

INDICADOR 3023 9 Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004(FORMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100

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

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

ENTIDAD ORIGINAL V10 IDICAD V20 ALCANZADO V1a V2a DIFERENCIAS V1a-V10|a|V10|X| V2a-V2c|a|V20|X|100

CAUSA

EFFECTO

OTROS MOTIVOS

1	M7	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA	90.9	318	350	87.9	378	430	60	118.9	80	122.9
---	----	-----------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un nivel de cumplimiento del 96.7%=(87.9/90.9)*100, que lo sitúa en semáforo color VERDE. Se ha continuado con las acciones de mejora programadas como fueron el Taller de Evaluadores al inicio del Trimestre. Posterior a ello se observó mejor participación en tiempo y forma de los evaluadores de los expedientes así como unificación de criterios. Asimismo, se realizó una capacitación en el mes de Mayo a médicos residentes sobre uso de expediente clínico electrónico durante la sesión clínica reforzando el cumplimiento de la Norma 004.

Continúa el 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.

Continuarán las campañas de difusión para el cumplimiento de la normatividad a todo el personal clínico que utiliza el expediente clínico.

2	NB1	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	90.2	83	92	90.2	83	92	0	100.0	0	100.0
---	-----	------------------------------------	------	----	----	------	----	----	---	-------	---	-------

CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 100.0 por ciento, que lo sitúa en semáforo color verde.

Al cierre del primer semestre se obtuvo el 83.2% de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 con 99 aprobados de 119 revisados; la programación fue del 84.1% con 116 a cumplir con la norma de 138 expedientes a revisar. Es importante mencionar que se mantiene la capacitación de los residentes de reciente ingreso, en el proceso de revisión y cumplimiento con los criterios de la NOM 004.

Se mantiene un monitoreo del proceso de evaluación de los expedientes clínicos con el debido cumplimiento de la documentación de las actividades clínicas realizadas a los pacientes.

3	NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"	84.1	116	138	83.2	99	119	-17	85.3	-19	86.2
---	-----	----------------------------------------------------	------	-----	-----	------	----	-----	-----	------	-----	------

El cumplimiento que se alcanzó fue del 98.5% que de acuerdo al criterio de la SHCP, el semáforo se sitúa en color verde.

No se presentan riesgos para la población. Con la puesta en marcha del Expediente Electrónico se analizará el comportamiento de las variables para definir una eficiente programación a futuro.

4	NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	93.7	119	127	95.1	78	82	-41	65.5	-45	64.6
---	-----	--------------------------------------------------	------	-----	-----	------	----	----	-----	------	-----	------

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 101.5% que lo sitúa en el semáforo color verde. Cabe hacer mención que en los próximos periodos se regularizarán las variables del indicador.

5	NCG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	70.0	84	120	83.5	111	133	27	132.1	13	110.8
---	-----	----------------------------------------------------	------	----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

El indicador presenta una meta alcanzada de 83.5 por ciento de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 119.3 por ciento, situando al indicador en semáforo color rojo.

Sin embargo los resultados son positivos para el Instituto.

7	NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIQUIA	83.3	60	72	84.7	61	72	1	101.7	0	100.0
---	-----	------------------------------------------------	------	----	----	------	----	----	---	-------	---	-------

En el periodo enero-junio de 2018, como resultado de la revisión efectuada a los expedientes clínicos se encontraron menos salvedades debido a la concentración del personal médico para el llenado de los mismos, además de la implementación del expediente clínico electrónico, cumpliendo con la meta establecida.

8	NCZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	83.9	268	298	82.0	323	394	55	120.5	96	132.2
---	-----	---------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

Se revisaron 394 expedientes, 96 más de los programado, 1323 cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, 55 más de lo programado. El resultado del indicador es 82.0, con una variación absoluta de -7.9 y porcentual de 91.2, por lo que el semáforo se encuentra en amarillo.

