

INDICADO

F E023 9 Porcentaje de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004

Variable 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004
Variable 2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico Institucional x 100

ENTIDAD INDICADO ORIGINAL V20 IDICADC V1a ALCANZADO V2a DIFERENCIAS V1a-V10 (a)/(10)x1 v2a-v20 (a)/(20)x100

CUSA

EFECTO

OTROS MOTIVOS

1	M7F	INSTITUTO NACIONAL DE PSICUATRIA	90.9	636	700	76.5	558	729	-78	87.7	29	104.1
---	-----	----------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	----	-------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del [(76.5/90.9)*100=84.2]. Que lo sitúa en semáforo de cumplimiento en ROJO. Debido al retraso de revisión de los expedientes esto por los diversos contratiempos y sinistros, se trabajó en una campaña intensiva con los evaluadores para reforzar el compromiso para la evaluación de la calidad del Expediente Clínico. Por otro lado, se incluyó a más personal en la revisión de los expedientes.

Riesgo de afectar la calidad de la información contenida en el expediente y que ello conlleve a riesgos indirectos que comprometan la atención a los usuarios, aunado a esto la pérdida de información de los expedientes clínicos, puede ser una posibilidad.

Se planteará mejoras en la estrategia de revisión incorporando la información del expediente electrónico que facilitara el acceso y la disponibilidad de los expedientes. Asimismo, continuará la capacitación y se buscará estimulos (cursos y reforzamiento positivo) para el cumplimiento de las metas de evaluación por parte del comité de revisores.

2	NBV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	85.3	145	170	93.5	159	170	14	109.7	0	100.0
---	-----	------------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	---	-------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 109.6 por ciento, que lo sitúa en semáforo color amarillo. Cabe mencionar, que se tiene como medio de verificación una base de datos donde se capturan las calificaciones de los "Hojas de evaluación" de expedientes, arrojando que de 170 expedientes revisados, en 159 de éstos se obtuvo calificación aprobatoria, lo que indica que se tiene un mayor número de expedientes aprobados a lo establecido en la línea base.

Con base al parámetro de calificación implementado por los miembros del Comité, durante el año se mantuvo por arriba el número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, con relación a la meta establecida.

3	NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHÁVEZ"	84.3	236	280	93.4	283	303	47	119.9	23	108.2
---	-----	--	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

AL CIERRE DEL EJERCICIO SE OBTUVO EL 93.4% DE EXPEDIENTES CLINICOS REVISADOS QUE CUMPIERON CON LOS CRITERIOS DE LA NOM SSA 004 CON 283 APROBADOS DE 303 REVISADOS; LA PROGRAMACION FUE DEL 84.3% CON 236 EN POSIBLE CUMPLIMIENTO DE 280 A REVISAR. SE DESTACA QUE UN MAYOR NUMERO DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS CUMPIE CON LA NORMA. EN ESTE EJERCICIO SE HA OBSERVADO UN RESULTADO DE ANALISIS CRITICO DE LA INTEGRACION DEL CUMPLIMIENTO A PARTIR DEL REFORZAMIENTO DE MEDIDAS DE CAPACITACION Y CONTROL. EL CUMPLIMIENTO ALCANZADO ES DEL 110.8% CONFORME AL CRITERIO DE LA SIGC. EL INDICADOR SE SITUO EN SEMAFORO DE COLOR ROJO

Es necesario mencionar que en la revisión de los expedientes clínicos se están considerando criterios generales de acuerdo a la NOM 004, por lo que se ha facilitado la revisión de los mismos obteniendo un mayor cumplimiento. Se espera continuar haciendo mejoras en la herramienta de revisión.

4	NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	91.3	221	242	91.2	217	238	-4	98.2	-4	98.3
---	-----	--	------	-----	-----	------	-----	-----	----	------	----	------

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 99.9% que lo sitúa en el semáforo color verde. Lo anterior derivado del cumplimiento de los criterios que establece la norma oficial mexicana 004 del expediente clínico.

0

5	NGG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	70.0	168	240	80.4	234	291	66	139.3	51	121.3
---	-----	--	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

El indicador presenta una meta alcanzada de 80.4 por ciento de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 114.9 por ciento, situando al indicador en semáforo color rojo, el resultado es positivo para el Instituto.

0

7	NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIENCIA	81.8	108	132	84.1	111	132	3	102.8	0	100.0
---	-----	---	------	-----	-----	------	-----	-----	---	-------	---	-------

En el periodo de enero - diciembre de 2017, como resultado de la revisión efectuada a los expedientes clínicos se encontró un área de oportunidad para la concientización del llenado del expediente clínico, además de la implementación del expediente clínico electrónico.

