

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**Atención Médica Curativa**

Auditoría de Desempeño: 12-1-00GYN-07-0411

DS-111

Criterios de Selección

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios cuantitativos y cualitativos establecidos en la Normativa Institucional de la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2012, considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF 2011-2017.

Objetivo

Fiscalizar las acciones de la atención médica curativa para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría comprende la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas, en materia de atención médica curativa; la eficiencia con la que se otorgó la atención médica curativa, y la utilización de los recursos humanos e infraestructura médica de que se dispuso; la economía en la aplicación de los recursos asignados; la evaluación del avance hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño, y la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los objetivos y metas en materia de atención médica curativa, a cargo del ISSSTE.

Antecedentes

En los artículos 33, fracción II, y 94 de la Ley General de Salud,^{1/} se establece que la atención médica curativa tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y comprende los servicios de diagnóstico que ofrecen las instituciones de salud entre la población, que se identifican fundamentalmente en los servicios de consulta externa y especializada, además de los servicios auxiliares de diagnóstico;^{2/} así como las acciones de tratamiento médico a los pacientes que requieran atención médica en las unidades hospitalarias de segundo o tercer nivel de atención. También se señala que las instituciones de salud deben disponer de los recursos humanos, infraestructura y equipamiento médico necesarios, para ofrecer la atención médica que requieren las personas que acuden a las unidades médicas y hospitalarias.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),^{3/} el aumento en la esperanza de vida de la población en México ha modificado el perfil demográfico y motivado cambios epidemiológicos que contrastan con los rezagos existentes en la infraestructura de salud. Además, se expone que la estructura epidemiológica actual

^{1/} **Diario Oficial**, 7 de febrero de 1984.

^{2/} Comprende los estudios de laboratorio (análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano) o de gabinete (generación de imágenes del interior, mediante agentes físicos como son los Rayos X, ultrasonidos y campos magnéticos).

^{3/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012, México en comparación**, 2012, p. 1.

se distingue por la alta prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos y el realce de casos de VIH y tuberculosis, así como por las altas tasas de mortalidad infantil y materna.

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, se señala que México destina el 6.5% de su Producto Interno Bruto (PIB) al rubro de la salud, cifra menor que el promedio internacional; situación que se refleja en la falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos. Aunado a lo anterior, se reconoce que subsisten grandes desigualdades en la calidad de los servicios de salud a los que tienen acceso los mexicanos, derivadas de la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

Además, se reconoce que el país se enfrenta al doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y los padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.^{4/}

De acuerdo con la SS,^{5/} en 2010, las enfermedades no transmisibles continuaban en constante ascenso y representaban las principales causas de mortalidad entre la población, ya que la diabetes mellitus se mantuvo como la principal causa de muerte en el país, al registrar 76.3 defunciones por cada 100,000 habitantes, mientras que las enfermedades isquémicas del corazón fueron la segunda causa de muerte, con 60.5 decesos por cada 100,000 habitantes. Otro padecimiento importante en el panorama epidemiológico del país es el de las enfermedades cerebrovasculares, las cuales registraron una tasa de mortalidad de 27.2 defunciones por cada 100,000 habitantes; el cáncer de próstata, con 20.1 defunciones por cada 100,000 varones de 25 años o más, y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, con 20.1 defunciones por cada 100,000 habitantes.

En las mujeres, las principales causas de mortalidad fueron el cáncer de mama, con 16.9 decesos por cada 100,000 mujeres de 25 años o más, y el cáncer cérvico uterino, con 13.5 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 años o más.

Respecto de la disponibilidad de recursos para la atención de la salud de la población, en 2010, por cada 1,000 derechohabientes, la disponibilidad de médicos fue de 1.4, inferior a los 3.0 médicos recomendados por la OMS; el número de médicos especialistas y residentes, de 0.7, y la disponibilidad de enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares, de 2.1, sin que en el reporte generado por la SS se especifique el referente o estándar correspondiente para valorar el resultado.^{6/}

El 30 de diciembre de 1959 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, la ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), después de que se reformó el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se establecieron las garantías de los servidores públicos. Esta ley fue creada con el objetivo de brindar seguridad social integral a los servidores públicos y a sus familiares, lo que implicaba, además de la asistencia a la salud, prestaciones sociales, culturales y económicas.

El ISSSTE se creó como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. Asimismo, se estableció que su funcionamiento y operación se

^{4/} Presidencia de la República, **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2007, pp. 63-65.

^{5/} Secretaría de Salud, **Rendición de Cuentas en Salud 2010**, con información al año 2010, México, 2012.

^{6/} Secretaría de Salud, **Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011**, México, 2012, p. 18.

financiaría con las cuotas de los trabajadores y las aportaciones del Gobierno Federal y de los gobiernos de las entidades federativas.

En materia de salud, se establecieron como obligatorios el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, y el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En la Ley del ISSSTE de 1983 se establecieron como obligatorios el servicio de medicina preventiva;^{7/} el seguro de enfermedades y maternidad; los servicios de rehabilitación física y mental, y el seguro de riesgos del trabajo.

El 31 de marzo de 2007 se aprobó la nueva ley del ISSSTE, cuyo objeto principal fue crear los mecanismos que aseguraran la viabilidad financiera del instituto, deteriorada debido a la carga financiera que representan las pensiones. En la Exposición de Motivos de dicha ley se señala que la transición demográfica y el nuevo perfil epidemiológico han generado un déficit que anualmente requería de recursos de otros servicios del instituto y del presupuesto federal; por ello, el propósito principal de esta nueva ley fue crear los mecanismos que aseguraran la viabilidad financiera del instituto, abatir deficiencias y responder con prontitud, eficiencia, oportunidad y calidad la necesidad insatisfecha de servicios de la derechohabencia.

En congruencia con la política nacional de salud, en la ley del ISSSTE se orienta el servicio médico hacia la prevención de enfermedades, y se mantienen como obligatorios el seguro de atención médica curativa y de maternidad y el de rehabilitación física y mental.

En 2012, el ISSSTE tenía una población derechohabiente de 12,449.6 miles de personas, de las cuales 3,212.8 miles (25.8%) se concentraban en el Distrito Federal, y 9,236.8 miles (74.2%), en el resto de las entidades federativas. En cuanto a la distribución por sexo, 5,575.5 miles (44.8%) fueron mujeres, y 6,874.1 miles (55.2%), hombres. Por tipo de derechohabiente, 2,725.6 miles (21.9%) fueron trabajadores; 7,911.3 miles (63.6%), familiares de trabajadores; 874.4 miles (7.0%), pensionados, y 938.3 miles (7.5%), familiares de los pensionados.

