

## **Instituto Mexicano del Seguro Social**

### **Atención Médica Curativa**

Auditoría de Desempeño: 12-1-00GYR-07-0413

DS-094

#### ***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 evaluación de 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 se utilizaron los recursos humanos e infraestructura médica de que se dispuso; la percepción de los derechohabientes por la atención médica recibida; la calidad con la que se ofreció seguridad hospitalaria a los pacientes, en términos de la prevención y control de las infecciones nosocomiales; la economía en la aplicación de los recursos asignados; el 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 IMSS.

#### ***Antecedentes***

En los artículos 33, fracción II, y 94 de la Ley General de Salud,<sup>1/</sup> 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;<sup>2/</sup> 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.

---

<sup>1/</sup> **Diario Oficial**, 7 de febrero de 1984.

<sup>2/</sup> 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).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),<sup>3/</sup> la estructura epidemiológica actual 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 persisten 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.<sup>4/</sup>

De acuerdo con la SS,<sup>5/</sup> 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, 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.<sup>6/</sup>

El IMSS se creó el 10 de enero de 1943 y se integró conforme lo establece el artículo 123 constitucional, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. De acuerdo con este artículo y con la Ley del Seguro Social, el IMSS tiene a su cargo 5 seguros: 1) de riesgos de trabajo; 2) de enfermedades y maternidad; 3) de invalidez y vida; 4) de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y 5) de guarderías y prestaciones sociales.

---

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

<sup>4/</sup> Presidencia de la República, **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2007, pp. 63-65.

<sup>5/</sup> Secretaría de Salud, **Rendición de Cuentas en Salud 2010**, con información al año 2010, México, 2012.

<sup>6/</sup> Secretaría de Salud, **Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011**, México, 2012, p. 18.

En la Exposición de Motivos para la reforma de la Ley del Seguro Social, presentada por el Ejecutivo Federal a la H. Cámara de Diputados en noviembre de 1995, se manifestó que la propuesta de reforma a esta ley tenía como fundamento emprender los cambios indispensables para fortalecer al instituto y darle viabilidad en el largo plazo; acrecentar su capacidad de dar mayor protección, mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad en el otorgamiento de servicios de salud, así como garantizar prestaciones sociales adecuadas y pensiones justas.<sup>7/</sup> También, se declararon las consecuencias que para este ramo ha tenido la transición epidemiológica y que ha consistido en la disminución proporcional de las enfermedades infecciosas, en tanto que las enfermedades crónico-degenerativas aumentan, lo que plantea el doble reto de mejorar la calidad de los servicios, a la vez de garantizar los recursos financieros y materiales para hacer frente a las necesidades cambiantes de la atención médica.

Uno de los planteamientos centrales de la reforma era mejorar la calidad de los servicios, a la par de garantizar los recursos financieros y materiales para afrontar las necesidades cambiantes de la atención médica entre sus derechohabientes.<sup>8/</sup>

### **Resultados**

#### **1. Sistema de indicadores de la atención médica curativa en el IMSS**

Los servicios de atención médica curativa ofrecidos por el IMSS a sus derechohabientes en 2012 se evaluaron mediante 73 indicadores, de los cuales 35 (48.0%) fueron elaborados por el IMSS, y registrados en su Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2012 y en el Programa de Trabajo de la Coordinación de Programas Integrados en Salud; 29 (39.7%), fueron construidos conjuntamente por la ASF y el IMSS, por lo que no se dispuso de metas programadas o valores de referencia, y 9 (12.3%), fueron incorporados en la MIR 2012 del Programa Presupuestario E002.

#### **2. Cobertura de la atención médica entre la población derechohabiente**

En 2012, la población derechohabiente adscrita a médico familiar del IMSS fue de 41,063,741 personas, de las cuales 17,283,554 (42.1%) fueron aseguradas o pensionadas y 23,780,187 (57.9%) fueron familiares de las personas aseguradas. El instituto atendió a 30,377,230 pacientes en los servicios médicos del primer nivel, de los cuales 13,269,327 (43.7%) fueron asegurados o pensionados; 15,958,978 (52.5%), familiares de asegurados, y 1,148,925 (3.8%), no derechohabientes.

De los 17,283,554 asegurados o pensionados adscritos al médico familiar, el 76.8% (13,269,327) hizo uso efectivo de los servicios médicos y hospitalarios, y de los 23,780,187 familiares de derechohabientes adscritos al médico familiar, el 67.1% (15,958,978) hizo uso efectivo de los servicios.

---

<sup>7/</sup> Cámara de Diputados, **Exposición de Motivos de la Reforma a la Ley del Seguro Social**, México, 9 de noviembre de 1995, foja 2360.

<sup>8/</sup> Ibid., foja 2363.

### 3. *Consultas médicas otorgadas a los derechohabientes*

En 2012, el IMSS registró 2,212.7 consultas de medicina familiar por cada 1,000 derechohabientes, resultado dentro del rango programado de ser igual o mayor de 2,199.0 consultas; sin embargo, la interpretación del indicador, contenida en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos del instituto, no es congruente con el valor de referencia, toda vez que un resultado mayor indica sobreadscripción, o bien, una deficiente organización o incapacidad resolutive del servicio, y el indicador no permite identificar el avance hacia el logro de objetivos.

El IMSS otorgó 242.0 consultas de urgencias por cada 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel, resultado fuera del rango programado de ser igual o mayor de 248.0 consultas, en razón de la menor demanda de este servicio por parte de los derechohabientes, y proporcionó 519.2 consultas de especialidad por cada 1,000 derechohabientes.

En el periodo 2007-2012, el número de consultas de medicina familiar registró un incremento promedio anual de 0.9%, al pasar de 2,119.4 consultas a 2,212.7 por cada 1,000 derechohabientes; el índice de consultas de urgencias por cada 1,000 derechohabientes registró una disminución promedio anual de 0.2%, al pasar de 243.7 consultas de urgencias en 2008 a 242.0 en 2012, y el número de consultas de especialidad registró un incremento promedio anual de 0.5%, al pasar de 505.6 consultas en 2007 a 519.2 por cada 1,000 derechohabientes en 2012.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-001 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas por las que el "Índice de consultas de medicina familiar por 1,000 derechohabientes", establecido en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos del IMSS, no guarda congruencia entre su interpretación y la meta establecida y, con base en ello, implemente las acciones para asegurar una meta clara y precisa, a fin de que el indicador evalúe el avance en el cumplimiento de los objetivos.

### 4. *Productividad en consultas médicas*

En 2012, el IMSS registró 3.9 consultas de medicina familiar por hora médico, similar al valor de referencia programado de ser igual o mayor que 4.0 consultas por hora médico.

Asimismo, el IMSS brindó 36.0 consultas diarias por consultorio y 2.2 consultas de especialidad por hora médico; no obstante, el instituto no dispuso de indicadores ni metas para evaluar el promedio de consultas diarias por consultorio y el promedio de consultas de especialidad por hora médico.