No hay riesgos

8	NZC	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	90.0	540	600	89.6	395	441	-45	73.1	-45	73.5
---	-----	---------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	-----	------

El Comité ha revisado 441 expedientes, 395 cumplieron con la NOM SSA 004, el resultado del indicador es de 89.6, con una variación absoluta de -0.4 y porcentual de 99.6, por lo que el semáforo está en verde. La revisión se ha realizado acorde con la NOM-004-SSA3-2012 y es de tipo cuantitativo y no cualitativo, es decir, presencia o ausencia de riesgos.

Los expedientes revisados fueron el 73.5 por ciento con respecto a los programados, la variación respecto a la meta programada para este indicador y sus variables se debió a que no se evaluaron expedientes clínicos en los meses de julio a septiembre, por restitución de los integrantes del Comité del Expediente Clínico y cambios en la metodología de evaluación del expediente clínico y capacitación de los miembros del comité con respecto al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salud General.

En este caso no se identificarían riesgos para la población, sino por el contrario, beneficios, toda vez que con la instauración del expediente electrónico y las reglas que este incluye, se mejorará de forma muy importante la calidad de la información institucional, lo que traerá consigo impactos favorables tanto para la atención médica de los pacientes como en el relato a la gestión de los servicios; sin embargo, los efectos beneficios no son inmediatos, sobre todo si se considera que se requiere un periodo de aprendizaje y consolidación en el uso de esta tecnología.

9	NDE	INSTITUTO NACIONAL DE PERNATOLOGIA	87.0	480	552	87.0	348	400	-132	72.5	-152	72.5
---	-----	------------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	------	------	------	------

Aunque la meta se cumple al 100%, se observa que las variables que componen al indicador se encuentran 27.5%, por debajo de lo proyectado. Esta situación se ha venido presentando a lo largo del año y se debe, como ya se ha comentado anteriormente, a que el Instituto se encuentra transitando del expediente clínico en papel al electrónico, ello tiene importantes implicaciones en cuanto a la calidad de la información, entre otras cosas porque el sistema electrónico ha sido estructurado de modo tal que se incluyen todos los criterios establecidos por la NOM 004, como obligatorios de modo tal que si el médico tratante omite alguno de dichos criterios o captura datos no válidos, el sistema no permite continuar hasta que esto se haya corregido. Es por esta razón que cada vez se está revisando un menor número de expedientes (sólo aquellos que corresponden a pacientes que ingresaron antes de octubre de 2016 y que continúan en seguimiento en el INPer, porque son quienes aún cuentan con expediente en papel).

Se están tomando medidas adicionales para mejorar aún más la calidad de los datos, y estas tienen que ver más con los procesos de supervisión y validación de los mismos.

A partir del 2018 se implementará un nuevo instrumento y metodología de evaluación del expediente clínico, como mejora de la calidad y seguridad del paciente del INP

2017 consisten en revisar los expedientes

Ernesto

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 105.6 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color verde logrando las metas de acuerdo a lo programado.

Derivado de los resultados obtenidos en el indicador para el periodo de reporte, no existe riesgo para la población.

Se lograron las metas de acuerdo a lo programado

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.1 por ciento, que lo sitúa en semáforo verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo programado institucionalmente, destacando la aplicación de más evaluaciones respecto a la meta establecida.

El número de expedientes clínicos que satisficen los criterios de la NOM SSA 004 presentan un incremento del 2.8 por ciento respecto a lo programado, lo cual es favorable para la institución debido a que la integración del expediente clínico cumple con lo establecido en la materia y facilita la prestación de los servicios médicos que brinda el hospital.

Se continúa con la supervisión permanente para cumplir con los lineamientos establecidos en la norma oficial y a los criterios de certificación del Consejo de Saludidad General.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 102.8 por ciento, que lo sitúa en semáforo verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo programado institucionalmente, destacando la aplicación de más evaluaciones respecto a la meta establecida.

El número de expedientes clínicos que satisficen los criterios de la NOM SSA 004 presentan un incremento del 2.8 por ciento respecto a lo programado, lo cual es favorable para la institución debido a que la integración del expediente clínico cumple con lo establecido en la materia y facilita la prestación de los servicios médicos que brinda el hospital.

Se continúa con la supervisión permanente para cumplir con los lineamientos establecidos en la norma oficial y a los criterios de certificación del Consejo de Saludidad General.

