



No. de Indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		ACTUAL		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ORIGINAL (2) - (1)	* (2) / (1) X 100	(2) - (1)	(2) / (1) X 100	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: $\frac{\text{VARIABLE1}}{\text{VARIABLE2}} \times 100$	33.4	30.6	-2.8	91.6			Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 30.6% de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico con 754 de un total de 2,461 de nuevos pacientes; la programación fue del 33.4% con 794 pacientes referidos con posible apertura de expediente de un total de 2,376. Es importante mencionar que la demanda de atención médica especializada se mantiene constante, debido a que se continúa con el fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia para la atención de pacientes, sin embargo, se tuvo un incremento mayor de expedientes abiertos, por el crecimiento de la demanda de población que carece de seguridad social. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 91.6%, señalando un semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4: No se registra riesgo en el cumplimiento del indicador, debido a que se continúa proporcionando atención médica especializada a la población referida que lo solicita. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4:
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	794	754	-40.0	95.0			
VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	2,376	2,461	85.0	103.6			
EXPLICACIÓN DE VARIACIONES								
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/								
INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejora y curación FÓRMULA: $\frac{\text{VARIABLE1}}{\text{VARIABLE2}} \times 100$	90.0	92.5	2.5	102.8			Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 92.5% de egresos hospitalarios por mejora con 2,646 de un total de 2,861 egresos; la programación fue del 90.0% con 2,425 egresos por mejora de 2,695 egresos. Es importante mencionar que esto es derivado de los tratamientos terapéuticos mediante procedimientos hemodinámicos, los cuales presentan un menor riesgo para los pacientes y una recuperación más rápida, lo que les permite una pronta reincorporación a sus actividades cotidianas. El cumplimiento que se alcanzó fue del 102.8%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SHCP. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4: No existe riesgo en el cumplimiento del indicador, debido a que se ha presentado un mayor número de egresos por mejora. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4:
VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejora y curación	2,425	2,646	221.0	109.1			
VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	2,695	2,861	166.0	106.2			

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

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2019

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

SALUD
MINISTERIO DE SALUD

No. de Indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	METAS				VARIACIÓN % (2/1) x 100	EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	ABORTO (2) - (1)	VARIACIÓN % (2/1) x 100		
3	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.0	85.0	-5.0	94.4	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 85.0% de usuarios con percepción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con 710 usuarios satisfechos de un total de 835 usuarios encuestados; la programación fue de 90.0% con 810 usuarios con posibilidad de manifestarse de forma satisfactoria, de 900 usuarios a ser encuestados. Es importante señalar que la difusión de los resultados obtenidos a través de las encuestas a cada una de las áreas que otorgan la atención ambulatoria, permite la definición o reforzamiento de estrategias, que deriven en mejorar la atención de los pacientes y la percepción de la satisfacción de los usuarios. El cumplimiento de meta que se alcanzó fue del 94.4% señalando un semáforo en color amarillo. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 3/ 4/ No se presenta riesgo para el cumplimiento de meta, ya que se están realizando acciones de mejora en el proceso de percepción de satisfacción de los usuarios. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ Se llevan a cabo acciones de mejora en el proceso de aplicación de encuestas a los usuarios de atención ambulatoria.	
	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	810	710	-100.0	87.7		
	Variable 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	900	835	-65.0	92.8		
EXPLICACIÓN DE VARIACIONES							
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/							
Indicador	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0	85.7	5.7	107.1	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 85.76% de sesiones de rehabilitación especializadas con 6,400 de un total de 7,471 sesiones de rehabilitación, la programación fue de 80% con 5,841 sesiones de rehabilitación especializadas a realizarse de un total 7,301 sesiones. Es importante mencionar que el apego al Programa Integral de Rehabilitación Cardíaca, como parte de la prevención secundaria en pacientes con cardiopatías, después de un evento agudo, las sesiones de rehabilitación especializadas han permitido a los pacientes la reincorporación a su vida cotidiana y productiva de manera más rápida y efectiva. El cumplimiento de meta que se alcanzó fue del 107.13%, señalando un semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP.	
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/							
Variable 1	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	5,841	6,400	559.0	109.6	No se presenta riesgo para el cumplimiento de meta, ya que se lleva a cabo la debida valoración de los pacientes de consulta de primera vez que son atendidos en el Servicio de Rehabilitación Cardíaca, para su aceptación e incorporación al Programa Integral de Actividades, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.	
Variable 2	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	7,301	7,471	170.0	102.3	ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/	

4/ 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 APARATO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EL ANÁLISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SÓLO DEL INDICADOR.