En las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), el instituto otorgó en promedio 254.6 consultas de especialidad. Los resultados de 11 (44.0%)<sup>9/</sup> de las 25 UMAE se ubicaron por debajo del rango programado.

En el periodo 2007-2012, el promedio de consultas de medicina familiar por hora médico registró un incremento promedio anual de 1.6%, al pasar de 3.6 consultas por hora a 3.9; el promedio de consultas diarias por consultorio registró un crecimiento promedio anual de 1.0%, al pasar de 34.2 consultas a 36.0; el promedio de consultas de especialidad por hora médico registró una disminución promedio anual de 0.9%, al pasar de 2.3 consultas a 2.2 y, respecto del promedio de consultas de especialidad por consultorio efectivo en las UMAE, el IMSS no dispuso de los resultados del periodo 2007-2010, toda vez que es un indicador construido por el instituto a partir de 2011, y registró una disminución de 3.1%, al pasar de 262.7 consultas por consultorio en 2011 a 254.6 consultas en 2012.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-002 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de la meta programada del indicador "Promedio de consultas de especialidad por consultorio efectivo en Unidades Médicas de Alta Especialidad", en 11 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-003 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca indicadores y metas anuales sobre consultas diarias por consultorio y consultas de especialidad por hora médico, a sus derechohabientes, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto.

#### 5. *Oportunidad en la consulta externa y de especialidad*

En 2012, el 65.7% de pacientes del IMSS fue atendido en unidades de cinco y más consultorios, mediante cita previa en la consulta de medicina familiar, resultado superior al rango programado de ser igual o mayor de 60.0%; en el porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 minutos para recibir consulta de medicina familiar en unidades de cinco y más consultorios, en la modalidad de cita previa, registró un resultado de 96.0%, superior al rango programado de ser igual o mayor de 90.0%.

En ese año, el instituto obtuvo un resultado de 89.3% en la oportunidad en la programación de la consulta de especialidades en unidades médicas de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, inferior al rango programado de ser igual o mayor de 95.0%.

---

<sup>9/</sup> Las 11 UMAE que no cumplieron con el rango programado son: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Lic. Ignacio García Téllez", Mérida; Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente "Lic. Ignacio García Téllez", Guadalajara; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Noroeste "Luis Donaldo Colosio Murrieta", Cd. Obregón; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, D.F.; Hospital de Especialidades Núm. 25, Monterrey; Hospital de Especialidades Núm. 71, Torreón; Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", D.F.; Hospital de Traumatología y Ortopedia Núm.21, Monterrey; Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F., y Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional La Raza, D.F.

Asimismo, el IMSS registró 97.1% de oportunidad en la programación de consulta de especialidad en las UMAE, a los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud, y los resultados de 4 (16.0%)<sup>10/</sup> de las 25 UMAE no se ubicaron dentro del rango programado de ser igual o mayor de 95.0%.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de derechohabientes atendidos mediante cita previa en la consulta de medicina familiar registró un aumento promedio anual de 0.8%, al pasar de 63.0% a 65.7%; el porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 minutos para recibir consulta de medicina familiar registró un incremento promedio anual de 0.5%, al pasar de 93.7% a 96.0%; la oportunidad en la programación de la consulta de especialidades en unidades médicas de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, registró un aumento promedio anual de 0.9%, al pasar de 85.5% a 89.3%, y la oportunidad en la programación de la consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud, registró un aumento promedio anual de 0.9%, al pasar de 92.9% a 97.1%.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-004 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de las metas programadas de los indicadores "Oportunidad en la programación de la consulta de especialidad en unidades médicas de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud" y "Oportunidad en la programación de la consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud", en 4 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

#### 6. *Servicios auxiliares para el diagnóstico del estado de salud de los derechohabientes*

En 2012, el IMSS otorgó por cada 1,000 derechohabientes, 352.7 estudios de radiodiagnóstico y 4,752.1 estudios de laboratorio clínico; no obstante, el instituto no programó metas o valores de referencia para evaluar los servicios auxiliares de diagnóstico, en términos del número de estudios de laboratorio y de radiodiagnóstico por cada 1,000 derechohabientes. Asimismo, el IMSS no dispuso de información histórica sobre el comportamiento de ambos indicadores.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-005 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca las metas anuales de los indicadores que dan cuenta de los estudios de radiodiagnóstico y los estudios de laboratorio por cada 1,000 derechohabientes, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto.

---

<sup>10/</sup> Las 4 UMAE que incumplieron son: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, D.F.; Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Edo. Méx.; Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", D.F., y Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente "Lic. Ignacio García Téllez", Guadalajara.

**12-1-00GYR-07-0413-07-006 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social disponga de series históricas que contengan los resultados de los indicadores que dan cuenta del otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico del estado de salud de los derechohabientes, a fin de verificar que en la programación de las metas se consideren los resultados de años anteriores.

**7. Referencia de derechohabientes a la atención médica especializada**

En 2012, el 6.0% de los pacientes de medicina familiar del IMSS fue referido al segundo nivel para la atención de sus padecimientos, resultado que entra en el rango programado de ser igual o menor de 7.0%, al registrar 4,861,573 derechohabientes referidos a segundo nivel, respecto de las 80,624,881 consultas otorgadas; registró 1.3 consultas subsecuentes de especialidad otorgadas a los derechohabientes de primera vez que requirieron de atención médica de especialidad durante el tratamiento de sus enfermedades, resultado que está dentro del rango programado de entre 1.2 y 1.7 consultas subsecuentes, al registrar 8,376,344 consultas subsecuentes de especialidades, respecto de las 6,647,893 consultas de especialidad de primera vez.

Asimismo, el IMSS registró en promedio 3.1 consultas subsecuentes de especialidad en las UMAE, al otorgar 2,313,334 consultas subsecuentes de especialidades, respecto de las 734,691 consultas de especialidad de primera vez en UMAE; los resultados de 4 (16.0%)<sup>11/</sup> de las 25 unidades de especialidad no se ajustaron al rango de sus valores de referencia programados, de acuerdo con su especialidad.

En el periodo 2008-2012, el porcentaje de derechohabientes referidos al segundo nivel por las unidades de medicina familiar registró una disminución promedio anual de 0.4%, al pasar de 6.1% a 6.0%; el índice de subsecuencia en consulta de especialidades en unidades de segundo nivel registró un incremento promedio anual de 1.6%, al pasar de 1.2 en 2007 a 1.3 subsecuencias en 2012, y el índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad registró un aumento promedio anual de 4.4%, al pasar de 2.5 en 2007 a 3.1 subsecuencias en 2012.

**12-1-00GYR-07-0413-07-007 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de la meta programada del indicador "Índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad", en 4 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

**8. Percepción de los derechohabientes sobre la atención médica en consultas**

Para 2012, el IMSS no dispuso de metas para evaluar la percepción de los derechohabientes, respecto de la oportunidad y trato recibido en la atención médica.

