

PR: E123 "ATENCIÓN A LA SALUD"

Clave entidad/Unidad:
Entidad/Unidad:

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019

No. de Indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	VALORES		VALORES		VALOR OBJETIVO
		(1)	(2)	(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 FORMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	33.4	30.1	-3.3	90.1	
1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	1,618	1,457	-161.0	90.0	
2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	4,850	4,838	-12.0	99.8	
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/						
RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/						
El cumplimiento de meta alcanzado fue del 90.1%, señalando un semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP.						
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 2/ 4/						
Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 30.1% de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico con 1,457 de un total de 4,838 nuevos pacientes, la programación fue del 33.4% con 1,618 pacientes referidos con posible apertura de expedientes, de un total de 4,850.						
Es importante mencionar que la demanda de atención médica especializada se mantiene constante, por el fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia; sin embargo, se tuvo un mayor número de expedientes abiertos, debido al incremento en la demanda de la población que carece de seguridad social.						

No. de Indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	VALORES		VALORES		VALOR OBJETIVO
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejora y curación FORMULA: $\text{VARIABLE1} / \text{VARIABLE2} \times 100$	90.0	92.7	2.7	103.0	
2	Número de egresos hospitalarios por mejora y curación	5,040	5,394	354.0	107.0	
3	Total de egresos hospitalarios x 100	5,608	5,839	231.0	103.9	
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/						
RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/						
El cumplimiento que se alcanzó fue del 103.0%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SHCP.						
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 2/ 4/						
Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 92.7% de egresos por mejora con 5,394 de un total de 5,819 egresos; la programación fue del 90.0% con 5,040 egresos por mejora de 5,608 egresos hospitalarios.						
Es importante mencionar, que esto se debe a que el Instituto lleva a cabo de manera preponderante tratamientos terapéuticos mediante procedimientos hemodinámicos, los cuales presentan un menor riesgo para los pacientes y permiten tener una recuperación y egreso más rápido.						
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/						
RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/						
El cumplimiento que se alcanzó fue del 103.0%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SHCP.						
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 2/ 4/						
Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 30.1% de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico con 1,457 de un total de 4,838 nuevos pacientes, la programación fue del 33.4% con 1,618 pacientes referidos con posible apertura de expedientes, de un total de 4,850.						
Es importante mencionar que la demanda de atención médica especializada se mantiene constante, por el fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia; sin embargo, se tuvo un mayor número de expedientes abiertos, debido al incremento en la demanda de la población que carece de seguridad social.						

4/ 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 APORTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIABLES.

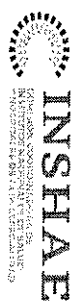
Handwritten signature and initials.

Ciudad: Santiago de Chile

Entidad/Institución:

PR: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ



Nº	INDICADOR	VALORES				EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ACTUAL	DEVIACIÓN	VARIAÇÃO	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(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	85.1	-4.9	94.6	Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 85.1% de usuarios con percepción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con 1,434 usuarios satisfechos de un total de 1,685 usuarios encuestados, la programación fue de 90.0% con 1,620 usuarios con posibilidad de manifestarse de forma satisfactoria, de 1,600 usuarios a ser encuestados. Es importante señalar que durante este periodo, la Unidad de Calidad hizo de conocimiento al personal del área de atención ambulatoria los resultados obtenidos, lo que permitió el reforzamiento de estrategias para la atención de los pacientes, particularmente en la disminución de tiempos de espera. Lo que a su vez derivó en la mejora en la percepción de la satisfacción. El cumplimiento de meta que se alcanzó fue del 94.6% señalando un semáforo en color amarillo.
	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	1,620	1,434	-186.0	88.5	
	Variable 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados X 100	1,800	1,685	-115.0	93.6	
						ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/