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 COMPROMETIDA O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

3/ LA EVALUACIÓN MEDIANTE ENCUESTAS 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 APARATO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN, DEBERÁN INCLUIR EN EL CASO DEL INDICADOR EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA, EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema lógico del PM) 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 AUTENTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

Care embalsamado:
Entidad:
PR: 8023
ATENCIÓN A LA SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

Nº	INDICADOR	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PERIODO				CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	20.5	21.5	1.0	104.9	(21.5 x 100)	CUMPLIMIENTO DE METAS
2	Fórmula: $\frac{\text{VARIABLE 1}}{100} \times \text{VARIABLE 2} \times 100$						
3	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	5,698	5,980	282.0	104.9		El cumplimiento de meta que se alcanzó es del 104.9%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SINCP.
4	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	27,796	27,860	64.0	100.2		Riesgos para la población que atienda el programa o la institución: No se presenta riesgo en el cumplimiento de meta, aún cuando lleva cabo un mayor número de estudios diagnósticos de alta especialidad ambulatorios, para la predicción del tratamiento terapéutico.
5	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	5,698	5,980	282.0	104.9		ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y/A:
6	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	100.0	100.0	0.0	100.0		CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL Y/A:
7	Fórmula: $\frac{\text{VARIABLE 1}}{100} \times \text{VARIABLE 2} \times 100$						El cumplimiento de meta que se alcanzó fue del 100.0%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SINCP.
8	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	84	72	-12.0	85.7		Riesgos para la población que atienda el programa o la institución: No se identifica riesgo en el cumplimiento del indicador, debido a que se lleva a cabo un monitoreo constante de los procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados.
9	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	84	72	-12.0	85.7		ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y/A:

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 CORRESPONDIENTES AL PERIODO EN AMBAS VARIABLES, SE DEBERÁ INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LOS CAUSAS DE LAS VARIACIONES QUE ATENDAN EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META CORRESPONDIENTE O DE CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

2) ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA RESOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS CORRESPONDIENTES CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 10% DE LA META ALCAZADA Y PROGRAMADA, ASÍ COMO RESPECTO A CUALQUIERA DE SUS VARIABLES.

3) LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO LAS EXPLICACIONES O ACCIONES CORRESPONDIENTES EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y/A.

4) ES INDISPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ABORTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS CORRESPONDIENTES POR LA INSTITUCIÓN.

Colección de Estadísticas

Entidad beneficiaria:

PP: 6023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2019

MINISTERIO DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Nº de Indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VALORACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ACTUALIZADO	RESULTADO	%	
(1)		(2)	(3)	(2)/(1)	(2/1) X 100	
7	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	95.0	91.6	-3.4	96.4	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 91.6% de eficacia en el otorgamiento de consultas con 61,449 realizadas de 67,100 programadas; la programación fue de 95.0% con 63,745 consultas a realizar. Es importante mencionar que la aceptación de pacientes en el servicio de consulta externa se realiza cuando la población que demanda atención de primera vez, cumple con los requisitos solicitados, asimismo, para el caso de las consultas de urgencias, éstas son otorgadas a los usuarios que las requieren, sin embargo, el apartado más susceptible son las consultas subsecuentes, debido a que los pacientes al tener asegurada una consulta, ante un imprevisto difieren la cita, lo que ha generado una disminución de este tipo de consultas.
	FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$					
	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	67,100	61,449	-2,296.0	96.4	El cumplimiento de meta alcanzado fue del 96.4%, señalando un semáforo en color verde conforme al criterio de la SHCP.
8	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales	90.0	95.9	5.9	106.6	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 95.9% de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con 771 usuarios encuestados; la programación fue de 90.0% con 810 usuarios con posibilidad de manifestarse de forma satisfactoria, de 900 a encuestar. Es importante mencionar que la difusión de los resultados obtenidos a través de las encuestas a cada una de las áreas que otorgan la atención hospitalaria, permite la definición o reforzamiento de estrategias para la mejora en la atención de los pacientes, lo cual genera un efecto positivo en la percepción de la satisfacción de los usuarios.
	FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$					
	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	810	771	-39.0	95.2	El cumplimiento de meta que se alcanzó es de 106.6%, conforme al criterio de la SHCP se señala un semáforo en color amarillo.
9	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	900	804	-96.0	89.3	RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4/
						ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITALES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/