<sup>11/</sup> Las 4 UMAE que no cumplieron el valor de referencian son: Hospital de Especialidades Núm. 1, León; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Noroeste "Luis Donaldo Colosio Murrieta", Cd. Obregón; Hospital de Traumatología Centro Médico Nacional "Gral. Div. Manuel Ávila Camacho", Puebla, y Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.

Con la información disponible, se identificó que el IMSS obtuvo un resultado de 70.4% de satisfacción en la oportunidad de la atención en consulta de medicina general, al registrar 152,368 derechohabientes atendidos a la hora de su cita, respecto de los 216,341 derechohabientes con cita previa encuestados; en la satisfacción por el trato recibido en consulta de medicina general, el IMSS logró el 93.8%, al registrar que 321,972 derechohabientes manifestaron un buen trato en la visita, respecto de los 343,180 derechohabientes que acudieron a la unidad de medicina familiar.

En la satisfacción por la oportunidad en la atención en urgencias, el IMSS registró el 47.9%, ya que 15,025 derechohabientes expresaron que el tiempo que pasó desde su llegada al servicio de urgencias, hasta que fue atendido por el médico, fue muy corto o corto, respecto de los 31,337 derechohabientes que hicieron uso del servicio de urgencias; en la satisfacción por el trato recibido en urgencias, el IMSS alcanzó el 69.7%, al registrar que 21,840 derechohabientes manifestaron haber recibido una muy buena o buena atención en el servicio de urgencias, respecto de los 31,337 derechohabientes que hicieron uso del servicio.

El IMSS, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para establecer las metas de los indicadores que dan cuenta de la satisfacción de los derechohabientes por la atención médica recibida, a partir de 2014.

En el periodo 2009-2012, el instituto registró un incremento promedio anual de 0.3% en la satisfacción por la oportunidad de la atención en consulta de medicina general, al pasar de 69.8 a 70.4%; la tendencia de la satisfacción por el trato recibido en consulta de medicina general registró un incremento promedio anual de 0.4%, al pasar de 92.8% a 93.8%, y la satisfacción por la oportunidad en urgencias registró un incremento promedio anual de 7.8%, al pasar de 38.2% a 47.9%. Asimismo, la tendencia de la satisfacción por el trato recibido en urgencias registró una disminución promedio anual de 1.7%, al pasar de 73.3% a 69.7%.

#### **9. Mortalidad hospitalaria entre los derechohabientes**

En 2012, el IMSS registró 4.1 muertes por cada 100 egresos hospitalarios, resultado similar al rango programado de ser igual o menor de 3.9 decesos por cada 100 egresos, al registrar 67,331 egresos por defunción, respecto de los 1,641,658 egresos registrados en el segundo nivel de atención; en la mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad, registró 3.3 defunciones por cada 100 egresos, 8.3% menos que el valor de referencia programado de 3.6 decesos, al registrar 11,346 defunciones hospitalarias, respecto de los 348,378 egresos hospitalarios en las UMAE.

El número de defunciones hospitalarias ocurridas en el segundo nivel de atención registró un crecimiento promedio anual de 4.4%, al pasar de 3.3 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios en 2007 a 4.1 defunciones en 2012, mientras que la tasa de mortalidad hospitalaria en las UMAE disminuyó en promedio anual 1.2%, al pasar de 3.5 defunciones por cada 100 derechohabientes en 2007 a 3.3 defunciones en 2012.

## 10. *Mortalidad materna e infantil*

En 2012, el IMSS registró 26.4 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos, similar al rango programado de ser igual o menor que 25.0 decesos; en la tasa de mortalidad perinatal por 1,000 nacimientos, 9.3 decesos perinatales, y se ubicó en el rango programado de ser igual o menor de 9.4 decesos; registró 12.3 defunciones infantiles por cada 1,000 nacidos vivos, y 8.7 decesos neonatales por cada 1,000 nacidos vivos. El instituto no dispuso de indicadores ni metas para evaluar la mortalidad neonatal e infantil.

El IMSS, en el transcurso de la auditoría y con motivo de la intervención de la ASF, instruyó las acciones de control necesarias para la inclusión del indicador tasa de mortalidad neonatal en su Manual Metodológico de Indicadores Médicos del año 2014.

En el periodo 2007-2012, la tasa de mortalidad materna disminuyó en promedio anual 1.7%, al pasar de 28.7 a 26.4 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad perinatal por cada 1,000 nacimientos registró una disminución promedio anual de 2.0%, al pasar de 10.3 defunciones perinatales por cada 1,000 nacidos vivos en 2007 a 9.3 en 2012; la tasa de mortalidad infantil en menores de un año registró un incremento promedio anual de 1.4%, al pasar de 11.5 defunciones en 2007 a 12.3 en 2012, y la tasa de mortalidad neonatal registró un incremento promedio anual de 1.2%, al pasar de 8.2 decesos en 2007 a 8.7 en 2012.

### 12-1-00GYR-07-0413-07-008 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca el indicador y la meta anual sobre la mortalidad infantil entre sus derechohabientes, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto.

## 11. *Mortalidad entre los derechohabientes por enfermedades crónico-degenerativas*

En 2012, el IMSS cumplió con los valores de referencia previstos en las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, al registrar 52.2 decesos por cada 100,000 derechohabientes, en el rango programado de ser igual o menor que 54.6 defunciones; por enfermedades isquémicas del corazón, con 27.0 defunciones por cada 100,000 derechohabientes, similar al rango de la meta de ser igual o menor que 26.6 defunciones; por enfermedad cerebrovascular, con 19.8 decesos por cada 100,000 derechohabientes, en el rango programado de ser igual o menor que 20.7 defunciones; por hipertensión arterial, con 15.3 defunciones por cada 100,000 derechohabientes, similar al rango programado de ser igual o menor que 14.9 defunciones; por cáncer de mama, con 10.1 decesos por cada 100,000 mujeres, en el rango programado de ser igual o menor que 11.2 defunciones, y por cáncer cérvico uterino, al registrar 5.0 decesos por cada 100,000 mujeres derechohabientes, en el rango del valor de referencia de ser igual o menor que 7.5 defunciones. Respecto de la mortalidad por enfermedades del hígado, el instituto obtuvo una tasa de 15.4 defunciones por cada 100,000 derechohabientes.

En el periodo 2007-2012, la mortalidad por diabetes mellitus se redujo 2.9% en promedio anual, al pasar de 60.6 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 52.2 decesos; las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón se incrementaron en promedio anual 1.1%, al pasar de 25.6 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 27.0; la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares disminuyó en promedio anual 1.8%, al pasar de 21.7 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 19.8; las muertes por

hipertensión arterial aumentaron en promedio anual 6.1%, al pasar de 11.4 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 15.3; la tasa de mortalidad por cáncer de mama registró una disminución promedio anual de 3.2%, al pasar de 11.9 defunciones por cada 100,000 mujeres derechohabientes a 10.1; la tendencia del número de defunciones por cáncer cérvico uterino registró una disminución de 9.9% anual, al pasar de 8.4 defunciones por cada 100,000 mujeres a 5.0, y la tasa de mortalidad por enfermedades del hígado registró una disminución promedio anual de 2.1%, al pasar de 17.1 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 15.4.

