

INDICADO E023 9 Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004/FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100

Variable 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004

Variable 2 Total de expedientes clínicos revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100

ENTIDAD INDICADO V1a V2a INDICADO V1a V2a DIFERENCIAS

causa

causa

efecto

OTROS MOTIVOS

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 rezago de revisión de los expedientes esto por los diversos contratiempos y sinécticos, 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 lo que facilitará el acceso y la disponibilidad de los expedientes. Asimismo, continuará la capacitación y se buscará estimular cursos y reforzamiento positivo para el cumplimiento de las metas de evaluadores.

Asimismo, para alcanzar la meta de cumplimiento de la NOM-004 en el 2018 se intensificará la capacitación al personal operativo como objetivo prioritario dentro del Comité de Expediente y con ello reforzar la competencia y capacidad del personal que hace uso del Expediente Clínico. Simultáneamente se dará mayor énfasis en la evaluación aleatoria de expedientes de todos los servicios que integran la consulta externa y hospitalización.

Handwritten signature and date: Fco del CP 2016
6/mar/2018

1	MTE	INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA	90.9	636	700	76.5	558	729	-78	87.7	29	104.1	0
---	-----	----------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	----	-------	---

CAUSA: 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 las "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.

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

AL CIERRE DEL EJERCICIO SE OBTUVO EL 93.4% DE EXPEDIENTES CLINICOS REVISADOS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE LA NOM SSA 004 CON 283 APROBADOS DE 303 REVISADOS. LA PROGRAMACION FUE DEL 84.3% CON 286 EN POSIBLE CUMPLIMIENTO DE 280 A REVISAR. SE DESTACA QUE UN MAYOR NUMERO DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS CUMPLE CON LA NORMA. EN ESTE EJERCICIO SE HA OBSERVADO UN RESULTADO DE ANALISIS CRITICO DE LA INTEGRACION DEL EXPEDIENTE A PARTIR DEL REFORZAMIENTO DE MEDIDAS DE CAPACITACION Y CONTROL. EL CUMPLIMIENTO ALCANZADO ES DEL 110.8% CONFORME AL CRITERIO DE LA SHCP, EL INDICADOR SE SITUA 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.

3	NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "ISRAEL CHAVEZ"	84.3	236	280	93.4	283	303	47	119.9	23	108.2	0
---	-----	---	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------	---

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.

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.

4	NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	91.3	221	242	91.2	217	238	4	98.2	4	98.3	0
---	-----	--	------	-----	-----	------	-----	-----	---	------	---	------	---

El Comité ha revisado 443 expedientes, 395 cumplieron con la NOM SSA 004, el restante 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-SSA-2012 y es de tipo cuantitativo y no cualitativo es decir, presencia o ausencia de libros.

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 restricción 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 enfoque al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.

5	NGG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	70.0	168	240	80.4	234	291	66	139.3	51	121.3	0
6	NQI												0
7	NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRUGIA	81.8	108	132	84.1	111	132	3	102.8	0	100.0	0
8	NQZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	90.0	540	600	89.6	395	441	-145	73.1	-159	73.5	0

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	84.0	3,780	4,500	94.2	7,121	7,556	3,341	188.4	3,056	167.9	EL INDICADOR AL CIERRE DEL EJERCICIO 2017, ALCANZÓ UN RESULTADO DE 93.0% CONTRA 84.0% PROGRAMADO. EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO FUE DE 110.7% QUE LO UBICA EN SEMAFORO ROJO. LA CAUSA SE DEBE AL SEGUIMIENTO QUE EL COMITÉ DEL EXPEDIENTE CLÍNICO LE ESTE DANDO AL CUMPLIMIENTO DE LA NOM SSA 004 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y QUE LE DEBE DAR SEGUIMIENTO Y MOSTRAR LOS RESULTADOS AJNTE COCODI DE ROMA TRIMESTRAL.	SIN RIESGO.	CONTINUÁ MEJORANDO LA ATENCIÓN MÉDICA ACORDE A LOS AVANCES TÉCNICAS MÉDICAS.
----	-----	----------------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---	-------------	--