Las causas de las variaciones en el indicador se debieron a:

- Re estructuración del Comité del Expediente Clínico
- Se evaluaron expedientes clínicos tanto de consulta externa como de hospitalización. Anteriormente sólo se llevaba a cabo en consulta externa.
- Se cambió el formato de evaluación.
- Se amplió la muestra de revisión de expedientes a 16 áreas.
- Ingreso de residentes de primer año de Pediatría y de subespecialidad (163) lo que impactó en el adecuado llenado del expediente clínico.

A pesar de que el porcentaje en el cumplimiento de expedientes clínicos conforme a la NOM es del 82%, este resultado no afecta a la población que se atiende en el INP, ya que es una herramienta interna

Cabe señalar que la tendencia de este indicador es hacia la maximización, tomando en cuenta que el primer trimestre registró un cumplimiento del 74.3%, y en el segundo trimestre fue del 82%.

9	NDE	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	89.0	187	210	87.3	199	228	12	106.4	18	108.6
---	-----	-------------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	-------	----	-------

El apego a la NOM 004 fue de 87.3% del total de expedientes clínicos revisados, quedando únicamente 1.3% por debajo de la meta para el periodo.

0

Don. S.R.

15 JUN 2018

15 JUN 2018

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 105.4 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

11 INDY INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA INSTITUTO DE

12 W00

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 101.8 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. Se presentó aumento en el número de expedientes que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004; derivado de la vigilancia permanente que realiza el Subcomité del Expediente Clínico.

No se presentaron riesgos en este indicador. La población demandante cuenta con expediente clínico que cumple con los criterios de la NOM SSA 004.

Supervisión permanente por parte del Subcomité del Expediente Clínico para cumplir con los criterios establecidos por la NOM SSA 004 y el Consejo de Salud Pública General.

13 NBSG HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

SUB TOT 89.4 1,579 1,767 88.2 1,694 1,910 105 106.6 143 108.1

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	90.1	2,148	2,385	95.4	3,573	3,746	1,425	166.3	1,361	157.1	AL PRIMER SEMESTRE DE 2018 SE ALCANZO UN RESULTADO DE 95.4%, COMPARADO CON LA META PROGRAMADA 90.1%, SE OBTUVO UN NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE (95.4/90.1) X 100 = 105.9%, QUE LO UBICA EN SEMAFORO AMARILLO. AMBAS VARIABLES PRESENTAN INCUMPLIMIENTOS EN EL TOTAL DE EXPEDIENTES QUE CUMPLEN CON LA NORMA, SE REVISARON 3,746 EXPEDIENTES, DE LOS CUALES 3,573 CUMPLEN CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS, QUEDANDO EN 105.9% EL CUMPLIMIENTO CON SEMAFORO AMARILLO.	NO HAY RIESGO.	SE CONTINUARA LA REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS HASTA QUE EL COCDDI LO DEPOR ATENDIDO.
----	-----	----------------------------	------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------

