

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

N o. de	DEFINICION 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: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	14.5	14.9	0.4	102.8	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 14.9 por ciento en comparación con la meta programada del 14.5 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 102.8 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. La V2 fue 19.7% menor que lo programado porque la necesidad de remodelar la UCIN derivó en la reducción temporal de cunas de la misma UCIN y de la UCIREN, ello necesariamente se acompaña de un más estricto cumplimiento de criterios de alto riesgo para la apertura de expediente de pacientes obstétricas, de lo contrario se saturarían las terapias neonatales. La V1 muestra un valor 17.6% menor al programado, sin embargo ello no está bajo el control institucional, puesto que se recibe e ingresa a toda paciente referida que amerite atención en este escenario médico. La pandemia por COVID-19 también tuvo afectación ya que a partir de marzo no se ingresan pacientes ginecológicas, excepto aquellas con alguna urgencia.
	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 período de evaluación	159	131	-28.0	82.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ En este periodo consideramos que sería de mayor riesgo para la población (específicamente la de neonatos de alto riesgo) continuar su atención bajo las condiciones estructurales actuales de la UCIN, por lo que la reducción de aperturas de expediente no representa un riesgo sino una condición necesaria para asegurar la buena calidad de la atención de nuestros pacientes.
	VARIABLE 2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el período de evaluación	1,093	878	-215.0	80.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Tras la remodelación del servicio de UCIN, que se espera terminar a más tardar en el mes de junio 2020, se tendrán condiciones para poder aceptar a un mayor número de pacientes obstétricas, aunque vale la pena comentar que dicha cantidad no deberá incrementarse de forma importante, puesto que de hacerlo se volvería a la saturación de las terapias neonatales. Una vez superada la pandemia por COVID se volverán a aceptar pacientes ginecológicas, con lo que el denominador incrementará.



MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERIODO ENERO - MARZO 2020

INGRESAR PERIODO DE REPORTE

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

NOE

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

Clave entidad/unidad:

Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

Nº	DEFINICION DEL INDICADOR	VARIACION				INDICADOR	2	VARIABLE 1	VARIABLE 2
		DEBIDO A: 1/ 4/	ABSOLUTA (2) - (1)	ALCANZADO (2)	META ORIGINAL (1)				
	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 98.1 por ciento en comparación con la meta programada del 98.9 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 99.2 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.	99.2	98.1	98.9			Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Total de egresos hospitalarios
		Las variaciones que muestran las V1 y V2 respecto de lo programado tienen su origen en lo ya expuesto en el indicador 1: Remodelación de la UCIH con la consecuente reducción en el número de camas y por tanto la necesidad de hacer más crítico el cumplimiento de los criterios de alto riesgo para la apertura a pacientes obstétricas, así como también las decisiones tomadas para enfrentar la pandemia de COVID-19, relativas a que en el caso de pacientes ginecológicos sólo se aceptarían aquellas que presenten condiciones de urgencia. También la reconversión temporal de 4 camas de hospitalización adultas a camas de Urgencias.							
		RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACION 2/ 4/							
			83.1	1,629	1,961				
		ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/							
		Tras la remodelación del servicio de UCIH, que se espera terminar a más tardar en el mes de junio 2020, se tendrán condiciones para poder aceptar a un mayor número de pacientes obstétricas, aunque vale la pena comentar que dicha cantidad no deberá incrementarse de forma importante, puesto que de hacerlo se volvería a la saturación de las terapias neonatales. Una vez superada la pandemia por COVID se volverán a aceptar pacientes ginecológicos, con lo que tanto el denominador como el numerador del indicador incrementarán.	83.8	-321.0	1,661				
1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERIODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERIODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.									
2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES									
3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.									
4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULACIÓN 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 OBJETO 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.									

80

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PA - 8033 "ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACION		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: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	80.1	93.4	13.3	116.6	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 93.4 por ciento en comparación con la meta programada del 80.1 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 116.6 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. El indicador se ubica 16.6% por arriba de lo programado debido a que la V2 se redujo en 14.7% ya que por la contingencia por COVID-19 en el mes de marzo se canceló la consulta externa, disminuyéndose entonces el denominador.
	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	626	623	-3.0	99.5	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El hecho de que una mayor proporción de los encuestados que lo esperado, considere que la calidad de la atención recibida en los servicios ambulatorios es satisfactoria, no representa ningún tipo de riesgo para la población atendida, sino por el contrario es un beneficio.
	VARIABLE 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	782	667	-115.0	85.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Una vez terminada la contingencia por la pandemia por COVID-19 se podrá incrementar nuevamente el número de encuestas aplicadas. En la medida de lo posible habrá que redoblar esfuerzos para tratar de cubrir un mayor número de encuestas en los meses posteriores a la pandemia, con el propósito de acercarnos al cumplimiento de la meta anual.