Resultados

1. Consultas médicas otorgadas a los derechohabientes

En 2012, el ISSSTE proporcionó 1,234.4 consultas generales por cada 1,000 derechohabientes, sin que se programara una meta, ya que el indicador fue construido durante la auditoría. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para establecer el indicador y la meta que evalúa las consultas generales por cada 1,000 derechohabientes a partir de 2014, con lo que se solventa lo observado.

En cuanto a las consultas de especialidad por cada 1,000 derechohabientes, el instituto reportó 628.9 consultas, similares a la meta de 692.0 consultas, y brindó 88.2 consultas de urgencias por cada 1,000 derechohabientes, similares a la meta de 98.0 consultas.

En el periodo 2007-2012, el ISSSTE registró una disminución en las consultas generales por cada 1,000 derechohabientes de 1.4% en promedio anual, al pasar de 1,327.1 consultas en

^{7/} La medicina preventiva incluía vacunación, control de enfermedades transmisibles, detección de enfermedades crónico-degenerativas, educación para la salud, planificación familiar, atención materno-infantil, salud bucal, nutrición, salud mental e higiene.

2007 a 1,234.4 consultas en 2012; las consultas de especialidad por cada 1,000 derechohabientes se incrementaron en 0.4% en promedio anual, al pasar de 616.8 consultas en 2007 a 628.9 consultas en 2012, y las consultas de urgencias por cada 1,000 derechohabientes decrecieron en 0.2% en promedio anual, al pasar de 89.2 consultas en 2007 a 88.2 consultas en 2012.

2. Productividad en el otorgamiento de las consultas

En 2012, el ISSSTE reportó 24.3 consultas diarias por consultorio de medicina general; 13.2 consultas diarias por consultorio de medicina de especialidad, y 10.0 consultas diarias por consultorio de urgencias, sin que se dispusiera de metas para evaluar la productividad en el otorgamiento de consultas, ya que los indicadores fueron construidos durante la auditoría. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias, para establecer el indicador y la meta que evalúa el promedio de consultas diarias por consultorio de medicina general, de medicina de especialidad y de urgencias, a partir de 2014, con lo que se solventa lo observado.

En el periodo 2007-2012, las consultas diarias por consultorio de medicina general aumentaron 0.6% en promedio anual, al pasar de 23.6 consultas en 2007 a 24.3 consultas en 2012; las consultas de medicina de especialidad decrecieron 1.5% en promedio anual, al pasar de 14.2 consultas en 2007 a 13.2 consultas en 2012, y las consultas diarias por consultorio de urgencias decrecieron en 0.2% en promedio anual, al pasar de 10.1 consultas en 2007 a 10.0 consultas en 2012.

3. Promedio de consultas por hora médico

En 2012, el ISSSTE registró 3.1 consultas de especialidad en promedio por hora médico, superiores en 3.3% a la meta de 3.0 consultas, y otorgó 3.6 consultas externas generales por hora médico general o familiar, similares a la meta programada de 4.0 consultas.

En el periodo 2007-2012, el ISSSTE no registró variaciones en el promedio de consultas por hora médico general, ya que se mantuvieron en 3.6 consultas, y en las consultas por hora médico de especialidad, la tendencia también fue constante, al registrar 3.1 consultas diarias.

4. Otorgamiento de consultas de medicina externa general

En 2012, el ISSSTE reportó que el 47.8% de los pacientes controló su enfermedad en consulta externa general de primera vez, el 95.6%, respecto de la meta de 50.0%, y el porcentaje de consultas externas generales realizadas respecto de las programadas, fue de 93.9%, mientras que la meta establecida fue de 100.0%.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de pacientes que controló su enfermedad en consulta externa general de primera vez registró una disminución de 2.2% en promedio anual, al pasar de 53.5% en 2007 a 47.8% en 2012, y el porcentaje de consultas externas generales realizadas, respecto de las programadas, disminuyó 0.5% en promedio anual, al pasar de 96.2% en 2007 a 93.9% en 2012, por lo que las metas programadas en 2012 fueron congruentes con los resultados obtenidos en años anteriores.

5. Servicios auxiliares para el diagnóstico del estado de salud

En 2012, el ISSSTE realizó 15,948,166 exámenes de laboratorio en consulta externa general, 6.3% más que los 15,000,000 programados, y 403,213 estudios de rayos X, 0.5% más que los

401,316 programados; asimismo, realizó 0.72 exámenes de laboratorio en promedio, igual que la meta establecida, al registrar 5,642,370 estudios de laboratorio realizados entre las 7,829,624 consultas de medicina especializada otorgadas, y 3.9 exámenes de laboratorio en urgencias en promedio, mejor en 41.8% que la meta establecida de 6.7 exámenes, ya que el sentido del indicador es descendente, al registrar 4,398,043 exámenes de laboratorio realizados en urgencias entre los 1,135,722 pacientes atendidos en urgencias.

En el periodo 2010-2012, el porcentaje de exámenes de laboratorio realizados, respecto de los programados, registró un incremento de 6.9% en promedio anual, al pasar de 93.1% en 2010 a 106.3% en 2012, y el porcentaje de estudios de rayos X realizados, respecto de los programados, registró una disminución de 7.6% en promedio anual, al pasar de 117.6% en 2010 a 100.5% en 2012.

En el periodo 2011-2012, el promedio de exámenes de laboratorio realizados, respecto de las consultas de medicina especializada otorgadas, registró una disminución de 46.2% en promedio anual, al pasar de 1.3 exámenes de laboratorio en 2011 a 0.7 en 2012, y el promedio de exámenes de laboratorio por paciente realizados en el servicio de urgencias registró un aumento de 50.0% en promedio anual, al pasar de 2.6 exámenes de laboratorio por paciente en promedio en 2011 a 3.9 exámenes en 2012.