15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	74.7	373	499	30.4	491	1,616	118	131.6	1,117	323.8	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 40.7 por ciento, por lo que lo situa en el semaforo de color rojo. La causa de la variación respecto de la meta programada, obedece a que los resultados derivados de la revisión de expedientes clínicos, por el Subcomité del Expediente Clínico del Hospital, reflejan que durante los últimos meses los expedientes evaluados no cumplen cabalmente (al 100%) con los criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, lo cual impacta en el resultado del Porcentaje del indicador y de la Variable 1. Por otro lado, la variación a la alza en los resultados de las Variables 1 y 2 se debe a que el "Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico" se encuentra en proceso de actualización y en tanto no se emita la versión final de este documento normativo, se continúa aplicando la metodología vigente, que considera la evaluación mensual de por lo menos 25 expedientes clínicos por servicio, seleccionados de manera aleatoria, lo cual supone una muestra notablemente superior a la programada para este año.	Los resultados de este indicador suponen un riesgo bajo para la población que atiende la institución, ya que un número considerable de expedientes no han cumplido al 100% la norma por una diferencia mínima.	Se priorizarán las estrategias para mejorar los resultados de la evaluación del expediente clínico. La intervención en aquellas áreas que hayan obtenido resultados mayores al 95% favorecerán que una vez que alcancen el 100% de cumplimiento se vean reflejados los resultados en periodos subsiguientes. Se continuará con las gestiones necesarias para la actualización del "Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico". Se seguirá realizando la supervisión del expediente clínico por el Subcomité correspondiente y deberán continuar las estrategias de capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico. Se establecerá el seguimiento particular a las acciones de mejora de los servicios. Se continuará presentando periódicamente en la Sesión General del Hospital, los resultados de la evaluación del Expediente Clínico de cada caso clínico presentado.
----	-----	------------------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-------	-----	-------	-------	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	80.0	96	120	63.5	86	135	-10	89.3	15	112.5	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 79.4%, lo que lo situa en semaforo color rojo. Esta variación se explica por dificultades para lograr el cumplimiento para aprobación conforme a los lineamientos de la NOM correspondiente, asociada a la inadecuada supervisión por parte del personal que usa y maneja el expediente clínico.	NO existe riesgo para la población atendida.	Se continuará con la supervisión activa del Comité del Expediente Clínico, quien emitirá observaciones y acciones correctivas para cumplir con los lineamientos de la NOM en el uso, manejo e integración del expediente clínico. Así mismo, a través de los Jefes de Servicio se solicita mantener supervisión constante del cumplimiento de estas observaciones.
17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	80.0	665	831	82.1	675	822	10	101.5	-9	98.9	EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO PRESENTA UN NIVEL DE CUMPLIMIENTO SUPERIOR A LO PROGRAMADO EN UN 2.6%, LO QUE SITUA AL INDICADOR EN SEMAFORO VERDE. LAS ACCIONES SE REALIZARON CONFORME LO PROGRAMADO.	NO EXISTE RIESGO ALGUNO PARA LA POBLACION, ELEVAR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO ES UNA FORMA DE GARANTIZAR SEGURIDAD AL PACIENTE.	

18	HIC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	70.0	168	240	47.1	113	240	-55	67.3	0	100.0	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 67.3 por ciento, con una variación absoluta negativa de 22.9 que corresponde al 47.1% alcanzado respecto a la meta original de 70%, lo cual lo situa en un semaforo de cumplimiento de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que existe renuencia por parte del personal involucrado en el requerimiento del expediente clínico para cubrir los requerimientos establecidos por la norma a pesar de las capacitaciones realizadas así como de la atención individual de los errores cometidos en su llenado.	El mayor riesgo lo constituye la posibilidad de se da continuidad al programa de control interno y análisis de eventos adversos por un mal requerido en los formatos que integran el expediente clínico además del incumplimiento a la NOM-004-SSA-3, sin olvidar la molestia y cambio en el clima laboral por los señalamientos reiterativos de dichos omisiones e incumplimientos, al personal involucrado en el manejo del expediente clínico.	
----	-----	----------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	---	-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

19	NAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	87.4	271	310	91.0	364	400	93	134.3	90	129.0	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 104.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 87.4%, que lo situa en semaforo de cumplimiento color verde.	El comportamiento del indicador fue adecuado.	El cumplimiento del indicador fue adecuado, no obstante, se continuarán implementando acciones para un mejor manejo del expediente clínico y se continuará promoviendo la participación del personal médico y de enfermería en el Comité.
			SUB TOT	84.9	3,721	4,385	76.2	5,302	6,959	1,581	142.5	158.7			

20	NRQ	HRAE BAJIO	90.0	360	400	92.0	402	437	42	111.7	37	109.3	SE ALCANZÓ 102.2% RESPECTO A LA META PROGRAMADA UBICÁNDOSE EN UN SEMÁFORO DE COLOR VERDE.	NINGÚN RIESGO PARA LA POBLACION	0
LAS VARIABLES SUPERARON LA META EN CUANTO AL NÚMERO DE EXPEDIENTES REVISADOS Y APROBADOS DEBIDO A QUE SE DECIDIÓ INCREMENTAR LA MUESTRA MENSUAL (SE REVISÓ UN MAYOR NÚMERO DE EXPEDIENTES)															