## **12. Mejoramiento de las condiciones de salud de los derechohabientes**

Para 2012, el IMSS reportó 91.5% de egresos por mejoría entre su población derechohabiente que requirió de atención médica en el segundo y tercer niveles, al registrar que 1,860,214 de los 2,033,831 egresos hospitalarios correspondieron a egresos en los cuales los derechohabientes se restablecieron de los padecimientos que presentaron al hospitalizarse. En el periodo 2007-2012, el porcentaje de egresos por mejoría registró una disminución promedio anual de 0.2%, al pasar de 92.5% en 2007 a 91.5% en 2012.

## **13. Atención médica quirúrgica otorgada a los derechohabientes del IMSS**

En 2012, el IMSS registró 1,198.5 cirugías por quirófano disponible, ya que se realizaron 1,514,905 procedimientos quirúrgicos en los 1,264 quirófanos disponibles; realizó 31.4 cirugías por cada 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel, resultado similar al rango programado de ser igual o mayor de 32.4 intervenciones, donde el 39.6% de las cirugías fue ambulatoria, similar al rango del valor de referencia programado de ser igual o mayor de 40.0% de cirugías ambulatorias, y registró un promedio de 70.9 intervenciones quirúrgicas por quirófano otorgadas a los derechohabientes en Unidades Médicas de Alta Especialidad, y 13 (52.0%)<sup>12/</sup> de las 25 UMAE estuvo por debajo del rango de sus valores de referencia programados, de acuerdo con su especialidad.

En el periodo 2008-2012, el “Índice de intervenciones quirúrgicas por 1,000 derechohabientes en unidades segundo nivel” disminuyó en promedio anual 4.3%, al pasar de 37.4 intervenciones quirúrgicas por cada 1,000 derechohabientes en 2008 a 31.4 en 2012; el porcentaje de cirugía ambulatoria en unidades de segundo nivel registró un crecimiento promedio anual del 0.1%, al pasar de 39.5% de cirugías ambulatorias realizadas, respecto del total de practicadas en 2007 a 39.6% en 2012; el promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en UMAE decreció 5.7%, al pasar de 75.2 cirugías por sala de cirugía efectiva en 2011 a 70.9 en 2012, y el promedio de intervenciones quirúrgicas por quirófano registró un crecimiento promedio anual de 1.2%, al pasar de 1,127.2 intervenciones en 2007 a 1,198.5 en 2012.

---

<sup>12/</sup> Las 13 UMAE que no se ajustaron al rango programado son: Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza; Hospital de Especialidades Núm. 25, Monterrey; Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Noroeste “Luis Donaldo Colosio Murrieta”, Cd. Obregón; Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Lic. Ignacio García Téllez”, Mérida; Hospital de Especialidades Núm. 71, Torreón; Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente “Lic. Ignacio García Téllez”, Guadalajara; Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Traumatología y Ortopedia Núm.21, Monterrey; Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, D.F.; Hospitales de Pediatría y Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F., y Hospital de Gineco-Pediatría Núm. 48, León.

**12-1-00GYR-07-0413-07-009 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de la meta programada del indicador "Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva en Unidades Médicas de Alta Especialidad" en 13 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

**14. Ocupación hospitalaria en unidades médicas**

En 2012, el instituto reportó 83.3% de ocupación hospitalaria en sus unidades médicas, al registrar 9,865,562 días de estancia en las 32,437 camas disponibles, durante los 365 días del año; registró una ocupación hospitalaria del 84.6% en unidades de segundo nivel, en el rango del valor de referencia de ser igual o mayor de 80.0%, al registrar 7,413,568 días paciente, respecto de las 8,767,398 camas en unidades de segundo nivel, y en las UMAE, el instituto registró el 87.0% de ocupación hospitalaria, donde los resultados de 12 (48.0%)<sup>13/</sup> de las 25 UMAE se ubicaron por debajo de su rango programado, por lo que presentaron subutilización en el servicio de hospitalización, y los resultados de 4 (16.0%),<sup>14/</sup> presentaron sobreocupación hospitalaria, toda vez que registraron valores por arriba de lo programado.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de ocupación hospitalaria en unidades médicas del segundo nivel de atención del IMSS disminuyó en promedio anual 1.2%, al pasar de 89.9% a 84.6%; el porcentaje de ocupación hospitalaria en las UMAE registró un crecimiento de 1.0%, al pasar de 82.7% de ocupación hospitalaria en las UMAE a 87.0%, y el porcentaje de ocupación hospitalaria en los tres niveles de atención registró una disminución promedio anual de 0.4%, al pasar de 85.0% a 83.3%.

**12-1-00GYR-07-0413-07-010 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de la meta programada del indicador "Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad", en 16 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

**15. Eficiencia en la asistencia médica hospitalaria**

En 2012, el IMSS reportó un promedio de 4.9 días de estancia por paciente, al registrar 9,865,562 días de estancia, respecto de los 2,011,606 egresos hospitalarios en las unidades médicas, resultado menor en 68.1% que el promedio registrado por los países miembros de

<sup>13/</sup> Las 12 UMAE con subutilización en el servicio de hospitalización son: Hospital de Especialidades Núm. 71, Torreón; Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Especialidades Núm. 25, Monterrey; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Noroeste "Luis Donaldo Colosio Murrieta", C.d. Obregón; Hospital de Ginecología Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Ginecología núm. 23 "Ignacio Morones Prieto", Monterrey; Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", D.F.; Hospital de Traumatología núm. 21, Monterrey; Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.; Hospital de Cardiología No 34 del Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey; Hospital de Gineco-Pediatría Núm. 48, León, y Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", del Centro Médico Nacional La Raza, D.F.

<sup>14/</sup> Las 4 UMAE con sobreocupación hospitalaria son: Hospital de especialidades Núm. 1, León; Hospital de especialidades Centro Médico Nacional "Gral. Div. Manuel Ávila Camacho", Puebla; Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente "Lic. Ignacio García Téllez", Guadalajara, y Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F.

la OCDE, de 7.2 días de estancia;<sup>15/</sup> un promedio de 4.5 días de estancia en unidades de segundo nivel,<sup>16/</sup> resultado similar al valor de referencia de ser igual o menor de 4.3 días, al registrar 7,413,558 días paciente, respecto de los 1,641,658 egresos hospitalarios registrados, y en Unidades Médicas de Alta Especialidad, obtuvo un promedio de 6.7 días de estancia, donde los resultados de 6 (24.0%)<sup>17/</sup> de las 25 UMAE se ubicaron fuera del rango programado en los días de estancia de los pacientes que requirieron hospitalización.

