que se inició la reactivación paulatina de servicios de Ginecología.
	VARIABLE 1 Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	14,847	8,246	-6,601.0	55.5	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). Como se explicó en trimestres anteriores, el riesgo más importante identificado al no cumplirse las metas de las variables de este indicador, son que nos se puedan detectar condiciones patológicas, sobre todo en el ámbito de la Ginecología, y que por ello pudiesen agravarse al paso del tiempo.
	VARIABLE 2 Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados	44,110	23,311	-20,799.0	52.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). A partir del mes de agosto se comenzaron a reactivar paulatinamente algunos de los servicios que habían estado con muy baja productividad en atención ambulatoria, sin embargo, en tanto las condiciones sean tales que se continúe en semáforo sanitario rojo, no se podrá esperar un incremento importante de acciones no urgentes. Habrán de implementarse estrategias para hacer el seguimiento de pacientes vía remota (telefónica o por internet), para identificar a quienes por el paso del tiempo presenten un avance de su condición patológica, y en función de ello ir programando consultas y estudios.

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

N.º de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
6	INDICADOR Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	57.0	85.4	28.4	149.8	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 85.4 por ciento en comparación con la meta programada del 57 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 149.8 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables. VARIACIONES DEBIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El valor del indicador refleja que al cierre del año el 85.4% de todos los procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados, fueron considerados de alta especialidad. El semáforo se encuentra en color rojo debido a que la cifra alcanzada es casi 50% mayor que la meta esperada. Sin embargo, las dos variables que conforman este indicador muestran una merma importante con respecto de lo esperado, así la V2 quedó 68% y la V1 52.1% por debajo de lo programado. Los principales procedimientos terapéuticos ambulatorios que sufrieron mayores reducciones fueron precisamente aquellos no considerados como prioritarios para la salud en momentos de pandemia, como son aquellas relacionados con Reproducción Asistida (FIVTE e inseminación, así como cirugía de Andrología para fines reproductivos). Aquellos procedimientos como hemodiálisis e histeroscopías no fueron suspendidos, precisamente por considerarse prioritarios.
	VARIABLE 1 Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	1,715	822	-893.0	47.9	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). El riesgo más patente para la población es el de que su condición continúe evolucionando, poniendo en peligro el pronóstico, básicamente el relacionado con la posibilidad de lograr un embarazo a través de técnicas de reproducción asistida. Ello si bien es un resultado para nada deseable, no pone en riesgo la vida de nuestros pacientes. Institucionalmente el riesgo es el de no haber cumplido las metas programadas para este año, sin embargo al hacerse la programación nadie sabía que este sería un año tan atípico.
	VARIABLE 2 Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	3,010	963	-2,047.0	32.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Las mismas acciones sugeridas para el Indicador No. 5 aplican para este indicador.

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 SOLO 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.

[Handwritten signature and initials]



Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023

"ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de In	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
INDICADOR	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: $\frac{\text{VARIABLE1}}{\text{VARIABLE2}} \times 100$	95.0	43.6	-51.4	45.9	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 43.6 por ciento en comparación con la meta programada del 95 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 45.9 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El indicador se encuentra a menos de la mitad del cumplimiento de la meta estimada para el año, lo que se debe a que a partir de la declaratoria de la contingencia sanitaria, a finales de marzo, se cerró la preconsulta (esto se continuó durante todo el 2o. trimestre y posteriormente se reabrió pero recibiendo menos pacientes que las que normalmente se atendían por mes, con el propósito de evitar la confluencia de muchas personas y así limitar la posibilidad de contagios por SARS-CoV2. Aunque las consultas de Urgencias no se suspendieron, también se redujeron en número, pero ello no fue por decisión institucional sino posiblemente porque las personas, frente al temor de contagios, restringieron la solicitud de estos servicios.
	VARIABLE 1 Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	148,376	68,126	-80,250.0	45.9	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). Al reducirse el total de consultas otorgadas, naturalmente puede haber repercusiones en la salud de los pacientes al tener un seguimiento más espaciado; cabe aclarar que las consultas que se redujeron más fueron las correspondientes a especialidades ginecológicas y por supuesto tratándose de pacientes sin condiciones que requiriesen atención inmediata. Se considera que frente al riesgo de la propagación del virus SARS-CoV2 entre la población atendida y también entre el personal institucional, los riesgos de salud entre pacientes con condiciones que requieren atención programable, son en todo caso de menor magnitud. Lamentablemente el alarmante número de casos positivos a SARS-CoV2 en este país ha continuado y ello no ha permitido un retorno a la normalidad en las actividades institucionales, entre ellas las de consulta.
	VARIABLE 2 Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	156,260	156,260	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). A pesar de que a partir del tercer trimestre del año se reabrió la preconsulta, no ha sido posible, por no considerarse pertinente ni seguro, alcanzar los valores esperados mensuales de consultas globalmente hablando. Se deberá vigilar cercanamente el comportamiento de la pandemia y sus repercusiones en los servicios institucionales, para en función de ello tomar determinaciones relativas a la posibilidad de reprogramación de las metas planteadas para el año 2021.

