

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"</b>							
<b>ÁREA: FORMACIÓN DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA</b>							
PROPÓSITO (5)	<p align="center">Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	98.1	98.6	97.0	1.6	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 1.6% en el porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 98.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>No obstante que el cumplimiento del indicador se situó en semáforo verde, no se alcanzó la meta en 54.1% en el número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de los cursos de educación continua impartida por la institución y del 53.4% en el número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución. Estos resultados se debieron a las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprogramación de algunos cursos.</li> <li>- Poca capacidad que tiene el área del laboratorio de cirugía experimental, donde se desarrollaron 5 de los 10 cursos-taller de microcirugía.</li> <li>- Cupo limitado para el curso de ATLS para 16 profesionales.</li> <li>- La planeación de metas 2018, se realizó con base en el histórico del número de cursos, asistencia y temas de interés, lo que llevó a una sobreestimación de asistentes, con relación a la programación real por parte de los organizadores, quienes identificaron la necesidad de otras modalidades para ofertar capacitación en el 2018.</li> </ul> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias técnico-médicas y de gestión acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> La Unidad de Enseñanza establecerá una estrategia que contemple los aspectos logísticos para la realización de los cursos, encaminada a supervisar su difusión oportuna para evitar la cancelación, reprogramación y principalmente a cumplir con el número de asistentes programados. Además, se considerará la posibilidad de contar con dos horarios para impartir los cursos en los cuales el espacio físico sea limitado y se solicitará a los organizadores de los cursos una programación preliminar de número de cursos y asistentes por trimestre para contar con los elementos necesarios para la programación de metas que las instancias coordinadoras solicitan en el mes de julio.</p>
	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de los cursos de educación continua impartida por la institución	5,100	848	389			
	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado X 100	5,200	860	401			
COMPONENTE (8)	<p align="center">Eficacia en la impartición de cursos de educación continua</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	97.3	92.3	76.9	16.7	<b>ROJO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 16.7% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 92.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la reprogramación de dos cursos de "Microcirugía I" para ajustarse al nuevo ciclo académico de los médicos residentes y del curso "El estrés laboral en el personal de salud", para incrementar el número de asistentes por ser un tema relevante para la organización de cualquier institución.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias técnico-médicas y de gestión acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> La Unidad de Enseñanza establecerá una estrategia que contemple los aspectos logísticos para la realización de los cursos, encaminada a supervisar su difusión oportuna para evitar la cancelación, reprogramación y principalmente a cumplir con el número de asistentes programados. Además, se considerará la posibilidad de contar con dos horarios para impartir los cursos en los cuales el espacio físico sea limitado y se solicitará a los organizadores de los cursos una programación preliminar de número de cursos y asistentes por trimestre para contar con los elementos necesarios para la programación de metas que las instancias coordinadoras solicitan en el mes de julio.</p>
	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	72	12	10			
	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	74	13	13			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
COMPONENTE (9)	<p align="center"><b>Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua</b></p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	76.9	75.6	80.0	5.8	<b>AMARILLO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 5.8% en el porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 75.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución del 50.6% en el número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos y del 53.4% en el total de participantes en los cursos de educación continua impartidos. Estos resultados se debieron a las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprogramación de algunos cursos.</li> <li>- Poca capacidad que tiene el área del laboratorio de cirugía experimental, donde se desarrollaron 5 de los 10 cursos-taller de microcirugía.</li> <li>- Cupo limitado para el curso de ATLS para 16 profesionales.</li> <li>- La planeación de metas 2018, se realizó con base en el histórico del número de cursos, asistencia y temas de interés, lo que llevó a una sobreestimación de asistentes, con relación a la programación real por parte de los organizadores, quienes identificaron la necesidad de otras modalidades para ofertar capacitación en el 2018.</li> </ul> <p>No obstante, se logró que el 80% de los asistentes fueran participantes de otras instituciones de salud y de educación superior, lo que manifiesta el prestigio del Hospital en su capacidad profesional en la prestación de la asistencia médica.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias técnico-médicas y de gestión acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> La Unidad de Enseñanza establecerá una estrategia que contemple los aspectos logísticos para la realización de los cursos, encaminada a supervisar su difusión oportuna para evitar la cancelación, reprogramación y principalmente a cumplir con el número de asistentes programados. Además, se considerará la posibilidad de contar con dos horarios para impartir los cursos en los cuales el espacio físico sea limitado y se solicitará a los organizadores de los cursos una programación preliminar de número de cursos y asistentes por trimestre para contar con los elementos necesarios para la programación de metas que las instancias coordinadoras solicitan en el mes de julio.</p>