En el periodo 2007-2012, el IMSS registró un crecimiento promedio anual de 0.5% en el promedio de días de estancia en unidades de segundo nivel, al pasar de 4.4 días a 4.5; el promedio de días de estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad no registró variación en el periodo, toda vez que el promedio de días de estancia fue de 6.7 días en 2007 y 2012, y el promedio de días de estancia en los tres niveles de atención registró un crecimiento promedio anual de 0.4%, al pasar de 4.8 días en 2007 a 4.9 días en 2012.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-011 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de la meta programada del indicador "Promedio de días de estancia en Unidades Médicas de Alta Especialidad", en 6 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

#### **16. Atención gineco-obstétrica**

En 2012, el IMSS registró el 46.9% de cesáreas en unidades de segundo nivel, fuera del rango programado de ser igual o menor de 40.0%; el 45.7% de puerperio de bajo riesgo atendido, fuera del rango programado de ser igual o mayor de 60.0%; una tasa de 45.9 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil, en el rango programado de ser igual o menor de 52.9 partos, y una tasa de 6.4 abortos por cada 1,000 mujeres en edad fértil, en el rango programado de ser igual o menor que 7.0 abortos.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de cesáreas en unidades de segundo nivel registró un incremento promedio anual de 0.5%, al pasar de 45.2% de cesáreas en relación con los partos a 46.4%; el porcentaje de puerperio de riesgo bajo en unidades de segundo nivel se incrementó en promedio anual 0.8%, al pasar de 43.9% de partos de bajo riesgo atendidos a 45.7%; la tasa de partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil disminuyó en promedio anual 3.4%, al pasar de 54.6 partos a 45.9, y la tasa de abortos por cada 1,000 mujeres en edad fértil disminuyó en promedio anual 1.2%, al pasar de 6.8 abortos por cada 1,000 mujeres en a 6.4.

---

<sup>15/</sup> De acuerdo con la OCDE, las estancias más cortas de los pacientes en las unidades hospitalarias tienden a utilizar servicios más intensivos y más costosos por día, además de reducir la recuperación del paciente.

<sup>16/</sup> Mide el tiempo promedio que la unidad hospitalaria utiliza para atender a los pacientes y la eficiencia en la resolución de sus problemas de salud durante el proceso de hospitalización.

<sup>17/</sup> Las 6 UMAE que no se ajustaron al rango programado son: Hospital de Especialidades Núm. 71 en Torreón; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza; Hospital de Traumatología Núm. 21 en Monterrey; Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" en el D.F.; Hospital de Traumatología Centro Médico Nacional "Gral. Div. Manuel Ávila Camacho", y Hospital de Gineco-obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" en el D.F.

**12-1-00GYR-07-0413-07-012 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de las metas programadas de los indicadores "Porcentaje de cesáreas en unidades de segundo nivel" y "Porcentaje de puerperio de riesgo bajo en unidades de segundo nivel" y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

**17. Surtimiento de medicamentos**

En 2012, el IMSS surtió en forma completa el 97.6% de las 168,457,679 recetas prescritas por los médicos a los derechohabientes, resultado similar al valor de referencia de 96.0%. En el periodo 2007-2012, el porcentaje de surtimiento completo de medicamentos en el IMSS se incrementó 0.1% en promedio anual, al pasar de 97.1% en 2007 a 97.6% en 2012.

**18. Control médico de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial**

En 2012, el IMSS mantuvo en control al 40.9% de sus derechohabientes diabéticos, resultado en el rango programado de ser igual o mayor de 30.0%, al registrar 4,667,454 derechohabientes en control de hemoglobina glucosilada, respecto de los 11,423,661 diabéticos en tratamiento, y al 87.8% de derechohabientes hipertensos, resultado en el rango programado de ser igual o mayor de 80.0% y superior en 46.3% al estándar de la SS de controlar al 60.0% de los derechohabientes hipertensos, al registrar 13,853,545 derechohabientes en control de hipertensión, respecto de los 15,775,988 derechohabientes hipertensos en tratamiento.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de derechohabientes diabéticos controlados aumentó en promedio anual 6.1%, al pasar de 30.4% en 2007 a 40.9% en 2012, y el porcentaje de derechohabientes hipertensos en control registró un incremento promedio anual de 2.6%, al pasar de 77.3% en 2007 a 87.8% en 2012.

**19. Eficiencia en la atención de urgencias médicas entre los derechohabientes del IMSS**

En 2012, el IMSS registró una ocupación del 64.7% en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel, resultado que entra en el rango del valor de referencia de ser igual o menor de 85.0%; el 30.8% de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel, en el rango programado de ser igual o menor de 35.0%. En las UMAE registró un 29.6% de pacientes con estancia prolongada en el área de urgencias, superior en 5.7% al valor de referencia de 28.0% de ocupación, y en el porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en UMAE, el 48.6% de ocupación en promedio; los resultados de 3 (12.0%)<sup>18/</sup> de las 25 UMAE se ubicaron por arriba del rango programado.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel disminuyó en promedio anual 4.3%, al pasar de 80.8% la ocupación en urgencias a 64.7%; el porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel registró una disminución promedio anual del 4.1%, al pasar de 37.9% de pacientes

---

<sup>18/</sup> Las 3 UMAE que no se ajustaron al rango programado son: Hospital de Especialidades Núm. 71, Torreón; Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente "Lic. Ignacio García Téllez", Guadalajara, y Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", D.F.

egresados con estancia superior a ocho horas a 30.8%; el porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en UMAE, disminuyó en promedio anual 6.1%, al pasar de 37.8% de pacientes egresados del área de observación a 27.6%, y el porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en unidades médicas de alta especialidad registró una disminución promedio anual de 14.6%, al pasar de 56.9% en 2011 a 48.6% en 2012.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-013 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social investigue las causas del menor cumplimiento de las metas programadas de los indicadores "Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad" y "Porcentaje de ocupación en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad", en 3 de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y, con base en ello, implemente las acciones de mejora correspondientes para asegurar metas razonables y una operación eficaz para alcanzarlas.

#### **20.** *Control de infecciones nosocomiales*

En 2012, el IMSS registró 5.8 infecciones nosocomiales por cada 100 egresos hospitalarios, resultado que está en el rango programado y en el estándar sectorial de ser igual o menor de 6.0 infecciones nosocomiales; asimismo, obtuvo un resultado de 13.0 infecciones nosocomiales por cada 1,000 días de estancia en unidades de segundo nivel, en el rango programado de registrar entre 10.0 y 18.0 infecciones nosocomiales por cada 1,000 días de estancia.

En el periodo 2007-2012, en la tasa de infecciones nosocomiales por cada 100 egresos hospitalarios en unidades del segundo nivel, registró una disminución promedio anual de 17.3%, al pasar de 15.0 infecciones nosocomiales por cada 100 egresos a 5.8 infecciones. Asimismo, la tasa de infecciones nosocomiales por cada 1,000 días de estancia en unidades de segundo nivel registró una disminución promedio anual del 66.8% en el periodo 2010-2012, ya que pasó de 13.6 infecciones nosocomiales a 1.5.