Clave entidad/unidad:

NOMBRE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

Nº O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
8	INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	80.0	95.2	15.2	119.0	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 95.2 por ciento en comparación con la meta programada del 80 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 119 por ciento, colocando el Indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el Indicador y Si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El valor del Indicador supera la meta por 19%, lo que se debe a que el total de encuestas aplicadas en el año (V2) fue 37.5% menor que lo esperado porque al igual que en el caso de los servicios ambulatorios, se detuvo la aplicación de encuestas también en los servicios de hospitalización durante todo el segundo trimestre, además de que evidentemente la reducción en el total de aperturas de expediente y de egresos hospitalarios afectaron también el número de posibles encuestados. Posteriormente a partir de julio se reanudó la aplicación, sin embargo no se logró recuperar la merma de todo un trimestre de suspensión. La relación entre la V1 y la V2 es tal que el 95.2% de los encuestados se mostraron satisfechos con la atención recibida en los servicios de hospitalización.
	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	1,955	1,456	-499.0	74.5	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). El principal riesgo que se reconoce, al igual que en el caso del Indicador No. 3, es el haber perdido información que pudiese permitir reconocer áreas de mejora. Igualmente, para la institución el mayor riesgo es no haber alcanzado las cifras esperadas de encuestas aplicadas; sin embargo pasado el segundo trimestre del año, se reactivó esta actividad con lo que no se dejó de poner atención en la opinión de los usuarios acerca de la atención médica recibida en servicios de hospitalización.
	VARIABLE 2 Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados	2,444	1,529	-915.0	62.6	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). En la medida en que la cantidad de personal disponible como la situación de la emergencia sanitaria lo permitan, se continuará la aplicación y análisis de encuestas, con el propósito de mejorar la atención que se otorga a nuestros pacientes.
1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SOLO 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.						

8 A

13

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de	DEFINICION DEL INDICADOR	META		VARIACION		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
9	INDICADOR Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	80.0	86.0	6.0	107.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 86 por ciento en comparación con la meta programada del 80 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 NO hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El semáforo de este indicador es de color amarillo debido a que el valor alcanzado sobrepasa la meta en 7.5%, es decir que aún se encuentra dentro de límites adecuados de variabilidad. Esta cifra es resultado de haberse revisado globalmente 18 expedientes menos de los planeados originalmente en el año (V2), lo que tuvo su origen en que la pandemia por COVID redujo la disponibilidad de tiempo y personal para la revisión de expedientes; a la par, del total revisado hubo 17 expedientes más que los esperados, que cumplieron con lo establecido en la NOM 004 (V1), lo cual arroja un resultado positivo y alentador ya que significa que en general se está teniendo un mejor apego al cumplimiento de los criterios establecidos en la NOM 004, lo que redunda en mejor calidad de la información consignada, contribuyendo a una mejor calidad de atención de nuestros pacientes.
	VARIABLE 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	432	449	17.0	103.9	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). Como se dijo en el párrafo anterior, a pesar de que se marca un semáforo de color amarillo, consideramos que el resultado es favorable y que no representa ningún tipo de riesgo sino que a pesar de las circunstancias vividas durante este año, se mejoró la calidad de los registros clínicos.
	VARIABLE 2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	540	522	-18.0	96.7	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES) Dado que no se considera la existencia de ningún riesgo en los valores alcanzados por este indicador, no se considera necesario establecer acciones de regularización, más allá de tratar de cumplir con más apego el número de expedientes a revisar de acuerdo con las cifras programadas, siempre que las circunstancias retornen a la normalidad.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Clave entidad/unidad:

