

EVALUACIÓN DE PROCESOS 2010-2012

PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 “ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INFORME FINAL

2013

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS**





EQUIPO EVALUADOR

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ROBERTO RAMÍREZ HERNÁNDEZ (COORDINADOR)

GUILLERMO CHAVOLLA GÓMEZ
ALEJANDRO LEÓN RAMOS
CINTHIA MÁRQUEZ MORANCHEL
MARÍA DE JESÚS LÓPEZ AMADOR
EDGAR RODRIGO BUENROSTRO SALAZAR
TERESA GARCÍA ZÁRATE
ALEJANDRA SARAHÍ ORTIZ GARCÍA
ROLDÁN ANDRÉS ROSALES

CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS.....	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. RESUMEN EJECUTIVO	8
3. ANTECEDENTES.....	13
4. MARCO METODOLÓGICO.....	15
5. DESCRIPCIÓN DEL PP Y DEL CONTEXTO EN EL QUE OPERA	17
5.1. EVALUACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE"	17
6. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL PP.....	39
6.1. ATRIBUCIONES POR LEY	39
6.2. IDENTIFICACIÓN Y EQUIVALENCIA DE PROCESOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE"	48
6.3. MEDICIÓN DE ATRIBUTOS	66
6.4. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL PP E002 DE ACUERDO A LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SATISFACCIÓN DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL IMSS, 2010-2012	75
7. HALLAZGOS Y RESULTADOS	102
7.1. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	103
7.2. VALORACIÓN GLOBAL DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA.....	161
7.3. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES CUELLOS DE BOTELLA Y BUENAS PRÁCTICAS Y FORTALEZAS	177
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	201
9. ANEXOS	213
9.1. ANEXO METODOLÓGICO.....	214

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 5.1 INDICADORES VINCULADOS AL SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN DEL PP E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE"	22
CUADRO 6.1 MODELO GENERAL DE PROCESOS	48
CUADRO 6.2 PROCESO GENERAL DE CONSULTA	55
CUADRO 6.3 PROCESO GENERAL DE HOSPITALIZACIÓN	59
CUADRO 7.1 LOS SIETE PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA (%)	113
CUADRO 7.2 LAS SIETE ENFERMEDADES CON EL MAYOR NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CADA AÑO (2010, 2011 Y 2012) (%)	115
CUADRO 7.3 LAS SIETE ENFERMEDADES CON EL MAYOR NIVEL DE INSATISFACCIÓN EN CADA AÑO (2010, 2011 Y 2012) (%)	116
CUADRO 7.4. LOS SIETE PROBLEMAS DE SALUD CON LA MAYOR DEFICIENCIA EN EL SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS.....	119
CUADRO 7.5 MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS POR FALTA DE RECURSOS HOSPITALARIOS	131
CUADRO 7.6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL	135
CUADRO 7.7. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL (%)	135
CUADRO 7.8. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS POR FALTA DE RECURSOS HOSPITALARIOS	153
CUADRO 7.9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL	155
CUADRO 7.10. ANÁLISIS FODA, PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE", (2010-2012)..	195

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 6.1	41
------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 6.1 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- PRIMER NIVEL	78
GRÁFICA 6.2 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- PRIMER NIVEL	78
GRÁFICA 6.3 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- PRIMER NIVEL	79
GRÁFICA 6.4 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- PRIMER NIVEL	80
GRÁFICA 6.5 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- PRIMER NIVEL	81
GRÁFICA 6.6 HISTORIAL CLÍNICO- PRIMER NIVEL.....	81
GRÁFICA 6.7 REVISIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL	82
GRÁFICA 6.8 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL.....	83
GRÁFICA 6.9 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL	83
GRÁFICA 6.10 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- PRIMER NIVEL	84
GRÁFICA 6.11 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLOGÍA- PRIMER NIVEL	85
GRÁFICA 6.12 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL.....	86
GRÁFICA 6.13 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL	86
GRÁFICA 6.14 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL	87
GRÁFICA 6.15 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- SEGUNDO NIVEL	88
GRÁFICA 6.16 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- SEGUNDO NIVEL.....	89
GRÁFICA 6.17 HISTORIAL CLÍNICO- SEGUNDO NIVEL	89
GRÁFICA 6.18 REVISIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL.....	90
GRÁFICA 6.19 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL	91
GRÁFICA 6.20 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL	91
GRÁFICA 6.21 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- SEGUNDO NIVEL	92
GRÁFICA 6.22 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLOGÍA- SEGUNDO NIVEL	93