10	NDF	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	96.0	108	120	95.0	114	120	6	105.6	0	100.0
11	NDF	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PULMONAR	88.5	3,218	3,636	87.5	3,011	3,440	-207	93.6	-196	94.6
12	NDF	INSTITUTO DE GERIATRIA										
13	NDF	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	96.0	576	600	96.1	592	616	16	102.8	16	102.7
SUB TOTAL			88.5	3,218	3,636	87.5	3,011	3,440	-207	93.6	-196	94.6

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	84.0	3,780	4,200	93.0	6,450	6,933	2,670	170.6	2,433	154.1		EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 73.6 POR CIENTO POR LO QUE LO SITUa EN SEMAFORO ROJO. LA VARIACION QUE SE CONTINUA OBSERVANDO ES RESULTADO DE LAS ACCIONES QUE SE EXIGEN A CADA UNO DE LOS SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL APREJO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA, COMO POLITICA INSTITUCIONAL DE CUMPLIR CON LA NORMA OFICIAL DEL EXPEDIENTE CLINICO. Y AL ISO CORRECTO DE LOS FORMATOS EN CADA UNO DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS, ASI COMO, EN LA SUPERVISION DIRECTA QUE SE HA SOLICITADO A LOS SUBDIRECTORES MEDICOS PARA QUE CUMPLAN CON LA NORMA OFICIAL.	SIN RIESGO.	CONTINUa MEJORANDO LA ATENCION MEDICA ACORDE A LOS AVANCES Y TECNICAS MEDICAS.
----	-----	----------------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--	---	-------------	--

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	80.0	1,440	1,800	58.9	1,621	2,752	181	112.6	952	152.9		El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 73.6 por ciento por lo que lo situa en semafaro rojo. La variación que se continúa observando es resultado de las acciones que se exigen a cada uno de los servicios para el cumplimiento del apego a la Norma Oficial Mexicana, como política institucional de cumplir con la Norma Oficial del Expediente Clínico. Y al iso correcto de los formatos en cada uno de los expedientes clínicos, así como, en la supervisión directa que se les ha solicitado a los Subdirectores Médicos para que cumplan con la norma oficial.	Retraso en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la continuación de la atención de los pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados.	Se continuara con la supervisión del expediente clínico, sensibilizando de manera permanente a los médicos jefes, residentes e internos en la revisión del expediente clínico y en el llenado correcto de los formatos y en el cumplimiento de las acciones de mejora que los servicios proponen en cada una de sus áreas.
----	-----	--	------	-------	-------	------	-------	-------	-----	-------	-----	-------	--	---	---	--

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMIOPATICO	80.0	192	240	0.0	0	0	-192	0.0	-240	0.0		EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO TUVO UN CUMPLIMIENTO CONFORME A DE LO PROGRAMADO, LO QUE SITUa EN SEMAFORO EN COLOR VERDE. LAS ACTIVIDADES SE EJECTUARON CON FORME A LO PROGRAMADO.	0	0
----	-----	-------------------------------	------	-----	-----	-----	---	---	------	-----	------	-----	--	---	---	---

17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	80.0	1,315	1,644	83.0	1,370	1,650	55	104.2	6	100.4		El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 77.8%, con una variación absoluta negativa de 14.4 que corresponde al 50.6% alcanzado, respecto al 65% programado, lo cual lo sitúa en el semafaro de cumplimiento color rojo. La variación en el incumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió principalmente a que se realizan mejoras en la evaluación del expediente, implementando una nueva cédula con más puntos de evaluación y con mayor rigor, lo cual se espera que el cumplimiento de la misma garantice la calidad y seguridad en la atención otorgada a nuestros pacientes.	Los riesgos al incumplir la NOM 004 al no contar con un expediente clínico integrado y de calidad, es una atención médica susceptible de errores (fallas, cuasi fallas y eventos adversos) que bien puede ser observada por los órganos fiscalizadores normativos repercutiendo en el clima laboral médico así como un incremento en la percepción de insatisfacción por la atención recibida e incremento en las quejas del usuario.	Con la finalidad de mantener una capacitación continua del personal de salud ante la necesidad de tener un adecuado expediente clínico se institucionaliza el "seminario para la mejora del expediente clínico integrado y de calidad de la UMG "Jueves Centro", así como se da seguimiento estricto a la supervisión, seguimiento y evaluación oportuna de la herramienta MFCIC para identificar los riesgos y problemas que aquejan nuestros expedientes, sin olvidar la retroalimentación individual al personal de salud, resultado de las auditorías de los expedientes clínicos.
----	-----	----------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	----	-------	---	-------	--	---	---	--