NOM

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
	INDICADOR Porcentaje de auditorías clínicas realizadas FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	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. SE LOGRÓ LA META. NO hubo variación en el indicador y NO hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): Se llevó a cabo la Auditoría Clínica denominada "Acerca del llenado del Expediente Clínico: Historia Clínica / Hoja de Egreso", cuyo objetivo primordial fue determinar el porcentaje de cumplimiento de la normatividad y la calidad de los registros en el expediente clínico, particularmente en la Historia Clínica y en la Hoja de Egreso, basado en el Modelo de Evaluación del Expediente Integrado y de Calidad (MECIC).
10	VARIABLE 1 Número de auditorías clínicas realizadas	1	1	0.0	100.0	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). En la evaluación realizada se encontró que el llenado de la Historia Clínica y de la Hoja de Egreso, en la mayoría de los casos revisados, fue adecuado o con omisiones que fácilmente se pueden corregir, por lo que no se identifican riesgos, aunque sí áreas de oportunidad para mejorar los registros clínicos institucionales.
	VARIABLE 2 Número de auditorías clínicas programadas x 100			0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Las acciones propuestas, derivadas de los resultados de esta auditoría son las siguientes: * Asegurar el registro del nombre, firma y cédula de los médicos que realizan las notas de Historia clínica y de Egreso así como siempre tener un médico adscrito que supervisa/autoriza. * Asentar la hora del egreso y no sólo la hora de elaboración de la nota. * Llenado correcto y completo de los diagnósticos iniciales y finales a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

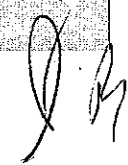
1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERÍODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERÍODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES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

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

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

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

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



Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de	DEFINICION DEL INDICADOR	META		VARIACION		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
INDICADOR	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	72.3	60.4	-11.9	83.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 60.4 por ciento en comparación con la meta programada del 72.3 por ciento, representó un cumplimiento de la meta del 83.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El indicador se encuentra 16.5% por debajo de la meta programada, lo que es producto de la necesidad de reconvertir camas para alojar a pacientes con PCR positiva a SARS-CoV2. En el caso de la V1 (días paciente) se observa una disminución del 33.2% respecto de lo esperado, secundaria a la reducción en el número de ingresos y egresos hospitalarios comentada en el Indicador 2, además de que para evitar mayor riesgo de exposición, se ha procurado dar el alta más tempranamente a los pacientes, por supuesto dependiendo de su estado de salud. En cuanto a la V2 (días cama), el valor es 20% menor al esperado, y ello es debido por un lado a la reconversión de camas, por otro lado a la "contaminación" de algunos servicios ya que hubo pacientes que al paso de los días tuvieron PCR positiva a SARS-CoV2 y por tanto fue necesario aislar a dichos pacientes y cerrar el servicio hasta el egreso de los mismos.
VARIABLE 1	Número de días paciente durante el período	42,687	28,516	-14,171.0	66.8	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). Al haberse aplazado el ingreso de pacientes que requieren de algún tipo de procedimiento programado, existe el riesgo de que su condición continúe evolucionando y por lo tanto se pudiera empeorar.
VARIABLE 2	Número de días cama durante el período	59,042	47,219	-11,823.0	80.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Al igual que en otros de los indicadores, el regreso a la normalidad de su comportamiento depende de que la situación que se vive en el país por COVID vaya mejorando, puesto que a pesar de no ser un Hospital COVID, ello no nos exime de recibir pacientes positivos, por lo que se deben extremar las precauciones y continuar con los esfuerzos por mantener aislados a estos pacientes en un intento por frenar la dispersión de los contagios.

N o. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
12	INDICADOR Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	6.2	3.3	-2.9	53.2	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del periodo de evaluación registró un promedio de 3.3 en comparación con la meta programada de 6.2, representa un cumplimiento de la meta del 53.2 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): El promedio de días estancia al cierre del año fue de 3.3, es decir 46.8% menor que la esperada, secundario a la ya mencionada estrategia de dar de alta más tempranamente a aquellos pacientes que se encuentran con adecuado estado de salud, con la intención de no someterlos al riesgo de contagio, así como para tratar de hacer más eficiente el movimiento de camas. Esta situación evidentemente afecta el número de días estancia global de nuestros pacientes (V1). Por otro lado, el denominador es 31.5% menor a lo esperado, debido a la reducción en el total de aperturas de expedientes, así como al cierre temporal y reconversión de algunos servicios, como ya ha sido mencionado en otros indicadores anteriores.
	VARIABLE 1 Número de días estancia	51,055	18,642	-32,413.0	36.5	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). La medida de dar de alta temprana a pacientes con condiciones adecuadas de salud, ha permitido liberar camas para la atención de otros pacientes, pero sobre todo ha reducido los riesgos de contagio por SARS-CoV2 tanto de pacientes como de personal de salud. La determinación de dar de alta tempranamente a algunos pacientes, se hace sobre la base de una cuidadosa evaluación de su evolución, además se instruye a los pacientes acerca de posibles señales de alarma, que de presentarse, deben acudir al servicio de Urgencias para su atención.
	VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios	8,262	5,657	-2,605.0	68.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). En la medida en que se retorne a la normalidad y se puedan reabrir los servicios temporalmente cerrados y ya no exista la necesidad de mantener áreas destinadas para el aislamiento y atención de pacientes con COVID, este indicador seguramente irá mejorando, al tener la posibilidad de recibir a mayor número de pacientes y de que su estancia pueda ser también un poco mayor.