	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	4,000	650	321			
	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo X 100	5,200	860	401			
COMPONENTE (10)	<p align="center"><b>Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua</b></p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	9.1	9.1	9.0	1.1	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 1.1% en la percepción sobre la calidad de la educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1% que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>No obstante que el cumplimiento del indicador se situó en semáforo verde, no se alcanzó la meta en 57.5% en el total de profesionales de la salud que participaron en cursos de educación continua encuestados. Este resultado se debió a las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprogramación de algunos cursos.</li> <li>- Poca capacidad que tiene el área del laboratorio de cirugía experimental, donde se desarrollaron 5 de los 10 cursos-taller de microcirugía.</li> <li>- Cupo limitado para el curso de ATLS para 16 profesionales.</li> <li>- La planeación de metas 2018, se realizó con base en el histórico del número de cursos, asistencia y temas de interés, lo que llevó a una sobreestimación de asistentes, con relación a la programación real por parte de los organizadores, quienes identificaron la necesidad de otras modalidades para ofertar capacitación en el 2018.</li> </ul> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias técnico-médicas y de gestión acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> La Unidad de Enseñanza establecerá una estrategia que contemple los aspectos logísticos para la realización de los cursos, encaminada a supervisar su difusión oportuna para evitar la cancelación, reprogramación y principalmente a cumplir con el número de asistentes programados. Además, se considerará la posibilidad de contar con dos horarios para impartir los cursos en los cuales el espacio físico sea limitado y se solicitará a los organizadores de los cursos una programación preliminar de número de cursos y asistentes por trimestre para contar con los elementos necesarios para la programación de metas que las instancias coordinadoras solicitan en el mes de julio.</p>
	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	44,590	7,553	3,171			
	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados X 100	4,900	830	353			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
ACTIVIDAD (14)	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.2	90.5	42.2	53.4	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 53.4% de eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 90.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución del 53.4% en el número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución. Este resultado se debió a las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprogramación de algunos cursos.</li> <li>- Poca capacidad que tiene el área del laboratorio de cirugía experimental, donde se desarrollaron 5 de los 10 cursos-taller de microcirugía.</li> <li>- Cupo limitado para el curso de ATLS para 16 profesionales.</li> <li>- La planeación de metas 2018, se realizó con base en el histórico del número de cursos, asistencia y temas de interés, lo que llevó a una sobreestimación de asistentes, con relación a la programación real por parte de los organizadores, quienes identificaron la necesidad de otras modalidades para ofertar capacitación en el 2018.</li> </ul> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias técnico-médicas y de gestión acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> La Unidad de Enseñanza establecerá una estrategia que contemple los aspectos logísticos para la realización de los cursos, encaminada a supervisar su difusión oportuna para evitar la cancelación, reprogramación y principalmente a cumplir con el número de asistentes programados. Además, se considerará la posibilidad de contar con dos horarios para impartir los cursos en los cuales el espacio físico sea limitado y se solicitará a los organizadores de los cursos una programación preliminar de número de cursos y asistentes por trimestre para contar con los elementos necesarios para la programación de metas que las instancias coordinadoras solicitan en el mes de julio.</p>
	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	5,200	860	401			
	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100	5,700	950	950			

PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"							
FIN (1)	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	3.6	3.6	8.6	138.9	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 138.9% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 3.6%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a un aumento en la demanda de 428 pacientes referidos a los cuales se les abrió expediente clínico, a causa de que las instituciones públicas de salud de procedencia no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad, como el Hospital General Cuautitlán Vicente Villada, Hospital General de Ticomán, Unidad Médica Quirúrgica Juárez del Centro, Hospital Municipal Juan Aldama Villa Nicolás Romero, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz, Hospital General de Axapusco y el DIF de Ecatepec. Además, se continúa recibiendo a pacientes referidos afiliados al Seguro Popular.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> Incremento en el diferimiento para otorgar atención de consulta externa y menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Vigilar y supervisar el registro y control de la apertura de expedientes clínicos que permita la identificación de las instituciones de salud que más referencias realizan.</p>