6. Referencias médicas a otro nivel de atención

En 2012, el ISSSTE reportó que referenció al 3.2% de derechohabientes atendidos en consultas externas generales a otro nivel de atención, al referenciar a 498,599 derechohabientes, respecto de las 15,367,803 consultas externas generales otorgadas, resultado superior en 6.7% a la meta establecida de 3.0%. El ISSSTE no dispuso de indicadores para evaluar la oportunidad con la que los derechohabientes reciben la atención médica en el nivel de atención al que fueron referidos, a partir de la solicitud del servicio médico realizado por la unidad de medicina familiar.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de referencia a otro nivel de atención, respecto de las consultas generales otorgadas, registró un aumento de 4.2% en promedio anual, al pasar de 2.6% en 2007 a 3.2% en 2012, por lo que las metas programadas en 2012 fueron congruentes con los resultados obtenidos en años anteriores.

12-1-00GYN-07-0411-07-001 Recomendación al Desempeño

Para que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado disponga de indicadores para medir la oportunidad con la que los derechohabientes reciben la atención médica en el nivel de atención al que fueron referidos, a partir de la solicitud del servicio médico realizado por la unidad de medicina familiar, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto a sus derechohabientes.

7. Otorgamiento de citas médicas

En 2012, el ISSSTE registró que el 57.4% de citas en las unidades médicas de primer nivel se programaron vía telefónica e internet, al registrar 8,745,302 citas ofertadas por esas vías, entre las 15,233,503 citas ofertadas en las unidades médicas del primer nivel, cifra similar a la meta prevista de 60.0%. Asimismo, estableció un plazo máximo de cinco días para el otorgamiento de citas médicas, a partir del momento en que los derechohabientes hacen la solicitud del servicio por esta modalidad.

En el periodo 2010-2012, el porcentaje de citas ofertadas vía telefónica e internet, registró un aumento de 0.3% en promedio anual, al pasar de 57.1% de referencias en 2010 a 57.4% en 2012, por lo que las metas programadas en 2012 fueron congruentes con los resultados obtenidos en años anteriores.

8. Mortalidad intrahospitalaria

En 2012, el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria en unidades hospitalarias de segundo nivel del ISSSTE fue de 2.0%, mejor en 13.0% que la meta programada de 2.3%, al registrar 7,690 defunciones, respecto de los 390,394 egresos hospitalarios, y el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria en unidades hospitalarias de tercer nivel fue de 4.0%, igual que la meta programada, al reportar 4,782 defunciones, respecto de los 120,478 egresos hospitalarios.

En el periodo 2007-2012, la mortalidad intrahospitalaria en unidades de segundo nivel disminuyó 5.8% en promedio anual, al pasar de 2.7% en 2007 a 2.0% en 2012, y la mortalidad intrahospitalaria en unidades de tercer nivel aumentó 0.5% en promedio por año, al pasar de 3.9% en 2007 a 4.0% en 2012.

9. Mortalidad materna, infantil y neonatal

En 2012, el ISSSTE registró una tasa de mortalidad materna de 47.2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, 35.6% más que la meta de 34.8 defunciones. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones para asegurar el cumplimiento de la meta del indicador que da cuenta de la mortalidad materna, al implementar en 2013 acciones de capacitación del personal médico en el manejo obstétrico en emergencias y trauma, con el propósito de reducir la mortalidad materno-infantil.

En la tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos, el ISSSTE registró 7.0 muertes en 2012, y en la tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos registró 6.0 muertes en 2012. En ambos casos no se establecieron metas, ya que los indicadores fueron contruidos durante la auditoría. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para establecer el indicador y la meta que evalúe la mortalidad infantil y la neonatal a partir de 2014, con lo que se solventa lo observado.

En el periodo 2007-2012, la tasa de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos se incrementó 0.1% en promedio anual, al pasar de 47.0 decesos en 2007 a 47.2 en 2012; la tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos disminuyó 4.5% en promedio anual, al pasar de 8.8 muertes en 2007 a 7.0 en 2012, y la tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos decreció 3.9% en promedio anual, al pasar de 7.3 defunciones en menores de 28 días en 2007, a 6.0 en 2012.

10. Mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles

En 2012, el ISSSTE reportó un resultado de 92.3% de muertes por enfermedades transmisibles y no transmisibles, similar a la meta programada de 93.9%. En el periodo 2007-2012, el porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles y no transmisibles decreció 0.1% en promedio anual, al pasar de 92.8% en 2007 a 92.3% en 2012, por lo que la meta programada en 2012 fue congruente con los resultados obtenidos en años anteriores.

11. Mortalidad por las principales enfermedades crónico-degenerativas

Para 2012, el ISSSTE no estableció metas de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, por enfermedades del hígado, por enfermedades cardiovasculares, ni por cáncer de mama, ya que los indicadores fueron construidos durante la auditoría. Con la información disponible, se precisó que la tasa de mortalidad por estos padecimientos por cada 100,000 derechohabientes fue de 13.9 decesos por diabetes mellitus, 9.6 muertes por enfermedades del hígado, y 17.6 defunciones por enfermedades cardiovasculares.

La mortalidad por cáncer de mama fue de 3.2 decesos por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años, por lo que se ubicó dentro del estándar sectorial de registrar una tasa menor que 17.5 decesos, y en la mortalidad por cáncer cérvico uterino, el ISSSTE registró 1.1 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años, 82.8% menos que la meta programada de 6.4 decesos.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para la incorporación en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario E003 "Detección Oportuna de Enfermedades" para el ejercicio fiscal 2014, de los indicadores y las metas que dan cuenta de la mortalidad por las principales enfermedades crónico-degenerativas, con lo que se solventa lo observado.

En el periodo 2007-2012, la mortalidad por diabetes mellitus disminuyó en promedio anual 2.8%, al pasar de 16.0 defunciones por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 13.9 en 2012; mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades del hígado aumentó 7.1% en promedio, ya que pasó de 6.8 muertes por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 9.6 en 2012; por enfermedades cardiovasculares aumentó 8.9% en promedio anual, al pasar de 11.5 defunciones en 2007 a 17.6 en 2012; la mortalidad por cáncer cérvico uterino disminuyó 7.2% en promedio anual, al pasar de 1.6 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2007 a 1.1 en 2012, y la mortalidad por cáncer de mama decreció 3.4% en promedio anual, al pasar de 3.8 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2007 a 3.2 en 2012.