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 semáforo 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 pago a la Norma Oficial Mexicana, como política institucional de cumplir con la Norma Oficial del Expediente Clínico. Y al uso correcto de los formatos en cada uno de los expedientes clínicos, así como, en la suspensión 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 continuará 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 HOMEOPATICO	80.0	192	240	78.6	187	238	-5	97.4	-2	99.2	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 98.3 por ciento, que lo situa en el semáforo de cumplimiento en color verde, con variaciones mínimas de acuerdo a las metas proyectadas.	No existen riesgos para la población.	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 TUVO UN CUMPLIMIENTO CONFORME A DE LO PROGRAMADO. LO QUE SITUÓ AL SEMAFORO EN COLOR VERDE. LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON CON FORME A LO PROGRAMADO.	LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS SON REALIZADOS CONFORME A LA NORMA VIGENTE.	0
----	-----	----------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	----	-------	---	-------	---	--	---

18	HJC	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 del 77.8%, con una variación absoluta negativa de 14.4 que corresponde al 50.6% alcanzado, respecto al 65% programado, lo cual lo situa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el incumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió principalmente a que se realizaron mejoras en la evaluación del expediente, implementación 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 directores fiscalizadores normativos representado 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 institucioniza el "seminario para la mejora del expediente clínico integrado y de calidad de la UMG "Juárez Centro", así como se da seguimiento estrecho a la la supervisión, seguimiento y evaluación oportuna de la herramienta MEDIC para identificar los riesgos y problemas que aquejan nuestros expedientes, sin olvidar la recombinación individual al personal de salud, resultado de las auditorías de los expedientes clínicos.
----	-----	----------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	---	-------	--	--	---

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	90.0	450	500	91.7	510	556	60	113.3	56	111.2	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 101.5%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados con torne a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 90.0%, que lo situa en semáforo de cumplimiento color verde.	El comportamiento del indicador fue adecuado.	El cumplimiento del indicador fue adecuado, no obstante, se continuará con la capacitación al personal médico y médicos residentes de nuevo ingreso en el cumplimiento de la NOM SSA 004 y su difusión.
----	-----	---------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------	--	---	---

SUB TOTAL			81.7	7,489	9,164	83.5	11,052	13,232	3,563	147.6	4,068	144.4			
-----------	--	--	------	-------	-------	------	--------	--------	-------	-------	-------	-------	--	--	--

20	NBQ	HRAE BAJO	90.0	1,292	1,380	91.4	1,251	1,369	9	100.7	-11	99.2	0	0
<p>SE OBTUVO UN 101.1% DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META PROGRAMADA. UBICÁNDOSE EN UN SEMAFORO DE COLOR VERDE.</p> <p>COMFORTAMIENTO ACORDE A LO ESPERADO.</p> <p>CCP</p> <p>Al momento de calcular el indicador no se tenía el número total de expedientes clínicos revisados (por periodo vacacional del mes de diciembre 2017 - enero 2018), actualmente se cuenta con la cifra definitiva.</p>														

CCP

No hay cambios en las cifras reportadas al cierre 2017, sólo se anexa la justificación del comportamiento del indicador: Durante el ejercicio 2017 se han implementado diversas estrategias para cumplir con la NOM SSA 004 para poder alcanzar la meta establecida, como la auditoría clínica al expediente y la supervisión por los jefes de servicio clínico y quirúrgico lo cual ha impactado en el personal operativo. Sin embargo no se ha consolidado la integración de la Guía de Práctica Clínica, aunado a fallos en el Sistema Integral de Información, lo que ha derivado en omisiones en la integración del expediente clínico teniendo como resultado baja calificación en la evaluación del expediente clínico con el Instrumento MEGIC.

El indicador presenta una semialización 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.

CCP

Las cifras se mantienen, la actualización es en los comentarios, quedando de la siguiente manera.

El indicador presenta una semialización Verde, por arriba de la meta en 2.6 puntos.