#### **21.** *Infecciones nosocomiales en procedimientos quirúrgicos*

En 2012, el IMSS registró 2.0 infecciones quirúrgicas por cada 100 derechohabientes, al presentarse 19,103 casos de infecciones nosocomiales, respecto de las 939,904 cirugías practicadas en las unidades médicas del instituto, y 1.5 infecciones nosocomiales en cirugías limpias en unidades médicas del segundo nivel por cada 100 cirugías realizadas, mejor que el rango programado de reportar entre 3.0 y 5.0 infecciones nosocomiales, al registrar 6,519 infecciones nosocomiales quirúrgicas, respecto de las 434,446 cirugías realizadas. En las UMAE se reportó un promedio de 1.6 infecciones por cada 100 procedimientos quirúrgicos, al registrar 2,217 infecciones quirúrgicas entre 136,124 cirugías limpias realizadas; las 25 UMAE del IMSS se ubicaron en el rango programado, de ser igual o menor de 5.0 infecciones nosocomiales por cada 100 cirugías limpias realizadas.

En el periodo 2007-2012, la tasa de infecciones nosocomiales en cirugías limpias en UMAE registró un incremento promedio anual de 2.7%, ya que pasó de 1.4 infecciones nosocomiales por cada 100 procedimientos quirúrgicos a 1.6. En el periodo 2008-2012, el porcentaje de infecciones de heridas quirúrgicas no registró crecimiento promedio anual, ya

que fue de 2.0 infecciones de heridas quirúrgicas en 2008 y en 2012; la tasa de infecciones nosocomiales en cirugías limpias en unidades médicas del segundo nivel no registró variación, la tasa se mantuvo en 1.5 infecciones nosocomiales por cada 100 egresos en 2008 y 2012; no obstante, el rango programado para 2012 de reportar entre 3.0 y 5.0 infecciones nosocomiales no fue congruente con el comportamiento registrado en los ejercicios 2010 y 2011, en los que se registraron tasas de infección nosocomial de 1.5 y 1.6 por cada 100 cirugías practicadas, respectivamente.

#### 12-1-00GYR-07-0413-07-014 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el proceso de programación de la meta de la tasa de infecciones nosocomiales en cirugías limpias en unidades médicas de segundo nivel, se base en una serie histórica, para establecer su meta con certidumbre y prever una operación eficaz para alcanzarla.

#### **22.** *Oportunidad quirúrgica*

En 2012, el IMSS registró 93.3% de cirugías realizadas, al realizar 683,076 cirugías, en relación con las 732,430 programadas. En ese año, el IMSS registró 92.8% de oportunidad quirúrgica en cirugías electivas no concertadas en unidades de segundo nivel, resultado en el rango programado de ser igual o mayor de 80.0%, al realizar 544,850 intervenciones quirúrgicas electivas a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, respecto de las 587,048 solicitudes de cirugía electiva emitidas por el médico tratante. En las UMAE, obtuvo 93.4% de oportunidad quirúrgica, superior en 1.2% al valor de referencia programado de 92.3%, al registrar 146,313 intervenciones quirúrgicas electivas a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, respecto de las 156,657 solicitudes de cirugía electiva emitidas por el médico tratante en ese nivel de atención.

En el periodo 2007-2012, el porcentaje de cirugías realizadas, respecto de las programadas, registró un crecimiento promedio anual de 2.4%, al pasar de 82.9% a 93.3%; la oportunidad quirúrgica en cirugías electivas realizadas no concertadas en unidades de segundo nivel se incrementó en promedio anual 2.7%, al pasar de 81.1% las cirugías electivas realizadas no concertadas a 92.8%, y la oportunidad quirúrgica en las UMAE registró un crecimiento promedio anual del 0.8%, al pasar de 89.8% de cirugías electivas realizadas a 93.4%.

#### **23.** *Disponibilidad de médicos y enfermeras*

Para 2012, el IMSS no dispuso de indicadores ni metas para evaluar la disponibilidad de médicos y enfermeras en sus unidades médicas y hospitalarias. Con la información disponible, se verificó que en ese año, por cada 1,000 derechohabientes, dispuso de 0.4 médicos generales, de 0.6 médicos especialistas y de 2.6 enfermeras.

En el periodo 2007-2012, el número de enfermeras registró un incremento promedio anual de 0.8%, al pasar de 2.5 por cada 1,000 derechohabientes en 2007 a 2.6 en 2012; el número de médicos especialistas se mantuvo constante, al registrar 0.6 médicos por cada 1,000 derechohabientes en el periodo, y en el número de médicos generales por cada 1,000 derechohabientes registró una disminución promedio anual de 4.4%, al pasar de 0.5 médicos generales en 2007 a 0.4 en 2012.

## 12-1-00GYR-07-0413-07-015 **Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca indicadores y metas anuales sobre la disponibilidad de médicos y enfermeras, a fin de evaluar y mejorar la atención médica curativa que brinda el instituto a sus derechohabientes.

### **24.** *Disponibilidad de recursos físicos*

Para 2012, el IMSS dispuso de 0.8 camas censables por cada 1,000 derechohabientes; 3.1 quirófanos por cada 100,000 derechohabientes; 2.5 gabinetes radiológicos por cada 100,000 derechohabientes; 0.2 bancos de sangre por cada 100,000 derechohabientes; 0.3 tomógrafos por cada 100,000 derechohabientes, y 1.3 laboratorios clínicos por cada 100,000 derechohabientes, entre un universo de 40,555,387 derechohabientes, y de 3.3 mastógrafos por cada 100,000 mujeres, entre un universo de 7,152,538 mujeres derechohabientes. El IMSS informó que la ausencia de metas de estos indicadores obedece a que la disponibilidad de los recursos físicos está en función de la prevalencia de enfermedades por zona geográfica, así como la disponibilidad de recursos presupuestales, principalmente.

En el periodo 2007-2012, el número de tomógrafos por cada 100,000 derechohabientes se incrementó en 24.6%, al pasar de 0.1 tomógrafos a 0.3; el número de bancos de sangre por cada 100,000 derechohabientes aumentó en 14.9%, al pasar de 0.1 bancos a 0.2; el número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes, se mantuvo constante en 0.8 camas; el número de gabinetes radiológicos por cada 100,000 derechohabientes disminuyó 1.5% en promedio, al pasar de 2.7 a 2.5 gabinetes; el número de laboratorios clínicos por cada 100,000 derechohabientes disminuyó 2.8%, al pasar de 1.5 a 1.3 laboratorios; el número de quirófanos por cada 100,000 mujeres derechohabientes decreció en 2.9%, al pasar de 3.6 a 3.1 quirófanos, y el número de mastógrafos por cada 100,000 derechohabientes disminuyó 11.3%, al pasar de 6.0 mastógrafos a 3.3.

### **25.** *Asignación de recursos financieros*

En 2012, el IMSS ejerció 198,530,760.5 miles de pesos para brindar servicios de salud a su población derechohabiente, de los que el 69.9% (138,732,047.1 miles de pesos) se destinó a la atención médica curativa; el 21.7% (43,157,378.8 miles de pesos), a cubrir servicios de apoyo administrativo; el 1.4% (2,793,406.3 miles de pesos), a la atención médica preventiva, y el 7.0% (13,847,928.3 miles de pesos), a la generación de recursos para la salud, al programa de adquisiciones de insumos, al mantenimiento y desarrollo de proyectos de infraestructura, a la atención de salud en el trabajo y a la investigación en salud en el instituto.

