



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
 COORDINACIÓN DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES
 COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS GENERALES
DIVISIÓN DE VIÁTICOS, CORRESPONDENCIA Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
INFORME DE LA COMISIÓN

NÚMERO DE PLIEGO

2758

Ciudad de México, a 9 de mayo de 2019

Nombre del Coordinador Normativo: LIC. JULIO CÉSAR SERVÍN JUÁREZ
Nombre de la Coordinación Normativa: COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE EVALUACION DE DELEGACIONES

LUGAR DE LA COMISIÓN: TIJUANA, B.C.N.

DEL: 06/05/2019

AL: 08/05/2019

OBJETO DE LA COMISIÓN: APOYO DELEGACIONAL

1. PROPÓSITO DE LA COMISIÓN

Seguimiento al plan de mejora comprometido para atender las áreas de oportunidad de los procesos de medicina familiar perteneciente a la delegación Baja California.

2. ACTIVIDADES REALIZADAS

Recolección, integración de información y análisis de los procesos para verificar la aplicación de las acciones de mejora.

3. CONCLUSIONES

El plan de mejora no se aplicó de manera sistemática, el personal delegacional no presentó evidencia documental de seguimiento a las acciones comprometidas por los servicio de nutrición, trabajo social y medicina familiar. Se identifica retroceso en la calidad de atención de los pacientes crónico degenerativos.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

La estrategia NutrIMSS se otorga en 13 UMFs de la delegación y el 23 % (3) no lograron el VR = 95 % en 2018; el resultado global delegacional fue del 145.5 %. Para marzo 2019 se observan cinco unidades (38.5 %) que no logran el VR; el logro reportado fue del 136.5 %.

En la UMF visitada Nutrición se otorga en turno mixto con predominio vespertino, en 2018 (meta anual de 1,000) reportó 825 (82.5 %) pacientes integrados a NutrIMSS, al verificar en SIAIS existen 1,057 W01, de estos 19 están repetidos en dos ocasiones, por este motivo lo real fue 1,038 pacientes (103.8 %). A marzo 2019 se han reportado 219 W01 y existen sólo 70 registros en sistema, con esto el logro real es del 27.8 % (meta mensual acumulada 252). Por este motivo persiste la falta de congruencia entre los informes y los datos en sistemas de información y exhibe deficiencias o la falta de supervisión o validación de los directivos locales.

La unidad no presentó evidencia de capacitación a los MF en orientación alimentaria NutrIMSS "Aprendiendo a comer bien: Pacientes con enfermedades crónicas" y en el uso de la cartera de alimentación. A nivel delegacional la capacitación se realizó solamente en NutrIMSS el avance promedio fue del 47.8 %.

La unidad cuenta con dos plazas de TS por turno; su informe de marzo 2019 dice que le notificaron solamente 355 remisos los diversos proveedores y reportó con seguimiento a 130 pacientes (VR 25 por TS), pero al revisar en SIMF se identifica que solamente 34 casos corresponden al periodo, por este motivo nuevamente existen problemas de comunicación entre el equipo multidisciplinario, debido la falta de priorización de remisos reportados a TS, además hay diferencias entre las fuentes primarias de TS y las notas en SIMF, debido que existen las notas en SIMF de TS corresponden al mes de abril y otros casos no tenían nota, por este motivo la supervisión del proceso por los jefes de servicio es deficiente.

Las áreas físicas de TS y Nutrición permiten realizar las actividades de manera digna y confidencial.

En esta visita la unidad visitada no mostró el listado actualizado de pacientes diabéticos atendidos en el último año, el cual se debe utilizar en la planeación y establecimiento de objetivos por consultorio (búsqueda de complicaciones microvasculares "TFG por consultorio, etc."), así como para la disponibilidad (programación) de estudios de laboratorio que son básicos para el control metabólico, como lo establece la NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. La UMF no dispone de los siguientes estudios de laboratorio: Colesterol HDL y LDL, los cuales se utilizan como medida de seguimiento para la nefroprotección. El personal directivo no mostró gestión, para que la población adscrita a esta unidad tenga acceso a estos estudios.