	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	1,200	300	728			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación X 100	33,330	8,333	8,480			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROPOSITO (2)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.0	94.0	91.7	2.4	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 2.4% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a que el Hospital brinda atención médica oportuna e integral a los pacientes en el cuidado de sus enfermedades, por lo que les permite restablecer su salud satisfactoriamente.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,390	4,348	4,176			
	<b>Total de egresos hospitalarios x 100</b>	<b>18,500</b>	<b>4,625</b>	<b>4,554</b>			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	88.5	88.7	96.0	8.2	<b>AMARILLO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 8.2% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 88.7% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que 11 usuarios más manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos. Los atributos en los cuales se registró una calificación satisfactoria fueron: trato, satisfacción, información, honestidad y discriminación.</p> <p>Se identificó que los seis usuarios que no manifestaron una calidad de la atención recibida superior a 80 puntos, fue en el atributo de instalaciones y equipo.</p> <p>Las encuestas fueron aplicadas en los servicios de: Reumatología (11), Ginecología (17), Cardiología (9), Dermatología (12), Endocrinología (13), Gastroenterología (16), Hematología (15), Medicina Interna (11), Neumología (11), Inhaloterapia (12), Biología de la Reproducción Humana (1), Oftalmología (5), Cirugía General (6), Cirugía maxilofacial (1), Otorrinolaringología (3), Clínica de Obesidad (1) y Geriatria (6).</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado, sin embargo se dará seguimiento por parte del área de calidad, para mejorar los aspectos que registran un índice menor de satisfacción en la atención médica ambulatoria recibida.</p>
	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	530	133	144			
	<b>Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100</b>	<b>599</b>	<b>150</b>	<b>150</b>			
COMPONENTE (4)	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a que se contó con la plantilla completa del personal de Medicina Física y Rehabilitación, se realizó oportunamente el mantenimiento preventivo a los equipos terapéuticos. Lo que permitió brindar 3,527 sesiones de rehabilitación más.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS :</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	151,200	37,800	41,327			
	<b>Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100</b>	<b>151,200</b>	<b>37,800</b>	<b>41,327</b>			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
COMPONENTE (5)	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	60.0	60.0	57.8	3.7	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 3.7% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 60%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que los pacientes presentaron patologías de mayor complejidad por lo que requirieron de la realización de un número mayor de estudios, impactando con un incremento de 16.3% en los procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados y del 20.8% en el total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados con relación a las metas programadas.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Presiones en el gasto para atender la demanda de pacientes.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Sensibilizar al personal médico sobre el uso racional de los recursos.</p>
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	21,000	5,250	6,108			
	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	35,000	8,750	10,567			
COMPONENTE (6)	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	100.0	100.0	100.0	0.0	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 100% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que el Servicio de Endoscopia cuenta con equipo con tecnología de punta y alto costo, así como personal con altas calificaciones técnicas, posicionando al Hospital como una institución de alta especialidad y de referencia nacional en endoscopia terapéutica.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	719	180	195			
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	719	180	195			
COMPONENTE (7)	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	99.2	99.2	89.5	9.8	<b>AMARILLO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 9.8% de eficacia en el otorgamiento de la consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias), con relación a la meta programada de 99.2%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a una disminución del 9.8% en el total de consultas realizadas (primera vez, subsecuentes, preconsulta, urgencias), con respecto a las 69,250 consultas programadas. Este resultado se debió principalmente a que los pacientes que son clasificados como urgencia sentida derivado de la aplicación del TRIAGE, deciden no esperar a recibir la consulta.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El no contar con suficiente personal médico en las áreas de consulta externa y urgencias, prolonga los tiempos de espera para brindar una atención oportuna a los pacientes.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Supervisar los procedimientos de tiempos y actividades del personal médico, para brindar una atención oportuna a un mayor número de usuarios que demandan atención médica.</p>