12. Control de pacientes diabéticos

En 2012, el ISSSTE registró que el 59.4% de los pacientes diabéticos que acuden a clínicas de control de diabetes presentó niveles menores de 7.0% en la prueba de hemoglobina glucosilada,^{8/} lo que significó que, de los 54,329 pacientes atendidos en las clínicas de control de diabetes, 32,273 presentaron un control metabólico óptimo, similar a la meta programada de 60.0%.

En el periodo 2008-2012, el porcentaje de pacientes con diabetes controlados aumentó a una tasa de 14.1% en promedio anual, al pasar de 35.0% en 2008 a 59.4% en 2012.

13. Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría

En 2012, el ISSSTE registró el 88.9% de egresos hospitalarios generales por mejoría en unidades de segundo nivel, similar a la meta establecida de 90.1%, y el porcentaje de

^{8/} La hemoglobina glucosilada (A1c) es la porción de hemoglobina a la que se une la glucosa (azúcar presente en la sangre). Con un valor de A1c menor que 7% se disminuye el riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la diabetes; de 7-8%, se necesita reforzar el tratamiento, y mayor que 8%, es necesario modificar el tratamiento.

egresos hospitalarios especializados por mejoría en unidades de tercer nivel fue de 86.7%, similar a la meta programada de 90.0%.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de egresos hospitalarios generales por mejoría disminuyó 0.3% en promedio anual, al pasar de 90.2% en 2007 a 88.9% en 2012, y el porcentaje de egresos hospitalarios especializados por mejoría decreció 0.7% en promedio, al pasar de 90.0% en 2007 a 86.7% en 2012.

14. Tasa de infecciones nosocomiales

El ISSSTE registró una tasa de 3.5 infecciones nosocomiales por cada 100 egresos hospitalarios, dentro del estándar sectorial de ser menor que 6.0 infecciones. En el periodo 2011-2012, la tasa de infecciones nosocomiales por cada 100 egresos hospitalarios se incrementó 133.3%, al pasar de 1.5% en 2011 a 3.5% en 2012.

15. Días de estancia y ocupación hospitalaria

En 2012, el ISSSTE registró 4.0 días de estancia de sus derechohabientes en promedio, en unidades hospitalarias de segundo nivel, superior en 14.3% a la meta programada de 3.5 días, debido al incremento en los casos de enfermedades crónico-degenerativas que requieren mayor tiempo de hospitalización, y registró 5.7 días de estancia en promedio, en unidades hospitalarias de tercer nivel, igual que la meta establecida.

En ese año, la ocupación hospitalaria fue de 70.7%, sin que el instituto programara la meta del indicador, ya que fue construido durante la auditoría. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para establecer el indicador y la meta que evalúa la ocupación hospitalaria a partir de 2014, con lo que se solventa lo observado.

En el periodo 2007-2012, el promedio de días estancia en unidades hospitalarias de segundo nivel decreció 2.8% en promedio anual, al pasar de 4.6 días en 2007 a 4.0 días en 2012; el promedio de días estancia en unidades hospitalarias de tercer nivel disminuyó 3.8% en promedio, al pasar de 6.9 días en 2007 a 5.7 días en 2012, y el porcentaje de ocupación hospitalaria disminuyó 1.9% en promedio anual, al pasar de 77.9% de ocupación en 2007 a 70.7% en 2012.

16. Servicio de urgencias médicas

En 2012, el ISSSTE reportó 47.8% de ingresos a hospitalización general, mediante los servicios de urgencias, superior en 8.6% a la meta programada de 44.0%, y registró 37.9% de ingresos a hospitalización en unidades de tercer nivel, mediante los servicios de urgencias, superior en 69.2% a la meta programada de 22.4%. La mortalidad en el servicio de urgencias fue de 0.6%, superior en 50.0% a la meta programada de 0.4%.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para implementar las acciones de capacitación al personal médico, dirigidas a mejorar la atención y resolución para reducir la mortalidad en el servicio de urgencias, con lo que se solventa lo observado.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de ingresos a hospitalización en unidades de segundo nivel, mediante los servicios de urgencias, disminuyó 1.8% en promedio anual, al pasar de 52.3% en 2007 a 47.8% en 2012; el porcentaje de ingresos a hospitalización en unidades de tercer nivel, mediante los servicios de urgencias, decreció 1.6% en promedio

anual, al pasar de 41.0% en 2007 a 37.9% en 2012, y el porcentaje de muertes en el servicio de urgencias se incrementó 14.9% en promedio anual, al pasar de 0.3% en 2007 a 0.6% en 2012.

17. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos

Los resultados de la encuesta aplicada en 2012 a pacientes del ISSSTE mostraron que el 97.0% recibió en forma completa sus medicamentos, igual que la meta programada, y el 97.8% manifestó su satisfacción con la cantidad de medicamentos recibidos, similar a la meta establecida de 97.0%. En el periodo 2007-2012, el porcentaje de surtimiento de medicamentos prescritos en las recetas se incrementó 0.3% en promedio anual, al pasar de 95.8% en 2007 a 97.0% en 2012, y el porcentaje de satisfacción por el surtimiento de medicamentos se incrementó 0.3% en promedio anual, al pasar de 96.6% en 2007 a 97.8% en 2012.

18. Disponibilidad de recursos humanos

En 2012, por cada 1,000 derechohabientes, el ISSSTE dispuso del personal médico, técnico y auxiliar siguiente: 1.7 médicos, 0.3 médicos generales o familiares, 0.9 médicos especialistas, 1.8 enfermeras y 0.5 técnicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En el periodo 2007-2012, el ISSSTE no incrementó el número de médicos por cada 1,000 derechohabientes, al mantener en 2007 y 2012 una tasa de 1.7 médicos; 0.3 médicos generales o familiares, y 0.9 médicos especialistas. Respecto de la tasa de enfermeras por cada 1,000 derechohabientes, en dicho periodo, registró una disminución promedio anual de 2.1%, al pasar de 2.0 enfermeras en 2007 a 1.8 enfermeras en 2012, y registró un incremento en el número de técnicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento por cada 1,000 derechohabientes, en promedio al año, de 4.6%, al pasar de 0.4 técnicos en 2007 a 0.5 técnicos en 2012.