La variable 2 presenta una variación por abajo de la meta establecida de -346 al final del año (expedientes clínicos no evaluados). Esto no impacta en el logro de la meta del indicador, puesto que la variable 1 sí cumple con los criterios de la NOM-004 de manera proporcional al número de expediente evaluados.

El riesgo evidente del resultado se ve impactado más por la variable 1 que señala el número de expedientes que cumplen con la NOM-004, sin dejar de ser relevante el cumplimiento de la muestra de la variable 2 para asegurar la confiabilidad de los datos.

Las acciones de mejora para lograr la meta de la variable 2:

- 1.- Realizar cada tres sesiones de retroalimentación con el grupo auditor para definir acciones concretas que impacten en cumplir con el número de expedientes a auditar.
- 2.- Incrementar el número de auditores del expediente clínico.

Se supera la meta en un 6.13%, logrando semialización 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 requisitarlo correctamente.

El riesgo evidente del resultado se ve impactado más por la variable 1 que señala el número de expedientes que cumplen con la NOM-004, sin dejar de ser relevante el cumplimiento de la muestra de la variable 2 para asegurar la confiabilidad de los datos.

Las acciones de mejora para lograr la meta de la variable 2:

- 1.- Realizar cada tres sesiones de retroalimentación con el grupo auditor para definir acciones concretas que impacten en cumplir con el número de expedientes a auditar.
- 2.- Incrementar el número de auditores del expediente clínico.

no representa un riesgo para la población, ya que el superar la meta asegura tener todos los elementos informativos para la adecuada atención del paciente.

Se espera seguir incrementando el porcentaje de expedientes que cumplen con la norma y para el siguiente ejercicio se ha planeado una meta superior a la del presente año.

24	NBU	HRAE XTAPALUCA	80.0	192	240	78.9	195	247	3	101.6	7	102.9	0	0
<p>EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 78.9% CON UNA VARIACIÓN DEL -1.1% DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA EL SEMAFORO EN COLOR VERDE.</p>														

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 del expediente.

CCP

Justificación del comportamiento del indicador con los nuevos datos:

El porcentaje de cumplimiento del indicador fue 92.3%, lo que lo sitúa en semáforo de color amarillo, 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, así mismo a que el HRAECS se alcanzó el 73.1% de la revisión de expedientes.

El riesgo para la población: Probable impacto en la calidad de los servicios Médicos.

Acciones para lograr la regularización: 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 del expediente clínico de acuerdo a la NOM SSA 004.

25	MZA	CRAE CHIAPAS	80.1	338	422	73.9	226	306	-112	66.9	-116	72.5	0	0
<p>SUB TOTAL 84.1 3,871 4,601 86.3 3,570 4,135 -301 92.2 -486 89.9</p>														

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 variaciones 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.

Los principales errores que se producen por la variación registrada son un menor cumplimiento de los parámetros que señala la NOM 004.

CCP

Justificación del comportamiento del indicador con los nuevos datos: Las cifras del indicador se ratifican, solo se modificó la justificación. El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 92.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color amarillo. Las variaciones en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a la revisión rigurosa de los expedientes y continúa en las 6 unidades, evaluando el cumplimiento según la NOM 004. Derivado del incidente del mismo, los comités de expediente clínico, en especial del Hospital Pediátrico Infantil Dr. Juan N. Álvarez no pudieron llevar a cabo sus sesiones en tiempo y forma porque existen áreas dañadas (incluyendo el archivo clínico), que suspendieron sus servicios de forma indefinida, lo que generó cambios en la operación de todos los servicios, entre ellas las actividades del Comité, que es la revisión de expedientes.

26	000	SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRIA	85.0	1,377	1,620	78.2	1,114	1,424	-263	80.9	-196	87.9
		SUB TOTAL	85.0	1,377	1,620	78.2	1,114	1,424	-263	80.9	-196	87.9
		TOTALES	83.9	15,955	18,021	84.30	15,746	22,231	-2,791	117.5	3,210	116.9

83.90 ✓

MAR 83.90

MAJ 83.90

MAR 84.30

Y. COUPE

ACC/D8

ACC/AS

100.72 ✓

100.49 ✓