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, 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 ES OTORGAR LA CONSULTA ESPECIALIZADA OTORGADA EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.

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

[Firma]

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2019

SALUD



No. del Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	MONITOREO (2)	ALTERNATIVA (2) - (1)	% ((2/1) X 100)	
9	Indicador: Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	84.3	78.6	-5.7	93.2	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/1 Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 78.6% de expedientes clínicos revisados y aprobados conforme a la NOM-004-SSA3-2012, con 110 expedientes aprobados de un total de 140 revisados; la programación fue de 84.3% con 118 expedientes para aprobar, de un total de 140 a revisar. Es importante mencionar que debido a que se realiza una evaluación más crítica del cumplimiento de la Norma para la integración de los expedientes, se ha generado que se presente una disminución en el número de expedientes revisados. El cumplimiento de meta que se alcanzó es de 93.2%, señalando un semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4/1 No se presenta riesgo para el cumplimiento de meta, ya que se mantiene un monitoreo del proceso de evaluación de los expedientes clínicos de manera objetiva y crítica. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/1 Se mantiene un monitoreo en el proceso de revisión y evaluación de los expedientes, para el cumplimiento de NOM-004-SSA3-2012, por el Comité del Expediente Clínico Institucional. Asimismo, se buscará fortalecer los mecanismos de revisión.
	VARIABLE 1: Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	118	110	-8.0	93.2	
	VARIABLE 2: Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	140	140	0.0	100.0	
10	Indicador: Porcentaje de auditorías clínicas realizadas FÓRMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	0.0	0.0	0.0	0.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/1 El reporte de este indicador es anual. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4/1 ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/1
	VARIABLE 1: Número de auditorías clínicas realizadas	0.0	0.0	0.0	0.0	
	VARIABLE 2: Número de auditorías clínicas programadas x 100	0.0	0.0	0.0	0.0	

1/1 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.

2/2 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

3/3 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.

4/4 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 adjunto del Pp) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y 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 AUTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.



Clave entidad/proyecto:

Entidad/proyecto:

YF- E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Nº de indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL (1)	ALCANZADO (2)	DESVIACIÓN (2) - (1)	VAR. % (2/1) X 100	
11	Indicador: Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0	78.4	-1.6	98.0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 3/ 4/
	VARIABLE 1: Número de días paciente durante el periodo	30,842	30,232	-610.0	98.0	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 78.4% de ocupación hospitalaria con 30,232 días paciente y 38,553 días cama, la programación fue de 30,096 con 30,842 días paciente y 38,553 días cama. Cabe mencionar que al realizar procedimientos via hemodinámica a pacientes que son candidatos a este tratamiento terapéutico, se da un efecto positivo generando un menor número de días paciente.
	VARIABLE 2: Número de días cama durante el periodo x 100	38,553	38,553	0.0	100.0	El cumplimiento de meta que se alcanzó es del 98.0%, señalando un semáforo en color verde conforme al criterio de la SHCP.
12	Indicador: Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	10.4	9.4	-1.0	90.4	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 3/ 4/
	VARIABLE 1: Número de días estancia	28,028	26,858	-1,170.0	95.8	Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó un promedio de 9.4 días estancia con 26,858 días y 2,861 egresos hospitalarios, el promedio programado fue de 10.4 días estancia con 28,028 y 2,695 egresos. Es importante mencionar que se realizan procedimientos terapéuticos hemodinámicos que permiten la disminución de riesgo para los pacientes, así como una menor permanencia hospitalaria, lo que deriva en una disminución en el promedio de días estancia.
	VARIABLE 2: Total de egresos hospitalarios	2,695	2,861	166.0	106.2	El cumplimiento de meta alcanzado fue del 90.4%, situando al indicador en semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP.
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 3/ 4/						
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/						

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, RESPECTO A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁN REFERIR AL OBJETO 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 logo del PYES) ATENCIÓN AMBUATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBUATORIA 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.