[Handwritten signature and initials]

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - MARZO 2020

INGRESAR PERÍODO DE REPORTE

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD

DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METAS				EXPLICACIÓN DE VARIACIONES	
ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	RELATIVA	VARIA	VARIA	VARIA	VARIA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	55.5	52.6	-2.9	94.8	El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanczado del 52.6 por ciento en comparación con la meta programada del 55.5 por ciento, representó un cumplimiento de la meta del 94.8 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables.	Derivado de la contingencia sanitaria por COVID-19, el hospital ha tenido que ajustar sus funciones dando prioridad a la atención de pacientes embarazadas y urgencias ginecológicas. Por una cuestión de seguridad a la población se consideró que las terapias de rehabilitación no son urgentes, ni de atención prioritaria, bajo las circunstancias actuales, por lo que se suspendieron a partir del mes de marzo, ello deriva en la reducción de ambas variables.
4						RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ El no realizar la rehabilitación podría retrasar el restablecimiento de la salud de los pacientes, sin embargo resulta de mayor riesgo el posible contagio por COVID-19. Las recomendaciones de la Secretaría de Salud en estos momentos son de permanencia en aislamiento social para evitar la propagación de esta enfermedad.	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se debe esperar a que termine la pandemia para poder regularizar este tipo de servicios. En caso de que el confinamiento se prolongue por la pandemia, se pueden iniciar algunas acciones educativas y de consulta vía remota.
VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	1,802	1,321	-481.0	73.3		
VARIABLE 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	3,249	2,511	-738.0	77.3		

Clave entidad/unidad:

NDE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PR- 6033 "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: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	36.3	40.1	3.8	110.5	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 40.1 por ciento en comparación con la meta programada del 36.3 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 110.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y Si hubo variación en variables. El indicador muestra un valor 10.5% por arriba de la meta programada debido a que el denominador muestra una reducción relativa de 19.2% respecto de la meta correspondiente, lo que se relaciona nuevamente, por un lado con la menor apertura de expedientes durante el periodo, además del inicio del periodo de contingencia por la pandemia por COVID que, como ya se comentó, obligó a reducir los procedimientos no urgentes, entre ellos las colposcopías, citoscopías, mastografías y otros estudios de rayos X y ultrasonidos de reproducción asistida. Algunos procedimientos de baja complejidad se han desplazado por otras tecnologías menos invasivas y más confiables, tal es el caso del registro cardiotocográfico que se ha sustituido en algunos casos por ultrasonido doppler.
	VARIABLE 1 Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	3,879	3,514	-365.0	90.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Dado que se están atendiendo preferentemente a las pacientes obstétricas debido a la importancia de preservar la salud del binomio y de resolver sin dilación los problemas obstétricos y perinatales que se presenten, así como los casos con alguna urgencia ginecológica, y derivando los casos que pudiesen ser atendidos en hospitales de menor especialización, consideramos que no existen riesgos para la población blanco de nuestra institución; sin embargo se pueden generar molestias entre quienes han de ser referidas por no presentar datos de alto riesgo.
	VARIABLE 2 Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados	10,697	8,755	-1,942.0	81.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Una vez que se resuelva la contingencia por COVID, se volverá a la normalidad, sin embargo es pertinente comentar que es altamente probable que no se dé cumplimiento a la meta programada al cierre del año, por lo que deberá vigilarse el comportamiento en los próximos meses y valorar la pertinencia de reprogramar metas.

[Handwritten signature and initials]