La UMF atendió en el último año a 10,582 diabéticos. La atención médica no presentó mejora en este grupo de pacientes, porque continuamos identificando notas con interrogatorios del motivo de atención y exploraciones físicas generales e inespecíficas, además hay textos idénticos o similares y es considerado un riesgo en caso de comprobar alguna omisión en el acto de atención; continúa la escasa búsqueda e irregular de las complicaciones microvasculares (renales, oftálmicas, pie diabético y neurológicas) y en ocasiones no registra el diagnóstico como código CIE-10 de DM o de las complicaciones microvasculares.

Aún encontramos MF que no solicitan todos los laboratorios básicos disponibles o pacientes que su última glucosa tiene seis meses o más y registra ese resultado de laboratorio en múltiples ocasiones, o no registra el resultado en el rubro correspondiente "cuadro del SIMF", lo que afecta el indicador del porcentaje de pacientes con DM de 20 años y más en control adecuado de glucemia en ayuno (70 - 130 mg/dl); o cuando son solicitados y los interpretan el médico no ejecuta alguna intervención terapéutica o es incorrecta, esto se observó en los pacientes con glucosa o HbA1c = 8.

Sin avance el cumplimiento de metas de control (11), debido que los JSMF no vigilan todos los parámetros porque su cédula de supervisión no las considera, además se continúa omitiendo el registro, solicitud y/o el análisis de estos por el MF (glucosa postprandial, perímetro abdominal, tabaquismo, etc.), a esto se agrega la nula disponibilidad de algunos estudios de laboratorio y la falta de gestión o de seguimiento a la misma.

No existe análisis directivo de seguimiento y monitoreo de pacientes diabéticos a los que se les realizó estudios de laboratorio.

Se identificó con los datos completos proporcionados por la unidad, que el sólo al 47.8 % de los diabéticos atendidos en 2018, se les realizó una glucosa en ayuno en el laboratorio de la unidad, sin embargo, es importante mencionar que la base datos no contiene el NSS completo de los pacientes. La unidad deberá de implementar una supervisión y trabajar con el personal que realiza el registro de pacientes para evitar una pérdida de datos.

En 2018 con relación al manejo integral de los pacientes y su envío a los Centros de Seguridad Social (C.S.S.), de la unidad arribaron 51 pacientes diabéticos y para este 2019 van 26 pacientes.

Para la estrategia educativa "Yo Puedo" en 2018 el 31.6 % (6) de las unidades que imparten la estrategia (19) no lograron el referente. En 2019 en 47 % (9) de la unidad al primer trimestre lo logran el referente. La unidad visitada no logró en 2018 su meta (61.6 %) y en este primer trimestre tampoco (76 %).

En relación a la estrategia educativa NutrIMSS en 2018 se sensibilizaron a 249 diabéticos.

Aunque se cumple la productividad esperada del servicio de Estomatología (VR =2), la cobertura de atención en los pacientes diabéticos en el último año fue del 12.2 % (1,290).

El módulo de acuerdo con el informe de la unidad enviado a la delegación se encuentra al 99 % de utilización de la capacidad física instalada, pero la revisar las fuentes primarias de información se identificaron solamente 770 pacientes y exhibe las deficiencias de supervisión de los JSMF al vigilar la utilización de la capacidad física instalada, además el consultorio no cumple con el equipamiento, falta el banco giratorio, lámpara de chicote y las pierneras en la mesa de exploración; también existe incumplimiento a la NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos..., porque no permite realizar una exploración física completa con privacidad. El promedio de pacientes por grupo son 17.

Se cumple con la secuencia de las sesiones educativas. No se evaluó el cumplimiento de metas de control en los pacientes egresados de marzo 2019, por problemas con el equipo de cómputo para revisar los expedientes.