GRÁFICA 6.23 ORIENTACIÓN DEL MÉDICO NO FAMILIAR AL DERECHOHABIENTE INGRESADO A HOSPITALIZACIÓN- SEGUNDO NIVEL	93
GRÁFICA 6.24 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- TERCER NIVEL	94
GRÁFICA 6.25 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- TERCER NIVEL	95
GRÁFICA 6.26 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- TERCER NIVEL	95
GRÁFICA 6.27 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- TERCER NIVEL	96
GRÁFICA 6.28 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- TERCER NIVEL	97
GRÁFICA 6.29 HISTORIAL CLÍNICO- TERCER NIVEL	97
GRÁFICA 6.30 REVISIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL	98
GRÁFICA 6.31 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL.....	98
GRÁFICA 6.32 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL	99
GRÁFICA 6.33 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- TERCER NIVEL	99
GRÁFICA 6.34 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLÓGÍA- TERCER NIVEL	100
GRÁFICA 6.35 ORIENTACIÓN DEL MÉDICO NO FAMILIAR AL DERECHOHABIENTE INGRESADO A HOSPITALIZACIÓN- TERCER NIVEL	101
GRÁFICA 7.1. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	104
GRÁFICA 7.2 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2011-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	105
GRÁFICA 7.3 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	106
GRÁFICA 7.4 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	107
GRÁFICA 7.5 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	108
GRÁFICA 7.6 NÚMERO DE DERECHOHABIENTES QUE REALIZARON CITA PREVIA (%)	109
GRÁFICA 7.7 TIEMPO DE ESPERA CONSULTA/CITA PREVIA (%)	110
GRÁFICA 7.8 LOS 15 PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR INCIDENCIA EN 2012 Y SU COMPARACIÓN CON 2010 Y 2011 ..	111
GRÁFICA 7.9 NIVEL DE SATISFACCIÓN DE ACUERDO A LOS PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA (%)	114
GRÁFICA 7.10 NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)	117
GRÁFICA 7.11. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)	117
GRÁFICA 7.12 ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA	118
GRÁFICA 7.13. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	120
GRÁFICA 7.14. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	121
GRÁFICA 7.15 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	122
GRÁFICA 7.16. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	123
GRÁFICA 7.17. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	124
GRÁFICA 7.18. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS-SEGUNDO NIVEL (%)	125
GRÁFICA 7.19. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	125
GRÁFICA 7.20. TIEMPO DE LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO	126
GRÁFICA 7.21. MOTIVOS DEL TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS DE ACUERDO A LOS DERECHOHABIENTES	126
GRÁFICA 7.22. SERVICIOS A LOS QUE PASARON LOS DERECHOHABIENTES DESPUÉS DE SER ATENDIDOS EN URGENCIAS.....	127
GRÁFICA 7.23. TIEMPO LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO/SERVICIO AL QUE PASO EL DERECHOHABIENTE	128
GRÁFICA 7.24. TIEMPO PARA PASAR DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN	128
GRÁFICA 7.25. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA-SEGUNDO NIVEL (%)	129
GRÁFICA 7.26. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	129
GRÁFICA 7.27. REALIZACIÓN OPERACIÓN FECHA PROGRAMADA.....	130
GRÁFICA 7.28. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS.....	131
GRÁFICA 7.29. VECES QUE FUE SUSPENDIDA LA OPERACIÓN	132
GRÁFICA 7.30. . CIRUGÍAS REALIZADAS EN 2010, 2011 Y 2012 (%)	133
GRÁFICA 7.31. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN-SEGUNDO NIVEL (%).....	134
GRÁFICA 7.32. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	134
GRÁFICA 7.33. NÚMERO DE REVISIONES AL DÍA POR LOS MÉDICOS	136
GRÁFICA 7.34. FRECUENCIA DE REVISIÓN POR PARTE DEL (LA) ENFERMERO(A)	137
GRÁFICA 7.35. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (PRIMERA PARTE)	137