Nº	INDICADOR	VALORES				EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ACTUAL	DEVIACIÓN	VARIAÇÃO	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
4	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0	84.4	4.4	105.5	Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 84.4% de sesiones de rehabilitación especializadas con 13,014 de un total de 15,411 realizadas, la programación fue de 80% con 11,680 sesiones a realizarse de un total 14,600. Cabe destacar, que el apego al Programa Integral de Rehabilitación Cardíaca, así como las sesiones de rehabilitación especializadas han permitido a los pacientes, la reincorporación a su vida cotidiana y productiva de manera más rápida y efectiva. Asimismo, es importante mencionar que durante el año 2019, se concluyó la reestructuración del servicio, lo que permitió la optimización del proceso de programación de los pacientes, con el objetivo de disminuir los tiempos de espera entre la consulta de primera vez y la realización de las pruebas de esfuerzo. El cumplimiento de meta que se alcanzó fue del 105.5%, señalando un semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP.
	Variable 1 Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	11,680	13,014	1,334.0	111.4	
	Variable 2 Total de sesiones de rehabilitación realizadas X 100	14,600	15,411	811.0	105.6	
						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 1% 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 LAS VARIABLES, SE DEBEBA:

2) RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 1% 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 1% 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, ASÍ COMO 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 DEBEBA REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA, POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR TÉCNICA EN EL OTORGAMIENTO DE

[Firma manuscrita]

Ciudad:
Entidad:
Evaluación de:

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

PR: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

No. de indicador	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	VALORES				EXPLICACIÓN DE VARIACIONES ORIGINAL 1/4
		Meta	Alcance	Meta	Alcance	
		(1)	(2)	(2)-(1)	(2/1) X 100	
INDICADOR	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	20.5	20.6	0.1	100.5	<p>Al cierre del ejercicio 2019, se alcanzó el 20.6% de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados, con 11,414 de un total de 55,397 diagnósticos ambulatorios. La programación fue de 20.5% con 11,397 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad de un total de 55,593 procedimientos a realizarse.</p> <p>Es importante mencionar que los procedimientos diagnósticos de alta especialidad ambulatorios, son requeridos para los tratamientos terapéuticos de los pacientes que son atendidos en el Instituto.</p> <p>El cumplimiento de meta alcanzado fue del 100.5%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SHCP.</p> <p>RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4</p>
VARIABLE 1	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	11,397	11,414	17.0	100.1	
VARIABLE 2	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	55,593	55,397	-196.0	99.6	
INDICADOR	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4</p> <p>Al cierre del periodo enero a diciembre 2019 se alcanzó el 100% de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad con 134 realizados por hemodinámica vía radial, la programación fue del 100% con 120 procedimientos.</p> <p>Es importante señalar que todos los procedimientos terapéuticos ambulatorios que se realizan son de alta especialidad; sin embargo, se han visto disminuidos debido a que solo se realizan a pacientes que son candidatos a este tipo de procedimiento.</p> <p>El cumplimiento de meta que se alcanza es del 100.0%, señalando un semáforo de color verde conforme al criterio de la SHCP.</p> <p>RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4</p>
VARIABLE 1	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	170	134	-36.0	78.8	
VARIABLE 2	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	170	134	-36.0	78.8	

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

2/ RISGOS 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, ASÍ COMO LAS ACCIONES O MEDIDAS COMPROMETIDAS EN EL LOGRADO 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 OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA, POR EJEMPLO EN EL CASO DEL INDICADOR DE REGULARIZACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema Anexo del Pj) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RISGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.

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

[Handwritten signature]

PP: EQ23 "ATENCIÓN A LA SALUD"