DEFINICION DEL INDICADOR	ORIGINAL	META	ABSOLUTA	VARIACIÓN	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
	(1)	ALCANZADO (2)	(2) - (1)	(2/1) X 100 %	
INDICADOR	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	52.6	73.2	20.6	El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 73.2 por ciento en comparación con la meta programada del 52.6 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 139.2 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables.
	FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100			139.2	Tanto la VI como la VZ presentan variaciones muy importantes respecto de sus metas fundamentalmente porque la mayoría de los procedimientos ambulatorios se realizan en pacientes ginecológicos y no son esenciales en estos momentos de contingencia.
6					
VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	401	268	-133.0	Dado que se están derivando los casos que pudiesen ser atendidos en hospitales de menor especialización por no presentar condiciones de alto riesgo o de urgencia, consideramos que no existen riesgos para la población blanco de nuestra institución; sin embargo se pueden generar molestias entre quienes han de ser referidas por no presentar datos de alto riesgo. En lo que toca a la población que acude a reproducción asistida, al no representar una condición urgente en este momento, se aplaza su manejo y ello podría tener consecuencias en la tasa de éxito en algunos casos, sobre todo en aquellos con edad más avanzada.
					RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA VARIACIÓN 2/ 4/
VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	763	366	-397.0	Una vez que se resuelva la emergencia sanitaria este tipo de servicios se irán regularizando.
					ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

O. de In	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
7	INDICADOR Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	95.8	76.0	-19.8	79.3	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 76 por ciento en comparación con la meta programada del 95.8 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 79.3 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables. Sigue habiendo un cuello de botella institucional que es la UCIN, ya que si esa unidad se encuentra saturada no es posible dar servicio a más pacientes obstétricas y neonatales. A partir del mes de diciembre, a raíz de los brotes de influenza y VSR, se inició un proceso de descontaminación y se detectó la necesidad de hacer una remodelación profunda de dicho servicio, lo que ha obligado a restringir no sólo los ingresos hospitalarios sino también las consultas. Además con la pandemia se canceló la preconsulta; todo ello redujo de forma importante el numerador.
	VARIABLE 1 Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	38,777	30,740	-8,037.0	79.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Al reducirse la capacidad de consulta en el INPer algunas pacientes tendrán que ser derivadas a hospitales de segundo nivel de atención.
	VARIABLE 2 Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	40,472	40,472	0.0	100.0	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Una vez que quede remodelada el área de UCIN se podrá ampliar el número de consultas otorgadas. También se espera un incremento en el número de consultas en todos sus rubros una vez terminada la contingencia por COVID-19.

[Handwritten signature]

Clave entidad/unidad:

Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - MARZO 2020

INGRESAR PERÍODO DE REPORTE

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD



DEFINICION DEL INDICADOR

META
ORIGINAL (1)
ALCANZADO (2)
VARIACION Absoluta (2) - (1)
% (2/1) x 100

EXPLICACIÓN DE VARIACIONES

DEBIDO A: 1/ 4/

El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 91.4 por ciento en comparación con la meta programada del 80 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 114.3 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO.
Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables.

Se encuestó prácticamente a la totalidad de las personas programadas (V2), sin embargo una proporción mayor a la esperada refirió estar satisfecha con la calidad de la atención recibida en hospitalización, por lo siguiente: contar con el consentimiento informado, la calidad y calidez de los médicos cirujanos, neonatólogos y anestesiólogos, así como por el personal de enfermería; buenas indicaciones de los cuidados posteriores a la cirugía, limpieza de las habitaciones y por la alimentación recibida.

RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/

El que la proporción de población satisfecha con los servicios de hospitalización sea mayor a la esperada no representa ningún riesgo sino un beneficio para la misma y para la institución.

ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

La Dirección Médica revisará con el departamento responsable de la programación y aplicación de las encuestas de satisfacción, para determinar la pertinencia de reprogramar las metas de los próximos trimestres.

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 "ESPECIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA" EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema lógico del ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

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	85.6	5.6	107.0	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 85.6 por ciento en comparación con la meta programada del 80 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 107 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color AMARILLO. Si hubo variación en el indicador y NO hubo variación en variables. El indicador se encuentra dentro de la variación aceptada como adecuada (menor del 10%) con respecto de la meta programada, lo que deriva de que por un lado una proporción un poco mayor a la esperada de los expedientes cumplieron con los criterios establecidos en la NOM 004, y por otro lado porque el denominador fue un poco menor al programado (3 expedientes menos), lo que combinado arroja naturalmente una cifra discretamente más alta que la programada. Este resultado es benéfico ya que significa que se han mejorado los registros hospitalarios.
	VARIABLE 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	108	113	5.0	104.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Se observan beneficios para la población y para la institución ya que al haber mejoras en la calidad de los registros puede haber a su vez mejoras en la calidad de la atención (menos errores y menos riesgos para los pacientes), así como datos más confiables sobre los que se tomen decisiones y se gestionen los servicios.
	VARIABLE 2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	135	132	-3.0	97.8	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ No se considera necesario implementar ninguna acción de regularización, a menos que se considere que es más importante cumplir a cabalidad con la meta programada que mejorar la calidad de los registros médicos.