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.

[Handwritten signature and initials]

N o. de	DEFINICION DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
13	INDICADOR Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	70.1	71.2	1.1	101.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 71.2 por ciento en comparación con la meta programada del 70.1 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 101.6 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.
	VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	5,829	1,864	-3,965.0	32.0	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). El riesgo es el del posible retraso en el inicio de la atención de pacientes que por sus factores de riesgo sí deben ser atendidas en un escenario médico de alta especialización.
	VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo	8,321	2,618	-5,703.0	31.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). En la página institucional se han establecido las indicaciones dirigidas a las pacientes, para que al presentar ciertas condiciones que requieren de atención inmediata, acudan al instituto para ser valoradas y en su caso se les abra expediente para brindarles los cuidados que requieren.

[Handwritten signature and initials]



Clave entidad/unidad:

NDH

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

N o. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
14	INDICADOR Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 1000$	4.6	14.8	10.2	321.7	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 14.8 por ciento en comparación con la meta programada del 4.6 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 321.7 por ciento, colocando al indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. VARIACIONES DEDIDO A (MÁXIMO 5 RENGLONES): Se presenta un incremento importante del indicador con respecto de la meta esperada para el año, que es consecuencia tanto de el aumento del número de episodios infecciosos per se (V1) (incremento del 16.5%) por la presentación de brotes por VSR e influenza que iniciaron hacia finales del año 2019 en las terapias neonatales, pero que continuaron durante los primeros meses del 2020, lo que se sumó a los casos COVID positivos registrados desde abril a la fecha, tanto de pacientes adultos como de neonatos. El decremento relativo de 63.5% en el número de días estancia (V2) juega un papel sumamente importante en que el valor del indicador haya subido tanto, y es debido, como ya fue comentado, tanto a la reducción en el número de aperturas de expediente, como a la de ingresos y egresos hospitalarios, así como a la decisión de dar el alta temprana entre los pacientes no complicados con adecuado estado de salud.
	VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	236	275	39.0	116.5	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). El incremento de la tasa de Infección nosocomial es en sí mismo un riesgo para la población atendida, dado que significa que se han presentado más episodios infecciosos entre los pacientes hospitalizados; sin embargo, ha sido un riesgo inevitable para fines prácticos, dadas las circunstancias sanitarias desde el mes de marzo en que se hizo la declaratoria de pandemia por COVID.
	VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte	51,055	18,642	-32,413.0	36.5	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ (MÁXIMO 5 RENGLONES). Se ha mantenido la capacitación en higiene de manos en áreas críticas de hospitalización del instituto y uso de EPP, manejo de índice epidémico como indicador de riesgo en UCIN, supervisión de limpieza hospitalaria, además; se han generado estrategias que involucran procedimientos de biodescontaminación y sanitización de áreas críticas con radiación UV de acuerdo a lineamientos internacionales y uso de tapetes sanitizantes en entradas de áreas críticas. También se han cursos tomado externos sobre abordaje y manejo de COVID-19 para el personal de Epidemiología y de otras áreas de atención médica del INPer. Se ha limitado la propagación de casos de COVID, haciendo estudios de brote, estudio de caso índice y

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

DR. MANUEL CORTÉS BONILLA

TITULAR DEL ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

REVISÓ Y REGISTRO DE CONFORMIDAD

DR. RAMÓN ALBERTO RUIZ-TAPIA

TITULAR DE ÁREA PLANEACIÓN O EQUIVALENTE (NOMBRE Y FIRMA)

AUTORIZÓ

DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ

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