Los 138,732,047.1 miles de pesos ejercidos por el IMSS en la atención médica curativa fueron superiores en 1.0% al presupuesto original de 137,385,987.5 miles de pesos, y menores en 8.2% al presupuesto modificado de 151,177,466.0 miles de pesos.

De los 138,732,047.1 miles de pesos ejercidos en la atención médica curativa, el 65.8% (91,261,852.6 miles de pesos) se destinó al pago del personal médico y de enfermería y el 34.2% (47,470,194.5), al pago de gastos de operación, que incluye la compra de materiales y suministros, y el pago de servicios generales.

El presupuesto de 138,732,047.1 miles de pesos ejercidos por el IMSS en 2012 en la atención médica curativa representó 48.7 veces más que el presupuesto erogado en la atención médica preventiva de 2,793,406.3 miles de pesos.

**26. Costo de la atención médica curativa**

En 2012, el costo promedio de la atención médica curativa de los asegurados y pensionados del IMSS fue de 86,007.4 pesos, considerando los costos unitarios por nivel de atención médica determinados por el instituto. El costo promedio de la atención médica comprende los costos registrados de acuerdo con el tipo de servicio médico que ofreció el instituto en las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención: 16,858.0 pesos, por 4.9 días de estancia en hospital; 922.0 pesos, por 0.5 consultas de especialidad; 1,402.0 pesos, por 0.2 consultas de urgencias; 482.0 pesos, por 2.2 consultas de medicina general, y 314.0 pesos, por 5.1 análisis de laboratorio y de radiodiagnóstico.

**27. Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa presupuestario E002 "Atención curativa eficiente"**

En la MIR 2012 del Programa Presupuestario E002 "Atención Curativa Eficiente", la lógica vertical fue congruente con el objetivo del PND 2007-2012 y con el objetivo del Programa Institucional del IMSS 2007-2012; en el resumen narrativo se incluyeron los cuatro niveles de objetivos que se corresponden con los tramos de control del proceso de un programa para alcanzar los efectos esperados; sin embargo, no se identifica la relación causa-efecto del objetivo de actividad con el de componente, ya que no se consideran los servicios de urgencias ni los servicios de atención quirúrgica en las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Respecto de la lógica horizontal, en la MIR se incluyeron 10 indicadores, 4 (40%) estratégicos, para la medición de los objetivos a nivel de fin y de propósito, y 6 (60%) de gestión, para medir los objetivos a nivel de componente y de actividad; no obstante, los indicadores de actividad fueron insuficientes para evaluar los objetivos de los componentes, ya que no se incluyen indicadores para medir la atención en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto por intervenciones quirúrgicas como en servicios de urgencias.

En las fichas técnicas de los indicadores no se incluyeron los criterios para la elección de indicadores: Claro, Relevante, Económico, Monitoreable, Adecuado y Aportación Marginal.

**12-1-00GYR-07-0413-07-016 Recomendación al Desempeño**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social realice las adecuaciones necesarias a los objetivos e indicadores contenidos en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario E002 "Atención curativa eficiente", a fin de cumplir con la metodología de marco lógico y los Criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados vigentes.

**28. Rendición de cuentas de 2012**

La información reportada por el IMSS en los documentos de rendición de cuentas en 2012, permitió evaluar el cumplimiento del objetivo estratégico establecido en el Programa Institucional 2007-2012, de "Mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente", 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 las tasas de mortalidad materna e infantil, y por cáncer de mama; la oportunidad quirúrgica

de las intervenciones por cirugía; los egresos hospitalarios por mejoría, y el control de pacientes diabéticos e hipertensos.

### ***Consecuencias Sociales***

La atención médica curativa tiene como propósito diagnosticar el estado de salud de las personas y ofrecer el tratamiento médico que requieran, para mejorar sus condiciones de salud. En 2012, la población derechohabiente adscrita a médico familiar en el IMSS fue de 41,063,741 personas, y el instituto otorgó atención médica a 30,377,230 personas que hicieron uso efectivo de los servicios médicos que requirieron; de estos últimos, el 43.7% (13,269,327) correspondió a asegurados y pensionados; el 52.5% (15,958,978), a familiares de los asegurados, y el 3.8% (1,148,925), a no derechohabientes.

La atención médica curativa ofrecida por las unidades médicas del IMSS se reflejó en una tendencia a la baja de las tasas de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas en el periodo 2007-2012: en 2.9%, por diabetes mellitus, al pasar de 60.6 decesos por cada 100,000 derechohabientes a 52.2; en 1.8%, por enfermedades cerebrovasculares, al pasar de 21.7 defunciones por cada 100,000 derechohabientes a 19.8; en 9.9%, por cáncer cérvico uterino, al pasar de 8.4 muertes por cada 100,000 mujeres derechohabientes a 5.0, y en 3.2%, por cáncer de mama, al pasar de 11.9 decesos por cada 100,000 mujeres derechohabientes a 10.1. Asimismo, el tratamiento médico ofrecido permitió obtener un incremento promedio anual de 6.1% en los derechohabientes diabéticos controlados, al pasar de 30.4% en 2007 a 40.9% en 2012, y de 2.6% en los pacientes hipertensos controlados, al pasar de 77.3% a 87.8%.

Situación contraria se identificó en las tasas de mortalidad por hipertensión arterial, con un incremento de 6.1%, al pasar de 11.4 defunciones por cada 100,000 derechohabientes en 2007 a 15.3 defunciones en 2012, y por enfermedades isquémicas del corazón, que aumentó en 1.1%, al pasar de 25.6 decesos por cada 100,000 derechohabientes a 27.0 defunciones.

El presupuesto ejercido por el IMSS en 2012 en la atención médica curativa, de 138,732,047.1 miles de pesos, fue 48.7 veces más que el presupuesto erogado en la atención médica preventiva, de 2,793,406.3 miles de pesos.

### ***Resumen de Observaciones y Acciones***

Se determinó(aron) 15 observación(es), de la(s) cual(es) 1 fue(ron) solventada(s) por la entidad fiscalizada antes de la integración de este informe. La(s) 14 restante(s) generó(aron): 16 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 a las operaciones revisadas.