19. Equipamiento médico

En 2012, el ISSSTE registró 0.02 laboratorios clínicos por cada 1,000 derechohabientes; 0.6 camas censables por cada 1,000 derechohabientes; 0.4 camas no censables o de tránsito por cada 1,000 derechohabientes; 1.8 gabinetes de radiodiagnóstico por cada 100,000 derechohabientes; 2.6 quirófanos por cada 100,000 derechohabientes; 0.4 tomógrafos por cada 100,000 derechohabientes, y de 0.6 mastógrafos por cada 10,000 mujeres derechohabientes de entre 40 y 69 años.

En el periodo 2007-2012, el ISSSTE no registró incrementos en los indicadores de laboratorios clínicos y camas censables, al mantener una tasa de 0.02 laboratorios y 0.6 camas censables por cada 1,000 derechohabientes; registró un crecimiento de 5.9% en promedio anual en las camas no censables, al pasar de 0.3 camas por cada 1,000 derechohabientes en 2007 a 0.4 en 2012; en los gabinetes de radiodiagnóstico registró un decremento de 4.8% en promedio anual, al pasar de 2.3 gabinetes por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 1.8 gabinetes en 2012; en quirófanos registró una disminución promedio anual de 1.5%, al pasar de 2.8 quirófanos por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 2.6 quirófanos en 2012; en tomógrafos registró un crecimiento promedio anual de 5.9%, al pasar de 0.3 tomógrafos por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 0.4 tomógrafos en 2012, y en mastógrafos registró un aumento de 8.5% en promedio anual, al

pasar de 0.4 mastógrafos por cada 10,000 mujeres entre 40 y 69 años en 2007, a 0.6 mastógrafos en 2012.

20. Infraestructura médica

En 2012, el ISSSTE registró 8.4 unidades médicas de primer nivel, 1.0 unidades médicas de segundo nivel y 0.1 unidades médicas de tercer nivel por cada 100,000 derechohabientes; obtuvo una tasa de 1.4 salas de urgencia por cada 100,000 derechohabientes, y contó con 0.5 consultorios por cada 1,000 derechohabientes.

En el periodo 2007-2012, la tasa de unidades médicas de primer nivel registró una disminución promedio anual de 3.0%, al pasar de 9.8 unidades de primer nivel por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 8.4 unidades médicas de primer nivel en 2012; la tasa de unidades médicas de segundo nivel se mantuvo constante de 2007 a 2012, con una tasa de 1.0 unidades; asimismo, la tasa de unidades médicas de tercer nivel por cada 100,000 derechohabientes se mantuvo en 0.1 durante el periodo; la tasa de salas de urgencias fue de 1.5 salas de urgencias en 2007 y de 1.4 en 2012 por cada 100,000 derechohabientes, lo que representó un decremento promedio por año de 1.4%. En cuanto a la tasa de consultorios por cada 1,000 derechohabientes, el ISSSTE mantuvo una tasa de 0.5 consultorios de 2007 a 2012.

21. Certificación de unidades médicas

En 2012, el ISSSTE certificó 10 unidades médicas (71.4%) ante el Consejo de Salubridad General, de las 14 previstas. El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría, acreditó la certificación en 2013 de las 4 unidades médicas faltantes (28.6%).

22. Ejercicio del presupuesto en la atención médica curativa

En 2012, el ISSSTE reportó las acciones de atención médica curativa en la actividad institucional 004 Cobertura de la atención médica curativa, mediante cinco programas presupuestarios relacionados con la consulta externa general, la consulta externa especializada, la hospitalización general, la hospitalización especializada y la atención de urgencias.

En ese año, el instituto ejerció 17,686,640.1 miles de pesos en la atención médica curativa de sus derechohabientes, 0.9% más que los 17,533,030.3 miles de pesos aprobados originalmente. Las mayores erogaciones se registraron principalmente en dos programas presupuestarios, el E010 "Consulta Externa Especializada", mediante el cual se erogó el 23.2% del presupuesto ejercido, superior en 2.5% al original, y el E011 "Hospitalización General", en el que se ejerció el 20.3% del presupuesto, superior en 11.5% al presupuesto original. La variación se debió a la mayor subrogación de servicios de especialización, la compra de otros insumos necesarios para el mantenimiento de las unidades médicas y la compra de material de curación de alta especialidad. Las reducciones presupuestales registradas en los programas presupuestarios E009 Consulta Externa General, E012 Hospitalización Especializada y E013 Atención de Urgencias, se debieron a una sobreestimación en el capítulo 1000 "Servicios Personales".

El presupuesto ejercido por el ISSSTE en 2012 en la atención médica curativa, de 17,686,640.1 miles de pesos, fue 10.9 veces más que el presupuesto erogado en la atención médica preventiva de 1,623,003.5 miles de pesos.

23. Gasto promedio de las principales enfermedades crónico-degenerativas

En 2012, el ISSSTE informó que el gasto promedio de consulta para pacientes con diabetes tipo 2 fue de 940.7 pesos; con hipertensión arterial, de 940.6 pesos; con insuficiencia renal, de 941.2 pesos; con enfermedades cardiovasculares, de 941.1 pesos, y con osteoartritis, de 943.2 pesos; en tanto que el gasto promedio por hospitalización de pacientes con diabetes tipo 2 fue de 132,947.1 pesos; con hipertensión arterial, de 28,664.3 pesos; con insuficiencia renal crónica, de 65,388.2 pesos; con enfermedades cardiovasculares, de 53,800.0 pesos, y con osteoartritis, de 47,350.0 pesos.

De acuerdo con proyecciones realizadas por el instituto, considerando el entorno demográfico y epidemiológico, el gasto en consultas médicas en las principales enfermedades crónico-degenerativas que padece la población derechohabiente del ISSSTE se incrementará a 2050 en un rango de 51.7% a 289.2%, y el gasto de hospitalización en esas mismas enfermedades, se incrementará en un rango de 83.2% a 323.9%.

24. Construcción de la MIR del programa presupuestario E009 "Consulta Externa General"

En la MIR 2012 del programa presupuestario E009 "Consulta Externa General", la lógica vertical es congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012. El objetivo de propósito indica de forma adecuada la razón de ser del programa presupuestario y el efecto directo que se propone alcanzar; el objetivo de componente define los servicios que entrega el programa a su población, y en los objetivos de las actividades, se identifica la relación causa-efecto de las principales acciones emprendidas para la consecución del objetivo de componente del programa.