[Handwritten signatures and initials]

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERIODO ENERO - MARZO 2020

INGRESAR PERIODO DE REPORTE

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD



Clave entidad/unidad:

Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

NOE

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

DEFINICION DEL INDICADOR		ORIGINAL (1)	META ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1) % VARIACION (2/1) X 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES	
10	INDICADOR	FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	0.0	DEBIDO A: 1/ 4/
	Porcentaje de auditorías clínicas realizadas		0.0	0.0	0.0	El indicador al final del periodo 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 (MÁXIMO 5 RENGONES): ESTE INDICADOR ES DE REPORTE ANUAL
10						RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/
	VARIABLE 1	Número de auditorías clínicas realizadas	0	0	0.0	CONSECUENCIAS INSTITUCIONALES O DAÑO A LA POBLACIÓN (MÁXIMO 5 RENGONES)
						ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/
	VARIABLE 2	Número de auditorías clínicas programadas x 100	0	0	0.0	(MÁXIMO 5 RENGONES)

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

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

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

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

NOE

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

O. de	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACION		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABSOLUTA (2) - (1)	% (2/1) X 100	
11	INDICADOR Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	66.4	49.0	-17.4	73.8	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 49 por ciento en comparación con la meta programada del 66.4 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 73.8 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. SI hubo variación en el indicador y SI hubo variación en variables. La reducción observada en el valor del indicador es secundaria a que en este trimestre hubo reducción en el número de camas de adultas ya que se destinaron 4 camas al servicio de Urgencias; esto aunado a la reducción en el número de camas de UCIN y UCIREN por la remodelación de la primera de ellas, lo que a su vez redujo el número de pacientes atendidos y por ende los días paciente. A ello se agrega la contingencia sanitaria que por sí misma produjo reducción en la afluencia de pacientes.
	VARIABLE 1 Número de días paciente durante el período	9,802	6,232	-3,570.0	63.6	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Al haber menos camas disponibles un menor número de pacientes se verán beneficiadas con la atención en un centro de alta especialización como lo es el INPer, teniéndose que derivar algunas al segundo nivel de atención.
	VARIABLE 2 Número de días cama durante el período	14,767	12,721	-2,046.0	86.1	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ La finalización de la remodelación de la UCIN, que se espera a más tardar para el mes de junio, así como el levantamiento del estado de contingencia sanitaria traerán consigo el regreso al número de camas/cunas de hospitalización normal y ello derivará en un repunte en el número de pacientes atendidos.




MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METRA	ALCANZADO	ABSOLUTA	VARIACIÓN	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
o. de	INDICADOR	(1)	(2)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
12	Promedio de días estancia	FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	6.2	6.2	0.0	100.0
	INDICADOR					
El indicador al final del período de evaluación registró un promedio de 6.2 en comparación con la meta programada de 6.2, representa un cumplimiento de la meta del 100 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color VERDE: NUNQUE EL INDICADOR ES VERDE, HAY VARIACIÓN EN VARIABLES. NO hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables. El número de egresos hospitalarios (V2) se redujo en este período por el conjunto de situaciones ya comentadas: la reducción el total de camas censables tanto de neonatos como de adultas (la primera por la remodelación de UCIH y la segunda por la contingencia sanitaria para incrementar el número de camas de Urgencias), así como la reducción de pacientes ginecológicas por haberse cerrado temporalmente los servicios correspondientes por la pandemia; todo lo anterior naturalmente reduce el número de pacientes que se pueden recibir en hospitalización y por supuesto también la sumatoria de días estancia será menor (V1); sin embargo la estancia promedio se encuentra en el nivel esperado de 6.2 días.						
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ La reducción general de egresos hospitalarios no representa riesgos porque como se explica en el indicador 1, la disminución de camas de terapias neonatales fue necesaria para poder recondicionar dichos servicios cuidando la seguridad de nuestros pacientes. La reducción de ingresos y egresos ginecológicos también ha sido necesaria por las condiciones actuales de pandemia por COVID, dando preferencia a la atención de pacientes obstétricas, neonatales y situaciones de urgencia ginecológica.						
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ La finalización de la remodelación de la UCIH, que se espera a más tardar para el mes de junio, así como el levantamiento del estado de contingencia sanitaria harán que el funcionamiento de los servicios vuelva a la normalidad, con lo que se espera brindar atención a un número cercano a lo esperado de pacientes, conforme a la capacidad instalada.						
12	INDICADOR					
	Variable 1	Número de días estancia	12,214	10,305	-1,909.0	84.4
	Variable 2	Total de egresos hospitalarios	1,982	1,661	-321.0	83.8