21	MRB	HRAE OAXACA	89.9	71	79	0.0	0	0	-71	0.0	-79	0.0	CAUSA: PARA EL CIERRE DEL PERIODO ENERO-JUNIO DEL AÑO 2018, EL INDICADOR ALCANZO UNA SEMAFORIZACION VERDE DANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 83.3% CON RESPECTO A LA META PROGRAMADA CON UN PORCENTAJE DE VARIACION DEL 3.3%. EN RELACION A LA DIFERENCIA EN EL RESULTADO DE LAS VARIABLES, ESTA SE DEBE A LA ENTREGA DE EVALUACIONES CON OBSERVACIONES DE LLENADO ASI COMO FUERA DE TIEMPO, LO QUE HACE QUE SEAN DESCARTADAS PARA INTEGRARLAS AL REPORTE, ASI MISMO HA FLUCTUADO LA CANTIDAD DE EVALUADORES CON EL PERFIL CLINICO PARA LA CORRECTA EVALUACION.	0	0
----	-----	-------------	------	----	----	-----	---	---	-----	-----	-----	-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

22	MSB	HRAE YUCATAN	80.0	480	600	83.3	359	431	-121	74.8	-169	71.8	EL INDICADOR AL FINAL DEL PERIODO REPORTADO TUVO UN CUMPLIMIENTO DEL 82.5% CON UNA VARIACION ABSOLUTA DE 2.5 DEL ORIGINAL, LO QUE UBICA AL SEMÁFORO EN COLOR VERDE.	0	0
----	-----	--------------	------	-----	-----	------	-----	-----	------	------	------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

23	NRB	HRAE VICTORIA	85.0	510	600	84.7	508	600	-2	99.6	0	100.0	El porcentaje de cumplimiento del indicador fue de 92.2% de cumplimiento lo que lo ubica en semáforo de color amarillo, esto debido a que en el Hospital de Especialidades pediátricas se esta aplicando el modelo de expediente clinico integrado de calidad, utilizando el criterio que se normo el subcomité del expediente clinico del todo o nada.	0	0
----	-----	---------------	------	-----	-----	------	-----	-----	----	------	---	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

24	NRU	HRAE IXTAPALUCA	80.0	96	120	82.5	99	120	3	103.1	0	100.0	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 81.1%, que lo situa en el semáforo de cumplimiento de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a la revisión rigurosa de los expedientes continua en las 6 unidades, evaluando el cumplimiento según la NOM 004.	Se tiene un riesgo de afectar la calidad de la información contenida en el expediente y que ello conlleva a riesgos indirectos en la atención de los usuarios, aunado a falta de información en los expedientes clínicos.	Se esta realizando labor para normalizar los criterios en los procesos de cumplimiento de la norma en todas las áreas Hospitalarias.
----	-----	-----------------	------	----	-----	------	----	-----	---	-------	---	-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

25	NR7A	GRAE CHIAPAS	82.9	174	210	76.4	149	195	-25	85.6	-15	92.9	Se plantearán mejoras en el proceso de la estrategia de revisión, así como la realización de cursos de capacitación referentes al cumplimiento de la Norma SSA004	0	0
----	------	--------------	------	-----	-----	------	-----	-----	-----	------	-----	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

26	N00	SERVICIOS DE ATENCION PSICUIATRICA	80.0	648	810	64.9	478	736	-170	73.8	-74	90.9	Se tiene un riesgo de afectar la calidad de la información contenida en el expediente y que ello conlleva a riesgos indirectos en la atención de los usuarios, aunado a falta de información en los expedientes clínicos.	0	0
----	-----	------------------------------------	------	-----	-----	------	-----	-----	------	------	-----	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

27	MRK	CENTROS DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA	80.0	648	810	64.9	478	736	-170	73.8	-74	90.9	Se plantearán mejoras en el proceso de la estrategia de revisión, así como la realización de cursos de capacitación referentes al cumplimiento de la Norma SSA004	0	0
28	MRK	CENTROS DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA	85.2	7,639	8,974	78.9	8,981	11,388	-1,342	117.6	-2,417	126.9	Se tiene un riesgo de afectar la calidad de la información contenida en el expediente y que ello conlleva a riesgos indirectos en la atención de los usuarios, aunado a falta de información en los expedientes clínicos.	0	0

85.20 /