En el nivel de fin, la sintaxis del objetivo no es correcta, ya que no señala la forma mediante la cual se cumplirá el objetivo; en el nivel de componente, la sintaxis del objetivo no utilizó un verbo en participio pasado, y la actividad "Citas médicas ofertadas a los derechohabientes para recibir consulta general en las unidades médicas de primer nivel" no utilizó un sustantivo derivado de un verbo.

Por lo que corresponde a la lógica horizontal, se considera que la construcción del indicador de fin no es correcta, ya que no evalúa el cumplimiento del objetivo y no es adecuado considerarlo como un indicador estratégico; tampoco se precisa el sentido del indicador. El indicador de propósito no se considera adecuado, ya que no evalúa el porcentaje de pacientes que controlaron su enfermedad mediante la consulta externa general de primera vez. En el indicador de componente y en los cuatro indicadores del nivel de actividad, no se considera correcta la dimensión de eficacia de los indicadores, ya que éstos evalúan los procesos mediante los cuales opera la institución para dar cumplimiento al objetivo; además, no fue posible verificar el uso de los criterios de elección CREMAA de los indicadores.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para corregir los objetivos e indicadores contenidos en la MIR del programa presupuestario E009 "Consulta Externa General" para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes, con lo que se solventa lo observado.

25. Construcción de la MIR del Programa Presupuestario E010 “Consulta Externa Especializada”

En la MIR 2012 del programa presupuestario E010 “Consulta Externa Especializada”, la lógica vertical es congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012. En el nivel de fin, la sintaxis del objetivo es correcta, ya que enuncia la forma mediante la cual se contribuirá con el objetivo; la sintaxis de propósito indica de forma adecuada la razón de ser del programa presupuestario y el efecto directo que se propone alcanzar en la población objetivo, y en la sintaxis de actividad se identifica la relación causa-efecto relacionada con la consecución del objetivo. Sin embargo, en la sintaxis de componente no se utilizó un verbo en participio pasado.

Por lo que corresponde a la lógica horizontal, los indicadores de propósito y de actividad se consideran adecuados para evaluar los objetivos, y se considera correcta la clasificación, así como la dimensión y el sentido de los indicadores; sin embargo, se considera que los indicadores de fin y de componente no son indicadores estratégicos, ya que evalúan los procesos mediante los cuales opera la institución para dar cumplimiento al objetivo; además, no fue posible verificar el uso de los criterios de elección CREMAA de los indicadores.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para corregir los objetivos e indicadores contenidos en la MIR del programa presupuestario E010 “Consulta Externa Especializada” para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes, con lo que se solventa lo observado.

26. Construcción de la MIR del Programa Presupuestario E011 “Hospitalización General”

En la MIR 2012 del programa presupuestario E011 “Hospitalización General”, la lógica vertical es congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012. La sintaxis de los objetivos en los niveles de fin, propósito, componente y actividad es adecuada.

En cuanto a la lógica horizontal, se considera que la construcción de los indicadores de los niveles de fin y propósito es adecuada, ya que son congruentes para dar cuenta del cumplimiento de los objetivos, y es adecuado considerarlos como indicadores estratégicos y en la dimensión de eficacia; sin embargo, se considera que no es adecuada la construcción de los indicadores de componente y actividad, ya que no son indicadores estratégicos, ni es correcta la dimensión de eficacia, ya que éstos evalúan los procesos mediante los cuales opera la institución para dar cumplimiento al objetivo; además, no fue posible verificar el uso de los criterios de elección CREMAA de los indicadores.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para corregir los objetivos e indicadores contenidos en la MIR del programa presupuestario E011 “Hospitalización General” para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes, con lo que se solventa lo observado.

27. Construcción de la MIR del Programa Presupuestario E012 “Hospitalización Especializada”

En la MIR 2012 del programa presupuestario E012 “Hospitalización Especializada”, la lógica vertical es congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012. La sintaxis de los objetivos en los niveles de fin, propósito, componente y actividad es adecuada.

En cuanto a la lógica horizontal, se considera que la construcción de los indicadores de los niveles de fin y propósito es adecuada, ya que son congruentes para dar cuenta del cumplimiento de los objetivos, y es correcto considerarlos como indicadores estratégicos, en la dimensión de eficacia y el sentido de los indicadores es adecuado; sin embargo, se considera que no es adecuada la construcción de los indicadores de componente y actividad, ya que no son indicadores estratégicos, ni es correcta la dimensión de eficacia, ya que éstos evalúan los procesos mediante los cuales opera la institución para dar cumplimiento al objetivo; además, no fue posible verificar el sentido de los indicadores, ni el uso de los criterios de elección CREMAA de los indicadores.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para corregir los objetivos e indicadores contenidos en la MIR del programa presupuestario E012 “Hospitalización Especializada” para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes, con lo que se solventa lo observado.

28. Construcción de la MIR del Programa Presupuestario E013 “Atención de Urgencias”

En la MIR 2012 del programa presupuestario E013 “Atención de Urgencias”, la lógica vertical es congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012. La sintaxis de los objetivos en los niveles de fin, propósito, componente y actividad es adecuada.

En cuanto a la lógica horizontal, la construcción del indicador del nivel fin es adecuada, ya que el indicador evalúa el cumplimiento del objetivo, y es correcto considerarlo como un indicador estratégico, en la dimensión de eficacia y con el sentido descendente; sin embargo, el indicador de propósito no se considera adecuado para evaluar el cumplimiento del objetivo, ya que no evalúa el impacto que tiene en la población derechohabiente que recibe atención médica inmediata; en el indicador de componente, se considera incorrecta la clasificación del tipo y dimensión de gestión y calidad, ya que éste evalúa la cobertura de consultas de urgencias, respecto del total de la población derechohabiente, y en el indicador de actividad, no es correcta la dimensión de eficacia, ya que el indicador evalúa un proceso mediante el cual opera la institución para dar cumplimiento al objetivo. Además, no fue posible verificar el uso de los criterios de elección CREMAA de los indicadores.

El ISSSTE, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para corregir los objetivos e indicadores contenidos en la MIR del programa presupuestario E013 “Atención de Urgencias” para el ejercicio fiscal 2014, con la finalidad de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes, con lo que se solventa lo observado.