N o. de	DEFINICIÓN 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: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	72.9	73.0	0.1	100.1	DEBIDO A: 1/ 4/ El indicador al final del período de evaluación registró un alcanzado del 73 por ciento en comparación con la meta programada del 72.9 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 100.1 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. Nuestra capacidad de atención está determinada en gran medida por aquella de las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales; desde el inicio del 2020 el número de cunas de la UCIN y de la UCIREN se han ido reduciendo por la obra de remodelación de la primera de ellas y ello tiene afectación entre otras cosas, en el número de pacientes que pueden atenderse tanto en servicios de hospitalización como en los de consulta externa. Adicionalmente por la pandemia por COVID-19 se tomó la decisión de cerrar la preconsulta y consecuentemente tampoco ha habido consultas de primer vez desde mediados del mes de marzo, por lo tanto ambas variables del indicador se ven reducidas en este período.
	VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	1,508	986	-522.0	65.4	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Al reducirse la capacidad de consulta en el INPer algunas pacientes tendrán que ser derivadas a hospitales de segundo nivel de atención, en tanto se mantenga la situación de contingencia sanitaria.
	VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo	2,070	1,350	-720.0	65.2	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITAIBLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ En este momento no es posible implementar acciones de regularización, sin embargo se espera que una vez que termine la contingencia sanitaria la consulta retorne a niveles normales en cuanto a número de pacientes atendidos.

13

13

Clave entidad/unidad:
Entidad/unidad:
PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERIODO ENERO - MARZO 2020

INGRESAR PERIODO DE REPORTE

INGRESAR NOMBRE DE LA ENTIDAD



DEFINICION DEL INDICADOR

o. N
de
METAS
ORIGINAL
ALCANZADO
VARIACIÓN
ABSOLUTA
%
(2/1) X 100

DEBIDO A: 1/ 4/

EXPLICACIÓN DE VARIACIONES

El indicador al final del periodo de evaluación registró un alcanzado del 5.7 por ciento en comparación con la meta programada del 4.4 por ciento, representa un cumplimiento de la meta del 129.5 por ciento, colocando el indicador en un semáforo de color ROJO. Si hubo variación en el indicador y si hubo variación en variables.

El indicador en este periodo presentó un valor mayor al esperado debido a que por un lado la VZ tuvo 5 episodios más que los esperados, debidos a un brote de VSR que inició en el mes de diciembre 2019 y uno de influenza en enero de 2020. Dado que el VSR se puede contagiar hasta por 4 semanas en los niños y el brote surgió en la UCIREN, fue necesario limitar el número de neonatos manejados tanto en UCIN como en UCIREN durante prácticamente todo el mes de enero. Por otro lado la VZ muestra una reducción relativa del 15.6% por la remediación de la UCIN, los propios brotes mencionados arriba y por la contingencia por el COVID-19, todo lo cual ha obligado a la disminución de egresos hospitalarios y por lo tanto de los días estancia.

Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)
FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000

Número de episodios de infecciones de reporte

Variable 2
Total de días estancia en el periodo de reporte

Las acciones para contener el brote de VSR y de influenza ya se implementaron y son las que se mencionan en el apartado anterior. En cuanto a acciones para regularizar el denominador, serán por un lado la finalización de la remediación de la UCIN para regresar al número completo de camas censables y por otro esperar a que termine la contingencia sanitaria para regularizar el número de camas de adultos también.

1/ CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 10 POR CIENTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL PERIODO EN LA VARIABLE 1 O EN LA VARIABLE 2 RESPECTO A LOS VALORES ORIGINALES COMPROMETIDOS AL PERIODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.
2/ RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.
3/ ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA REGULARIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCANZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.
4/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ES ASÍ QUE LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULACIÓN 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 PPI) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN 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
DIRECTOR MÉDICO

TITULAR DE ÁREA SUSTANTIVA (NOMBRE Y FIRMA)

DR. JORGE ARTURO CARBONA PÉREZ

AUTORIZO

DIRECTOR GENERAL O EQUIVALENTE (NOMBRE Y FIRMA)

TITULAR DE ÁREA PLANEACIÓN O EQUIVALENTE (NOMBRE Y FIRMA)

REVISÓ Y RECIBÓ DE CONFORMIDAD

DR. RAMÓN ALBERTO RUIZ TAPIA

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