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

INDICADOR		2019	2020	2021	2022	2023	2024
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2) / (1) X 100		
EFICACIA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA (PRIMERA VEZ, SUBSECUENTE, PRECONSULTA, URGENCIAS) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100							
INDICADOR		95.0	91.6	-3.4	96.4		
VARIABLE 1	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	127,490	122,993	-4,497.0	96.5		
VARIABLE 2	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	134,200	134,200	0.0	100.0		
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/ Al cierre del periodo enero a diciembre se alcanzó el 91.6% de eficacia en el otorgamiento de consultas realizadas con 122,993 de 134,200 programadas; la programación fue de 95.0% con 127,490 consultas a realizar de 134,200 programadas. 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, ante un imprevisto, difieren su cita generando una disminución en este tipo de consultas. Durante este periodo fueron otorgadas 3,245 preconsultas, 2,801 consultas de primera vez, 100,553 consultas subsecuentes y 16,412 consultas de urgencias. El cumplimiento de meta alcanzado es del 96.4%, señalando color verde conforme a los criterios de la SHCP.							
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4/ ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/							
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/4/ Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 91.9% de usuarios con percepción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos con 1,401 usuarios satisfechos de un total de 1,524 usuarios encuestados; la programación fue de 90.0% con 1,620 usuarios con posibilidad de manifestarse de forma satisfactoria, de 1,800 usuarios a ser encuestados. Es importante señalar que durante este periodo, la Unidad de Calidad hizo de conocimiento al personal del área de atención hospitalaria, los resultados obtenidos, lo que permitió el reforzamiento de estrategias para la atención de los pacientes, una de éstas, fue la implementación del protocolo de Servicio para la Atención Ciudadana denominado "SONRIR" (Salud, Orienta, Notifica, Respeta, Identifica, Escucha); la aplicación de esta estrategia ha generado un efecto positivo en la percepción de la satisfacción de los usuarios. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 102.1%, conforme al criterio de la SHCP señala un semáforo en color verde.							
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/4/ ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4/							

INCORPORAR EN EL APARTADO DE EXPLICACIONES A LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES NO SÓLO DEL INDICADOR.

2) ACCIONES 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.

ES INDEFINIBLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDIERAN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN, CONSULTA A LA POBLACIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA MIRA SIEMPRE SE DESARROLLA EN EL MARCO DEL PROGRAMA, POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INICIADOR TÉCNICA O AL OTORGAMIENTO DE LA ATENCIÓN AMBITOYODA ESPECIALIZADA OTORGADA Y EN EL MANTENIMIENTO DE LA ATENCIÓN AMBITOYODA QUE SE DEBERÍA VALORAR LAS CAUSAS, RECURSOS Y MEDIDAS DE

INSTRUCCION A LAS
ALCA EN EL OTORGAMIENTO DE
JURISDICCION, RIESGOS Y MEDIDAS DE

Clave entidad/unidad:
Entidad/unidad:
PR- E323 "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)	ALCANZADO (3)	POSITIVA (2) - (1)	NEGATIVA (1) - (2)	
INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.3	78.9		-5.4		93.6
VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	236	221		-15.0		93.6
VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico Institucional x 100	280	280		0.0		100.0
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/							
Al cierre del periodo enero a diciembre de 2019, se alcanzó el 78.9% de expedientes clínicos revisados y aprobados conforme a la NOM-004-SSA3-2012, con 221 expedientes aprobados de un total de 280 revisados, la programación fue de 84.3% con 236 expedientes para aprobar, de un total de 280 a revisar.							
Es importante mencionar que debido a que se realizó una evaluación más crítica y objetiva para dar cumplimiento a la Norma relacionada con la integración de los expedientes, se presentó una ligera disminución en el número de expedientes programados que cumplen con los criterios señalados en la citada norma.							
El cumplimiento de meta que se alcanzó es de 93.6%, 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/							
ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/							
EXPLICACIÓN DE VARIACIONES							
CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/							
Al cierre del periodo 2019, se realizó una Auditoría Clínica denominada "Implementación del Soporte Circulatorio con Oxidación de Membrana (ECMO)", del Programa de Asistencia Ventricular, en una primera fase dirigido a la asistencia con ECMO, con el objetivo de evaluar la sobrecarga hospitalaria sometidos a ECMO por choque cardiogénico durante 2019 y su comparación con un grupo similar de pacientes sin aplicación de esta terapia durante 2018.							
Es importante mencionar, que se envió a capacitar a personal médico y de enfermería, al mismo tiempo se formaron grupos de trabajo en diferentes especialidades relacionadas con la asistencia ventricular como anestesiología, cirugía cardíaca, terapia intensiva, enfermería, perfusionistas, etc.							
Además, los resultados obtenidos de supervivencia de los pacientes con choque cardiogénico asistidos con ECMO fue del 53% para 2019, que en comparación con el año anterior, la supervivencia fue del 25%, de 32 casos atendidos con choque cardiogénico posterior a cirugía cardíaca.							
El cumplimiento de meta alcanzado es del 100%, conforme al criterio de la SHCP el semáforo es de color verde.							
RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 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 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 APARATO 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 OBJETOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO LAS EFICIENCIAS O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARATO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RIESGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁ REFERIR AL OBJETIVO COMPROMETIDO POR EL PROGRAMA, POR EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA, EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema lógico del PJE) ES "ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA" Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁ ANALIZAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE ES IMPERABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