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	65.0	312	480	50.6	243	480	-69	77.9	0	100.0		El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en el 101.9%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados con forme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 90.0%, que lo sitúa en semafaro de cumplimiento color verde.	El comportamiento del indicador fue adecuado.	El cumplimiento del indicador fue adecuado, no obstante, se continuara con la capacitación al personal médico y médicos residentes de nuevo ingreso en el cumplimiento de la NOM SSA 004 y su difusión.
----	-----	----------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	---	-------	--	--	---	---

19	NAV	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	90.0	450	500	91.7	510	556	60	113.3	56	111.2		La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 13.3% en el número de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, con relación a los 450 expedientes programados y al aumento del 11.2% en el total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional. Estos resultados obedecen al apoyo brindado por los jefes de servicio, médicos adscritos y médicos residentes al Comité del expediente clínico en la revisión de los expedientes, así como al envío oportuno de las cédulas de evaluación.		
----	-----	---------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------	--	---	--	--

SUBTOTAL 81.7 7,489 9,164 82.4 10,194 12,371 2,705 136.1 3,207 135.0

Desempeño muy bueno de los jefes, indispensable mejorar

20	NBQ	HRAE BAJIO	90.0	1,242	1,380	91.0	1,195	1,313	-47	96.2	-67	95.1	0
SE OBTUVO UN 101.1% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA, UBICÁNDOSE EN UN SEMAFORO DE COLOR VERDE. COMPORTAMIENTO ACORDE A LO ESPERADO.													

21	NBR	HRAE OAXACA	89.9	143	159	85.5	136	159	-7	95.1	0	100.0	0
El indicador presenta una semaforización Verde por arriba de la meta en 2.6 puntos. Las variables 1 y 2 presentan una variación por abajo de las metas establecidas, aunque esto no impacta en el logro de la meta del indicador; no permite asegurar la confiabilidad de los resultados.													

22	NBS	HRAE YUCAJAN	80.0	960	1,200	82.6	705	854	-255	73.4	-346	71.2	0
Se supera la meta en un 6.14% logrando semaforización amarilla. Un mayor número de expedientes clínicos revisados han cumplido con la NOM SSA 004 gracias al seguimiento que se le ha dado y la emisión de recomendaciones a las áreas para requerirlo correctamente.													

23	NBT	HRAE VICTORIA	83.0	996	1,200	88.1	1,057	1,200	61	106.1	0	100.0	0
El indicador AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 78.9% CON UNA 0 VARIACIÓN DEL -1.1% DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA EL SEMAFORO EN COLOR VERDE.													

24	NBU	HRAE XTAPALUCA	80.0	192	240	78.9	195	247	3	101.6	7	102.9	0
La causa de la variación obedece a que en el Hospital de Especialidades Pediátricas solo se logró revisar el 30% de los expedientes inicialmente programados, de los cuales el 90% cumplen con la NOM SSA 004, esto derivado de la interrupción de las actividades correspondientes al comité de Expediente Clínico en la Unidad, así mismo a que el HRAECS se alcanzó el 73.1% donde se llevó a cabo la revisión de expedientes, encontrándose deficiencia en la elaboración de historias clínicas, así como en la referencia explícita a las guías de práctica clínica; deficiencia en la elaboración de algunas cartas de consentimiento informado.													

25	M7A	CRAE CHIAPAS	80.1	338	422	73.9	226	306	-112	66.6	-116	72.5	0
El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 92.0 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. Las variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a la revisión rigurosa de los expedientes continúa en las 6 unidades, evaluando el cumplimiento según la NOM 004.													

26	N00	SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA	85.0	1,377	1,620	78.2	1,114	1,424	-363	80.9	-196	87.9	0
Los principales efectos que se producen por la variación registrada son un menor cumplimiento de los parámetros que señala la NOM 004.													

27	M7K	CENTROS DE INTEGRACION DIVERSIVIL	85.0	1,377	1,620	78.2	1,114	1,424	-363	80.9	-196	87.9	0
El indicador respecto a la programación original se debió a la revisión rigurosa de los expedientes continúa en las 6 unidades, evaluando el cumplimiento según la NOM 004.													

28	M7C	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	83.9	15,955	18,701	78.70	17,833	18,701	-1,878	111.8	2,293	112.1	0
Se giró memorando en diciembre del 2017 a los jefes de división, coordinadores clínicos con el fin de que los médicos adscritos al Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, se apeguen a la realización, orden y seguimiento de la elaboración de todas las notas relacionadas al expediente clínico de acuerdo a la NOM SSA 004.													

33.50