29. Rendición de cuentas en materia de atención médica curativa

La información reportada por el ISSSTE en 2012 en los documentos de rendición de cuentas permitió evaluar el cumplimiento del objetivo establecido en el Programa Institucional del ISSSTE 2007-2012 de "Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población derechohabiente, mediante programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica integral", ya que el instituto informó de los principales resultados obtenidos en las acciones relacionadas con la atención médica curativa, y que se refirieron principalmente a la tasa de mortalidad hospitalaria por enfermedades isquémicas del corazón en pacientes menores de 65 años; el control metabólico de los pacientes diabéticos atendidos en la clínica de diabetes; el otorgamiento de consultas generales, de especialidad y de urgencias, y la realización de cirugías entre su derechohabencia. Además, en la MIR de 2014 del programa presupuestario E003 "Detección Oportuna de Enfermedades", el ISSSTE reportó los indicadores y metas que darán cuenta de la mortalidad por las principales enfermedades crónico-degenerativas.

Consecuencias Sociales

La atención médica curativa tiene como propósito diagnosticar el estado de salud de las personas y ofrecer el tratamiento médico requerido, para mejorar sus condiciones de salud. En 2012, el ISSSTE tenía una población derechohabiente de 12,449.6 miles de personas, de los cuales 3,212.8 (25.8%) miles se concentraban en el Distrito Federal, y 9,236.8 (74.2%) en el resto de las entidades federativas.

En ese año, la atención médica curativa ofrecida por las unidades médicas y hospitalarias del ISSSTE reflejó una tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, por diabetes mellitus, por cáncer cérvico uterino y de mama: en mortalidad infantil, de 4.5%, al pasar de 8.8 muertes en menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en 2007 a 7.0 muertes en 2012; en mortalidad neonatal, de 3.9%, al pasar de 7.3 defunciones en menores de 28 días por cada 1,000 nacidos vivos en 2007 a 6.0 defunciones en 2012; en mortalidad por diabetes mellitus, de 2.8%, al pasar de 16.0 decesos por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 13.9 en 2012; en mortalidad por cáncer de mama, de 3.4%, al pasar de 3.8 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2007 a 3.2 muertes en 2012, y en mortalidad por cáncer cérvico uterino, de 7.2%, al pasar de 1.6 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años en 2007 a 1.1 decesos en 2012. Además, se observó un incremento promedio anual de 14.1% en el porcentaje de pacientes diabéticos controlados, al pasar de 35.0% en 2008 a 59.4% en 2012.

Situación contraria se observó en las tasas de mortalidad materna, por enfermedades del hígado y por enfermedades cardiovasculares, las cuales registraron una tendencia a la alza: la mortalidad materna se incrementó en 0.1%, al pasar de 47.0 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2007 a 47.2 decesos en 2012; la mortalidad por enfermedades del hígado, en 7.1%, al pasar de 6.8 decesos por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 9.6 muertes en 2012, y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en 8.9%, al pasar de 11.5 defunciones por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 17.6 decesos en 2012.

En 2012, el gasto promedio de la consulta para pacientes con diabetes tipo 2 fue de 940.7 pesos; con hipertensión arterial, de 940.6 pesos; con insuficiencia renal, de 941.2 pesos; con enfermedades cardiovasculares, de 941.1 pesos, y con osteoartritis, de 943.2 pesos; mientras que el gasto promedio por hospitalización de pacientes con diabetes tipo 2 fue de

132,947.1 pesos; con hipertensión arterial, de 28,664.3 pesos; con insuficiencia renal crónica, de 65,388.2 pesos; con enfermedades cardiovasculares, de 53,800.0 pesos, y con osteoartritis, de 47,350.0 pesos.

De acuerdo con proyecciones realizadas por el instituto, considerando el entorno demográfico y epidemiológico, el gasto en consultas médicas en las principales enfermedades crónico-degenerativas que padece la población derechohabiente del ISSSTE se incrementará a 2050 en un rango de 51.7% a 289.2%, y el gasto de hospitalización en esas mismas enfermedades, se incrementará en un rango de 83.2% a 323.9%.

El presupuesto ejercido por el ISSSTE en 2012 en la atención médica curativa, de 17,686,640.1 miles de pesos, fue 10.9 veces más que el presupuesto erogado en la atención médica preventiva de 1,623,003.5 miles de pesos.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinó(aron) 12 observación(es), de la(s) cual(es) 11 fue(ron) solventada(s) por la entidad fiscalizada antes de la integración de este informe. La(s) 1 restante(s) generó(aron): 1 Recomendación(es) al Desempeño.

Dictamen: con salvedad

La auditoría se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada de acuerdo con el objetivo y alcance establecidos, y se aplicaron los procedimientos de auditoría que se estimaron necesarios. En consecuencia, existe una base razonable para sustentar el presente dictamen, que se refiere sólo a las operaciones revisadas.

En 2012, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cumplió razonablemente con las acciones de atención médica curativa, consistentes en el diagnóstico y tratamiento médico de los padecimientos que presentaron sus derechohabientes, mediante la utilización de los recursos humanos e infraestructura médica de que dispuso. El ISSSTE proporcionó 3.1 consultas en promedio por hora médico especialista, 3.3% más que la meta de 3.0 consultas; el porcentaje de referencia a otro nivel de atención, respecto de las consultas generales otorgadas, fue de 3.2%, 6.7% más que la meta establecida de 3.0%; el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria en unidades de tercer nivel fue de 4.0%, igual que la meta programada; la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino fue de 1.1 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años, 82.8% menos que la meta programada de 6.4 decesos; el porcentaje de pacientes diabéticos controlados fue de 59.4%, similar a la meta de 60.0%; la tasa de infecciones nosocomiales fue de 3.5 infecciones por cada 100 egresos hospitalarios, dentro del estándar sectorial de registrar una tasa menor que 6.0 infecciones; el porcentaje de surtimiento de medicamentos prescritos en las recetas fue de 97.0%, igual que la meta programada, y el porcentaje de satisfacción por el surtimiento de medicamentos fue de 97.8%, similar a la meta de 97.0%.

Los resultados con observación se refieren principalmente a la falta de valor de referencia para los indicadores que dan cuenta de las consultas generales otorgadas por cada 1,000 derechohabientes; del promedio de consultas diarias por consultorio de medicina general, especializada y de urgencias; de la mortalidad infantil, neonatal, por diabetes mellitus, por enfermedades del hígado, por enfermedades cardiovasculares y por cáncer de mama.