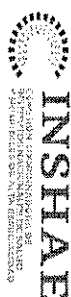
[Handwritten signature]

Clave entidad/unidad:

Entidad/unidad:

PP: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ



No. de indicador	DESCRIPCION DEL INDICADOR	ORIGINAL		ALCANZADO		DIFERENCIA		CUMPLIMIENTO	EXPLICACION DE VARIACIONES
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2)	(2) - (1)	(2) / (1) X 100		
11	Indicador: Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	80.0	77.7	-2.3	97.2				Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 77.7% de ocupación hospitalaria con 60,424 días paciente y 77,745 días cama, la programación fue de 80.0% con 62,196 días paciente y 77,745 días cama. Cabe mencionar que al realizar procedimientos terapéuticos por intervencionismo hemodinámico a pacientes que son candidatos a este tipo de tratamiento, así como la implementación de acciones de mejora en los procesos de atención quirúrgica, se da un efecto positivo generando un menor número de días paciente. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 97.1%, señalando un semáforo en color verde conforme al criterio de la SHCP. RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE LA PROGRAMACIÓN 2/ 4/
12	Indicador: Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2	10.4	9.5	-0.9	91.3				CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó un promedio de 9.5 días estancia con 55,353 días y 5,819 egresos hospitalarios, el promedio programado fue de 10.4 días estancia con 58,240 y 5,600 egresos. Es importante mencionar que la realización de los procedimientos terapéuticos hemodinámicos, así como la implementación de acciones de mejora del proceso quirúrgico, han disminuido el riesgo para los pacientes, generando con ello un decremento en el promedio de días estancia. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 91.3%, situando al indicador en semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP. RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE LA PROGRAMACIÓN 2/ 4/
13	Indicador: Número de días estancia durante el periodo FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2	62,196	60,424	-1,772.0	97.2				CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó un promedio de 9.5 días estancia con 55,353 días y 5,819 egresos hospitalarios, el promedio programado fue de 10.4 días estancia con 58,240 y 5,600 egresos. Es importante mencionar que la realización de los procedimientos terapéuticos hemodinámicos, así como la implementación de acciones de mejora del proceso quirúrgico, han disminuido el riesgo para los pacientes, generando con ello un decremento en el promedio de días estancia. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 91.3%, situando al indicador en semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP. RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE LA PROGRAMACIÓN 2/ 4/
14	Indicador: Número de días cama durante el periodo FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2	77,745	77,745	0.0	100.0				CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó un promedio de 9.5 días estancia con 55,353 días y 5,819 egresos hospitalarios, el promedio programado fue de 10.4 días estancia con 58,240 y 5,600 egresos. Es importante mencionar que la realización de los procedimientos terapéuticos hemodinámicos, así como la implementación de acciones de mejora del proceso quirúrgico, han disminuido el riesgo para los pacientes, generando con ello un decremento en el promedio de días estancia. El cumplimiento de meta alcanzado fue del 91.3%, situando al indicador en semáforo de color amarillo conforme al criterio de la SHCP. RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE LA PROGRAMACIÓN 2/ 4/

CUANDO SE PRESENTE UNA VARIACIÓN SUPERIOR O INFERIOR AL 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 ANALISIS DE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS NO SOLO DEL INDICADOR.
2/ RISGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN DERIVADO DE UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 1% 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 1% 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 DIFERENCIAS O ACCIONES COMPROMETIDAS EN EL APARTADO DE JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES, RISGOS A LA POBLACIÓN O LA INSTITUCIÓN Y MEDIDAS PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROGRAMA, POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR TÉCNICA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PROGRAMADA. EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema N° 10 del Paj. Es "ATENCIÓN AMBULATORIA EN EVALUACIÓN ORTOPÉDICA" 1/ 3) EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RISGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.
ES IMPENSABLE QUE EN TODOS LOS CASOS QUE CORRESPONDA SE ANOTEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS COMPROMETIDAS POR LA INSTITUCIÓN.