Caso epidemiológico:
Entidad:
PR: 0023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Nº	INDICADOR DEL INDICADOR	VALORES				VALOR OBJETIVO	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
		(1)	(2)	(3)	(4)			
13	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: $\frac{\text{VARIABLE 1}}{\text{VARIABLE 2}} \times 100$	84.6	85.7	1.1	101.3			Al cierre del segundo trimestre, se alcanzó el 85.7% en la proporción de consultas de primera vez con respecto a las preconsultas con 1,437 consultas de primera vez y 1,677 preconsultas, la proporción fue del 84.6% con 1,295 consultas de primera vez y 1,530 preconsultas. Cabe señalar que la adaptación de pacientes en el servicio de consulta externa se lleva a cabo en apego a los requisitos solicitados a la población que demanda atención de primera vez. Asimismo, es importante mencionar el incremento en la demanda de la población con baremos de diagnóstico, derivados de los factores de riesgo adquiridos, así como los siguientes: El cumplimiento de meta que se planteó fue de 101.3%, señalando un señalo de color verde.
RISGO PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 4/								
No se presenta riesgo para el cumplimiento de meta, ya que se da seguimiento al comportamiento de la atención médica que se proporciona en el servicio de preconsulta, considerando el requisito de referencia médica por parte de alguna institución de salud pública.								
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 5/ 6/								
Se da seguimiento al resultado reportado, por lo que se considera que no se presenta riesgo para el cumplimiento de meta.								

Nº	INDICADOR DEL INDICADOR	VALORES				VALOR OBJETIVO	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
		(1)	(2)	(3)	(4)			
14	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: $\frac{\text{VARIABLE 1}}{\text{VARIABLE 2}} \times 1000$	4.9	5.8	0.9	118.4			Al cierre del segundo trimestre, se obtuvo una tasa de infección nosocomial de 5.8 por mil días de estancia con 157 episodios y 26,858 días de estancia, la proporción fue de 4.9 con 137 episodios y 28,028 días de estancia. La distribución de días de estancia se deriva principalmente de la realización de procedimientos intervencionistas. A su vez, es importante mencionar que por la complejidad de las acciones cardiorrespiratorias que presentan los pacientes, tienen un mayor riesgo de adquirir infecciones durante su estancia hospitalaria, aún cuando se mantienen las acciones establecidas en el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, en el cual se incluyen los programas "Prevención y control de infecciones", así como "Programa efectivo de higiene de manos". El cumplimiento de meta alcanzado fue del 118.4%, señalando un señalo de color rojo conforme al criterio de la SICP
RISGO PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 4/								
Se da seguimiento al resultado reportado, por lo que se considera que no se presenta riesgo para el cumplimiento de meta.								
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 5/ 6/								
Es importante señalar que dado que el aumento de las infecciones es multicausal, se da seguimiento a través del análisis colegiado en mesas de trabajo, así como el resultado se encuentra por abajo del estándar nacional.								
Además, se mantienen las acciones establecidas en el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, en el cual se incluyen los programas "Prevención y control de infecciones", así como "Programa efectivo de higiene de manos".								

11 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.

21 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.

22 ACCIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR LA INSTITUCIÓN PARA RESOLVER 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.

41 LA EVALUACIÓN MEDIANTE INDICADORES TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO LAS EXPLICACIONES O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE ASIGNACIÓN A LAS VARIABLES, 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 segunda hoja) ES RESPONDER QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ATENDIÓ LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

ELABORÓ
MTRA. LUCÍA RÍOS NÚÑEZ
SUBDIRECTORA DE PLANIFICACIÓN

AUTORIZÓ
DR. CARLOS RAFAEL GARCÍA
DIRECTOR MÉDICO