Asimismo, el instituto registró una tasa de mortalidad materna de 47.2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, superior en 35.6% a la meta establecida de 34.8 decesos; obtuvo un resultado de 4.0 días de estancia en unidades hospitalarias de segundo nivel, superior en 14.3% a la meta programada de 3.5 días, y en el porcentaje de muertes en el servicio de urgencias reportó un resultado de 0.6%, superior en 50.0% a la meta programada de 0.4%.

Para ese año, el instituto no dispuso de indicadores para medir la oportunidad con la que los derechohabientes reciben la atención médica en el nivel de atención al que fueron referidos, a partir de la solicitud del servicio médico realizado por la unidad de medicina familiar, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto a sus derechohabientes.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Evaluar la eficiencia con la que el ISSSTE proporcionó las consultas de medicina general, especializada y de urgencias a la población derechohabiente en 2012.
2. Evaluar la eficiencia con la que el ISSSTE brindó la atención médica curativa a la población derechohabiente en 2012, mediante el otorgamiento de consultas, en términos del número promedio de consultas diarias por consultorio.
3. Evaluar la eficiencia con la que el ISSSTE brindó la atención médica curativa a la población derechohabiente en 2012, mediante el otorgamiento de consultas, en términos del número promedio de consultas por hora médico.
4. Valorar la eficiencia con la que el ISSSTE proporcionó las consultas externas generales a la población derechohabiente que acudió a recibir atención médica curativa en 2012.
5. Valorar la eficiencia con la que el ISSSTE realizó los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento a la población derechohabiente que acudió a recibir atención médica curativa en 2012.
6. Evaluar la eficiencia con la que el ISSSTE referenció a otro nivel de atención médica a la población derechohabiente que acudió a recibir atención médica curativa en 2012.
7. Valorar la eficiencia con la que el ISSSTE proporcionó las citas médicas a la población derechohabiente, vía telefónica e internet, para recibir consulta general en unidades médicas de primer nivel en 2012.
8. Valorar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó el tratamiento médico a sus derechohabientes en 2012, con base en el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria.
9. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó tratamiento médico a sus derechohabientes en 2012, con base en las tasas de mortalidad materna, infantil y neonatal.
10. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó tratamiento médico a sus derechohabientes en 2012, con base en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles.

11. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó tratamiento médico a sus derechohabientes en 2012, con base en las tasas de mortalidad por las principales enfermedades crónico-degenerativas.
12. Valorar la eficiencia con la que el ISSSTE proporcionó los servicios de atención médica curativa a sus derechohabientes, con base en el porcentaje de pacientes con diabetes controlados en 2012.
13. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó los servicios de atención médica curativa a sus derechohabientes, con base en los egresos hospitalarios por mejoría en 2012.
14. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó tratamiento médico a sus derechohabientes en 2012, con base en la tasa de infecciones nosocomiales.
15. Valorar la eficiencia con la que el ISSSTE proporcionó los servicios de atención médica curativa a sus derechohabientes en 2012, con base en la ocupación hospitalaria y el tiempo promedio de estancia hospitalaria.
16. Evaluar la eficacia con la que el ISSSTE proporcionó tratamiento médico de urgencias a sus derechohabientes en 2012, con base en los ingresos y las defunciones registrados en las unidades hospitalarias.
17. Evaluar la percepción de la población derechohabiente del ISSSTE, respecto del surtimiento completo de recetas médicas en 2012.
18. Valorar la suficiencia de personal médico y técnico de que dispuso el ISSSTE en 2012, para garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos que aquejan a su población derechohabiente.
19. Valorar la suficiencia del equipamiento médico de que dispuso el ISSSTE en 2012, para garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos que aquejan a su población derechohabiente.
20. Valorar la suficiencia de la infraestructura médica de que dispuso el ISSSTE en 2012, para garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos que aquejan a su población derechohabiente.
21. Evaluar la eficiencia con la que el ISSSTE obtuvo la certificación de unidades médicas ante el Consejo de Salubridad General en 2012, para brindar atención médica con calidad idónea a sus derechohabientes.
22. Verificar los recursos financieros ejercidos por el ISSSTE, en el otorgamiento de la atención médica curativa de los derechohabientes del instituto en 2012.
23. Verificar el gasto promedio ejercido por el ISSSTE en 2012 para la atención médica curativa de las principales enfermedades crónico-degenerativas que aquejan a su población derechohabiente.
24. Verificar que el ISSSTE elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E009 "Consulta Externa General", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores establecidos para 2012.

25. Verificar que el ISSSTE elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E010 "Consulta Externa Especializada", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores establecidos para 2012.
26. Verificar que el ISSSTE elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E011 "Hospitalización General", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores establecidos para 2012.
27. Verificar que el ISSSTE elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E012 "Hospitalización Especializada", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores establecidos para 2012.
28. Verificar que el ISSSTE elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E013 "Atención de Urgencias", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores establecidos para 2012.
29. Verificar que la información reportada por el ISSSTE en los diferentes documentos de rendición de cuentas de 2012 permite evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de atención médica curativa.

Áreas Revisadas

Las direcciones Médica, de Finanzas y de Administración del ISSSTE.

Disposiciones Jurídicas y Normativas Incumplidas

Durante el desarrollo de la auditoría practicada, se determinaron incumplimientos de las leyes, reglamentos y disposiciones normativas que a continuación se mencionan:

1. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 27, párrafo segundo.
2. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Ley General de Salud, artículo 51.

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

Las facultades de la Auditoría Superior de la Federación para promover las acciones derivadas de la auditoría practicada, encuentran su sustento jurídico en las disposiciones siguientes:

Artículo 79, fracción II, párrafos tercero y quinto y fracción IV, párrafos primero y penúltimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 6, 12, fracción IV; 13, fracciones I y II; 15, fracciones XIV, XV y XVI; 29, fracción X; 32; 39; 49, fracciones I, II, III y IV; 55; 56, y 88, fracciones VIII y XII, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Comentarios de la Entidad Fiscalizada

Es importante señalar que la documentación proporcionada por la entidad fiscalizada para aclarar o justificar los resultados y las observaciones presentadas en las reuniones fue analizada con el fin de determinar la procedencia de eliminar, rectificar o ratificar los resultados y las observaciones preliminares determinadas por la Auditoría Superior de la Federación, y que se presentó a esta entidad fiscalizadora para los efectos de la elaboración definitiva del Informe del Resultado.