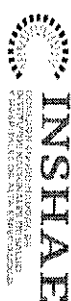
[Handwritten signature]

Ciudad: Santiago

Entidad: INSHAE

PP: E023 ATENCIÓN A LA SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ



INDICADOR	VERIFICACIÓN DEL INDICADOR		CRONOLOGÍA DE VARIACIONES	
	ORIGINAL 1/1	ACTUALIZADO 2/2	ACTUALIZADO 3/3	ACTUALIZADO 4/4
INDICADOR Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	84.6	86.3	1.7	102.0
<p>Al cierre del periodo enero a diciembre 2019, se alcanzó el 86.3% en la proporción de consultas de primera vez con respecto a las preconsultas con 2,801 consultas de primera vez y 3,245 preconsultas, la programación fue del 84.6% con 2,613 consultas de primera vez y 3,087 preconsultas.</p> <p>Cabe señalar que la aceptación 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 que se ha presentado un incremento en la demanda de la población con padecimientos cardiovasculares.</p> <p>El cumplimiento de meta alcanzado fue de 102.0%, señalando un semáforo de color verde.</p>				
VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	2,613	2,801	288.0	107.2
VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	3,087	3,245	158.0	105.1
<p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4</p>				

INDICADOR	VERIFICACIÓN DEL INDICADOR		CRONOLOGÍA DE VARIACIONES	
	ORIGINAL 1/1	ACTUALIZADO 2/2	ACTUALIZADO 3/3	ACTUALIZADO 4/4
INDICADOR Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	4.9	5.7	0.8	116.3
<p>Al cierre del periodo enero a diciembre de 2019, se obtuvo una tasa de infección nosocomial de 5.7 por mil días de estancia con 316 episodios y 55,353 días estancia hospitalaria, la programación fue de 4.9 con 285 episodios y 58,240 días estancia.</p> <p>La disminución de días estancia se deriva principalmente de la realización de procedimientos intervencionistas: sin embargo, es importante señalar que por la complejidad de las afecciones cardiovasculares 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" y "Programa efectivo de higiene de manos". Por último, es importante destacar, que a nivel nacional se presenta una tendencia epidemiológica, derivado de procesos de resistencia antimicrobiana, lo cual ha tenido repercusiones en los pacientes que acuden al Instituto.</p> <p>El cumplimiento de meta alcanzado fue del 116.3%, con una semáforo de color rojo.</p>				
VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	285	316	31.0	110.9
VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	58,240	55,353	-2,887.0	95.0
<p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/4</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/4</p>				

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 INICIALIZAR EN EL MONITORIO DE EMERGENCIAS LAS CAUSAS DE LAS VARIACIONES EN 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 MONITOREOS TIENE EL PROPÓSITO DE ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA, ASÍ COMO LAS POSIBLES CAUSAS DE LAS VARIACIONES EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS COMPROMETIDAS EN EL MONITORIO DE EMERGENCIAS, RESPECTO A LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA PARA LOGRAR LA REGULACIÓN DE LA META SIEMPRE SE DEBERÁ DEBERAR AL PROGRAMA, POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL INDICADOR TERCERO EN EL MONITORIO DE EMERGENCIAS, EL OBJETIVO DEL PROGRAMA ASOCIADO (ver esquema Anexo del PP) ES ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA OTORGADA Y ES EN EL MISMO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA QUE SE DEBERÁN VALORAR LAS CAUSAS, RIESGOS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN.

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

ELABORÓ
MTRA. LUCÍA RÍOS NUÑEZ

SUBDIRECTORA DE PLANEACIÓN

AUTOEVALUACIÓN
DR. CARLOS ZABALA CERRILLO

DIRECTOR MÉDICO