	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	277,000	69,250	62,473			
	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	279,250	69,813	69,813			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES	
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO		
COMPONENTE (8)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos  FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	88.5	88.7	98.0	10.5	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 10.5% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 88.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que 14 usuarios más manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos. Los atributos en los cuales se registró una calificación satisfactoria fueron: trato, satisfacción, información, honestidad y discriminación.</p> <p>Se identificó que los tres usuarios que no manifestaron una calidad de la atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos, fue en el atributo de instalaciones y equipo.</p> <p>Las encuestas aplicadas fueron en los siguientes servicios: Oncología (50), Ortopedia (33), Neurocirugía (10), Otorrinolaringología (7), Toxicología (10), Cardiología (11), Gastroenterología (11), Cirugía Plástica (2), Cirugía General de Adultos (9), Oftalmología (1), Medicina Interna (6).</p> <p>El área de Calidad dará continuidad para mejorar la disminución de tiempos de espera, actitud de servicio, disminución de requisitos, comunicación efectiva, solución y seguimiento de quejas y ampliación de horarios de servicio.</p> <p>Cabe señalar, que el Sistema Unificado de Gestión ha permitido mejorar el seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones manifestadas por los usuarios.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado</p>	
		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	530	133	147			
		Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	599	150	150			
COMPONENTE (9)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004  FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.4	87.7	91.7	4.6	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 4.6%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 87.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>El cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que de 145 expedientes clínicos revisados por el Comité del expediente clínico institucional, 133 expedientes clínicos cumplieron con los criterios de la NOM SSA 004.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado. Sin embargo, el Director Médico instruirá al Comité del Expediente Clínico, el cumplimiento al cien por ciento de la revisión total de los expedientes programados.</p>	
		Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	542	136	133			
		Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	620	155	145			

Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
COMPONENTE (11)	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.7	87.7	88.0	0.3	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 0.3% en el porcentaje de ocupación hospitalaria, con relación a la meta programada de 87.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento de color verde.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de días paciente durante el período	123,930	30,983	30,908			
	Número de días cama durante el período x 100	141,269	35,317	35,131			
COMPONENTE (12)	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	5.7	5.7	5.8	1.8	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 1.8% en el promedio de días estancia, con relación a la meta programada de 5.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a la atención oportuna que se les brinda a los pacientes para lograr una mejoría en su salud.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de días estancia	105,060	26,265	26,354			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,500	4,625	4,554			
ACTIVIDAD (13)	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	75.0	75.0	69.2	7.7	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 7.7% en la proporción de consulta de primera vez respecto a preconsultas, con relación a la meta programada 75.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 15.9% en el número de preconsultas otorgadas y del 6.9% en el número de consultas de primera vez. Estos resultado se debieron a que el servicio de Preconsulta contó con una plantilla completa de médicos, lo que permitió atender a un mayor número de pacientes que solicitan atención de preconsulta para su valoración y derivar oportunamente a los pacientes que requieren de atención médica de primera vez de especialidad.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Incremento en el diferimiento para la atención de pacientes en consulta de primera vez y subsecuente de los servicios de especialidad.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Derivar a pacientes a un segundo nivel de atención.</p>
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,652	2,163	2,312			
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	11,536	2,884	3,343			



Informe de enero - marzo 2018

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
ACTIVIDAD (14)	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000</b>	5.1	5.1	4.9	3.9	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior del 3.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 5.1, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece al reforzamiento de las actividades de vigilancia epidemiológica activa, de prevención y difusión de la información generada, así como la supervisión permanente del apego a las buenas prácticas en el control de infecciones para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	525	131	129			
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	103,500	25,875	26,354			