En 2012, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cumplió razonablemente con las acciones de atención médica curativa, consistentes en el diagnóstico y tratamiento médico a sus derechohabientes, mediante la utilización de los recursos humanos e infraestructura

médica de que dispuso. El IMSS otorgó en promedio 2,212.7 consultas de medicina familiar por cada 1,000 derechohabientes, resultado en el rango programado de ser igual o mayor de 2,199.0 consultas; otorgó 3.9 consultas de medicina familiar por hora médico, similar al rango programado de ser igual o mayor de 4.0 consultas; logró referir del primero al segundo niveles de atención al 6.0% de los pacientes, resultado en el valor de referencia programado de ser igual o menor de 7.0%; registró una tasa de 52.2 decesos por cada 100,000 derechohabientes por diabetes mellitus, en el rango programado de ser igual o menor de 54.6 decesos; de 19.8 decesos por cada 100,000 derechohabientes por enfermedades cerebrovasculares, en el rango programado de ser igual o menor de 20.7 defunciones; de 10.1 defunciones por cáncer de mama por cada 100,000 mujeres derechohabientes, en el rango programado de ser igual o menor de 11.2 decesos, y de 5.0 decesos por cáncer cérvico uterino por cada 100,000 mujeres derechohabientes, en el rango programado de ser igual o menor de 7.5 decesos. También logró controlar al 40.9% de sus derechohabientes que padecieron diabetes mellitus, resultado en el rango del valor de referencia de ser igual o mayor que 30.0%, y controló al 87.8% de sus derechohabientes con hipertensión arterial, por lo que se ubicó en el rango programado de ser igual o mayor a 80.0% de control médico.

Los resultados con observación se refieren principalmente al incumplimiento de los valores de referencia de los indicadores, pues en la programación de las consultas de especialidad, se registró 89.3% de consultas de especialidad programadas dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, fuera del rango programado de ser igual o mayor de 95.0%, y en el porcentaje de cesáreas, se registró el 46.9% de nacimientos por este procedimiento quirúrgico, porcentaje superior al rango programado de ser igual o menor de 40.0%.

## **Apéndices**

### *Procedimientos de Auditoría Aplicados*

1. Verificar la disponibilidad y confiabilidad de los indicadores que evalúan la atención médica curativa otorgada a los derechohabientes del IMSS en 2012.
2. Evaluar la cobertura de la atención médica otorgada por el IMSS a sus derechohabientes en 2012.
3. Evaluar la eficiencia con la que el IMSS otorgó las consultas de medicina general, especializada y de urgencias a la población derechohabiente en 2012.
4. Evaluar la eficiencia con la que el IMSS otorgó consultas en 2012, en términos del promedio de consultas diarias por consultorio y por hora médico en medicina familiar y especialidad.
5. Evaluar la oportunidad con la que el IMSS otorgó a sus derechohabientes la atención médica en consulta externa y de especialidad en 2012.
6. Evaluar la eficiencia con la que el IMSS realizó los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento a la población derechohabiente que acudió a recibir atención médica curativa en 2012.
7. Evaluar la eficiencia con la que el IMSS referenció a consulta especializada a la población derechohabiente que acudió a recibir atención médica curativa en 2012.

8. Evaluar la percepción de la población derechohabiente del IMSS, respecto de la oportunidad y el trato recibido en consulta de medicina general y de urgencias en 2012.
9. Evaluar la eficacia con la que el IMSS otorgó la atención médica curativa a sus derechohabientes en 2012, en términos de la reducción de la tasa de mortalidad hospitalaria.
10. Evaluar la eficacia con la que el IMSS otorgó la atención médica curativa a sus derechohabientes en 2012, en términos de la reducción de las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil.
11. Evaluar la eficacia con la que el IMSS otorgó la atención médica curativa a sus derechohabientes en 2012, en términos de la reducción de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.
12. Evaluar la eficacia con la que el IMSS proporcionó los servicios de atención médica curativa a sus derechohabientes, con base en los egresos hospitalarios por mejoría en 2012.
13. Evaluar la eficacia con la que el IMSS otorgó la atención médica curativa a sus derechohabientes en 2012, en términos del otorgamiento de la atención médico quirúrgica.
14. Evaluar la eficiencia de los servicios hospitalarios que ofreció el IMSS a sus derechohabientes en 2012, en términos de la ocupación hospitalaria.
15. Evaluar la eficiencia en la atención médica hospitalaria otorgada por el IMSS a sus derechohabientes en 2012, en términos del promedio de días de estancia de los pacientes en hospitales.
16. Evaluar la eficiencia de la atención médica gineco-obstétrica otorgada a las derechohabientes del IMSS, en 2012.
17. Evaluar la eficiencia en el surtimiento completo de los medicamentos prescritos por los médicos a los derechohabientes del IMSS, en 2012.
18. Evaluar la eficiencia de las acciones de control realizadas por el IMSS en 2012, entre sus derechohabientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial.
19. Evaluar la eficiencia de la atención médica otorgada a los derechohabientes del IMSS en 2012, en términos de la ocupación hospitalaria y el porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de urgencias.
20. Verificar las acciones realizadas por el IMSS en 2012, respecto de la reducción de las infecciones nosocomiales entre sus derechohabientes que requirieron de los servicios de hospitalización.
21. Verificar las acciones de control realizadas por el IMSS en 2012, respecto de la reducción de las infecciones nosocomiales en procedimientos quirúrgicos realizados a sus derechohabientes.
22. Evaluar la calidad con la que el IMSS otorgó la atención quirúrgica en 2012, en términos de la oportunidad con la que se realizaron los procedimientos quirúrgicos entre sus derechohabientes.

23. Evaluar la suficiencia del personal médico y de enfermería, para garantizar el otorgamiento de la atención médica curativa a los derechohabientes en las unidades médicas y hospitalarias del IMSS, en 2012.
24. Valorar la suficiencia de la infraestructura física y el equipo médico de que dispuso el IMSS en 2012, para brindar la atención médica curativa a su población derechohabiente.
25. Verificar los recursos financieros ejercidos por el IMSS en 2012, en el otorgamiento de la atención médica curativa de sus derechohabientes.
26. Verificar el costo promedio por derechohabiente, de la atención médica curativa que otorgó el IMSS en 2012.
27. Verificar que el IMSS elaboró y registró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2012 del programa presupuestario E002 "Atención Curativa Eficiente", de conformidad con la normativa establecida, mediante la evaluación de la lógica vertical y horizontal de los objetivos e indicadores.
28. Verificar que la información reportada por el IMSS en los diferentes documentos de rendición de cuentas de 2012 permite evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, en materia de la atención médica curativa.

#### *Áreas Revisadas*

Las coordinaciones de Costos, Precios de Servicios y Estudios Financieros; de Planeación en Salud; de Áreas Médicas; de Programas Integrados de Salud; de Unidades Médicas de Alta Especialidad, y de Vigilancia Epidemiológica en el IMSS.

#### *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: artículos: 25, fracción III; 27, párrafo segundo y 45, párrafo primero.
2. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 25, fracciones III y IV.
3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, artículo tercero, numeral 14, fracción I, norma cuarta, párrafo tercero; Norma que Establece las Disposiciones para Otorgar Atención Médica en Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 7.12; Norma que Establece las Disposiciones para Otorgar Atención Médica en Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 7.7; Ley General de Salud, artículo 61, fracción primera; Ley del Seguro Social, artículo 94, fracción primera, y Criterios para la Revisión y Actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, numerales 9 y 19.

*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.