En receta resurtible (RR) se identificaron posterior a la visita (01 de octubre 2018 al 30 de abril 2019) 3,984 pacientes. De éstos 95.2 % (3,792) son crónico-degenerativos, de los cuales el 46.6 % (1,768) son diabéticos. El cumplimiento de los criterios de inclusión retrocede, porque continúan los médicos familiares considerando a la glucosa en ayuno como criterio único de inclusión al proyecto lo que es incorrecto, además otro de los criterios que se incumple es el del control de la tensión arterial < 130/80. La cita a tres meses retrocedió del 90 % al 60 % de los casos evaluados.

En el periodo antes comentado se atendieron en farmacia 21,987 RR con un promedio de 5.52 por paciente, las cuales ocuparon el 35.3 % (133) del CPM de la unidad (377). El costo del proyecto en farmacia fue de \$761,058.25; el costo promedio por receta fue de \$34.61 y por paciente \$191.06. No se identificó negativa de surtimiento de recetas con hipoglicemiantes en los últimos cinco meses, condición acorde a las políticas del proyecto.

Prosigue la prescripción de claves que no corresponden a las patologías autorizadas (albendazol, tamsulosina, tolterodina, etc.) así como de antibióticos (cinco casos totales), y todos eran crónico-degenerativos (un diabético).

El comité local de farmacia no analiza de manera completa el proyecto de RR, porque el contenido es informativo.

Hipertensión arterial

Con mejora la atención del MF que otorga al paciente hipertenso, pero no es significativo. Prosiguen identificándose en las notas médicas interrogatorios inespecíficos, exploraciones físicas incompletas y no dirigidas a este tipo de pacientes; la búsqueda de complicaciones microvasculares es irregular y no sistemática, a esto se suma el subregistro de los diagnósticos de las complicaciones microvasculares o de hipertensión arterial en el SIMF situación que afecta el resultado de indicadores.

Los jefes de servicios de medicina familiar se dividen los procesos para supervisar, por este motivo es insuficiente, a esto se suman algunas deficiencias técnico-administrativas y médicas.

Continúan identificándose MF que interpretan de manera incorrecta los resultados de estudios de laboratorio, en pacientes con glucosa alterada en ayuno, lo que genera inoportunidad del diagnóstico y retraso del tratamiento o manejos inadecuados. Además, se identificaron médicos familiares que solicitaron los estudios recomendados para identificar riesgos o detectar patologías relacionadas con la enfermedad hipertensiva pero no los utilizaron, como ejemplo no realizaron la TFG.

Es aún bajo el número de pacientes hipertensos con sobrepeso y obesidad que tienen manejo no farmacológico integral, porque la mayoría no cuenta con plan alimentario y no existe cumplimiento a las metas establecidas en los programas educativos de manera homogénea (delegacional).

En la estrategia educativa NutrIMSS en 2018 se capacitó a 376 hipertensos.

La cobertura de atención estomatológica en los pacientes hipertensos en el último año fue del 10.2 % (1,844) con relación al total atendidos por la unidad (17,991).

Los pacientes hipertensos incluidos a Receta Resurtible (RR) posterior a la visita fueron 3,471 de los cuales 1,447 son portadores también de DM; no existe incremento en el porcentaje de pacientes con apego a los criterios de inclusión, los criterios más comunes en incumplirse son el de control de la tensión arterial en los últimos seis meses y el de patologías relacionadas con el control glucémico (pacientes diabéticos descontrolados o sin HbA1c o pacientes con glucosa alterada en ayuno).

La cita a tres meses se mantiene en el 90 %. Se identificó negativa de surtimiento de antihipertensivos a nueve pacientes, condición no alineadas a las políticas del proyecto. Se identifica que se prescribió a cuatro pacientes en RR

medicamentos que ponen en riesgo la seguridad del paciente (acenocumarina o warfarina).

5. CONTRIBUCIONES PARA LA DEPENDENCIA

Seguimiento y modificación de los componentes de cada proceso, establecimiento de estrategias de mejora, generación de la cultura de la evaluación. Así como obtención por medición directa de los indicadores de información sustantiva para la toma de decisiones de la alta dirección del Instituto.

"Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos, y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarán en caso contrario"



TONATIHU ORTIZ CASTILLO

Nombre y Firma del servidor público comisionado

1270-009-032