GRÁFICA 7.36. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (SEGUNDA PARTE Y ÚLTIMA)	138
GRÁFICA 7.37. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)	139
GRÁFICA 7.38. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)	139
GRÁFICA 7.39. ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA	140
GRÁFICA 7.40. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	141
GRÁFICA 7.41. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD MÉDICA, 2011-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	142
GRÁFICA 7.42. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD MÉDICA, 2012- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	143
GRÁFICA 7.43. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	144
GRÁFICA 7.44. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	145
GRÁFICA 7.45. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS-TERCER NIVEL (%)	145
GRÁFICA 7.46. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	146
GRÁFICA 7.47. TIEMPO DE LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO	147
GRÁFICA 7.48. MOTIVOS DEL TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS DE ACUERDO A LOS DERECHOHABIENTES	147
GRÁFICA 7.49. SERVICIOS A LOS QUE PASARON LOS DERECHOHABIENTES DESPUÉS DE SER ATENDIDOS EN URGENCIAS.....	148
GRÁFICA 7.50. TIEMPO LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO/SERVICIO AL QUE PASO EL DERECHOHABIENTE	149
GRÁFICA 7.51. TIEMPO PARA PASAR DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN	149
GRÁFICA 7.52. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA-TERCER NIVEL (%)	150
GRÁFICA 7.53. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	151
GRÁFICA 7.54. REALIZACIÓN OPERACIÓN FECHA PROGRAMADA.....	151
GRÁFICA 7.55. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS.....	152
GRÁFICA 7.56. VECES QUE FUE SUSPENDIDA LA OPERACIÓN	153
GRÁFICA 7.57. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN-TERCER NIVEL (%)	154
GRÁFICA 7.58. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	154
GRÁFICA 7.59. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL (%)	156
GRÁFICA 7.60. NÚMERO DE REVISIONES AL DÍA POR LOS MÉDICOS	157
GRÁFICA 7.61. FRECUENCIA DE REVISIÓN POR PARTE DEL(LA) ENFERMERO(A)	157
GRÁFICA 7.62. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (PRIMERA PARTE)	158
GRÁFICA 7.63. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (SEGUNDA PARTE Y ÚLTIMA)	159
GRÁFICA 7.64. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)	160
GRÁFICA 7.65. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)	160
GRÁFICA 7.66. ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA	161

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente evaluación de procesos es realizar un análisis sistemático, de la gestión operativa del Programa Presupuestario (Pp) E002 "Atención Curativa Eficiente", a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social que permita valorar si sus procesos cumplen con lo necesario para el logro de sus metas y objetivos, así como detectar los problemas operativos y las buenas prácticas que se realizan. Los objetivos específicos que se consideran, de acuerdo con los Términos de Referencia son los siguientes:

- 1) Describir la gestión operativa del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" por medio de sus procesos.
- 2) Identificar y analizar los problemas que obstaculizan, la operación del programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran la capacidad de gestión del mismo.
- 3) Analizar si la gestión y la articulación de los procesos contribuyen al logro del objetivo del pp.
- 4) Elaborar recomendaciones específicas para que el programa implemente mejoras en sus procesos operativos con el fin de alcanzar sus objetivos de manera más eficaz y eficiente.

El análisis de procesos contempla los siguientes componentes para logro de sus objetivos:

- I. Descripción del Pp y del contexto en el que opera
- II. Descripción y análisis de los procesos del Pp
- III. Hallazgos y resultados
- IV. Recomendaciones

Como resultado del análisis del funcionamiento operativo del programa, se presentan una serie de recomendaciones y se hacen propuestas de mejoras a la gestión del programa.

2. RESUMEN EJECUTIVO

Como resultado de la necesidad de cumplir con programas que se apeguen a las políticas, normativas y lineamientos en general, el Gobierno Federal ha establecido como objetivo central, que los programas sean sujetos de evaluación a fin de conocer el apego de éstos a sus procesos cotidianos. Es por este motivo que se establece que el objetivo de la evaluación de la política de desarrollo social es revisar periódicamente el cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la misma, para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o suspenderlos total o parcialmente (Art. 72). También dispone que los indicadores de gestión y servicios que se establezcan deberán reflejar los procedimientos y la calidad de los apoyos de los programas, metas y acciones de la Política Nacional de Desarrollo Social (Art. 76).

De allí que el Instituto Mexicano del Seguro Social haya solicitado a la Universidad Nacional Autónoma de México, por conducto del Instituto de Investigaciones Económicas, una evaluación de los procesos del programa presupuestario E002 'Atención Curativa Eficiente', para el periodo 2010-2012. Lo anterior con fundamento en el anexo 1-b, del PAE 2013.

Según lo establecen los Lineamientos Generales para la Evaluación de Programas Federales, la evaluación de procesos analiza, mediante trabajo de campo, si el Pp lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y si contribuye al mejoramiento de la gestión. Es importante realizar esta evaluación para revisar si la operación de un Programa presupuestario (Pp) favorece el logro de la meta a nivel propósito, ya que, de existir un diseño adecuado, la correcta operación del Pp permitiría el logro de las metas de cada componente establecido en la matriz de indicadores del Pp y, por lo tanto, el logro del propósito.

De conformidad con el Artículo 28 del Decreto de Presupuesto de Egresos, DPEF 2013, la EP significado de los acrónimos se hará con cargo al presupuesto del IMSS, el cual contratará, pagará y supervisará la realización de la evaluación correspondiente.

El objetivo de la presente evaluación de procesos es realizar un análisis sistemático, de la gestión operativa del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente", a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de sus metas y objetivos, así como detectar los problemas operativos y las buenas prácticas que se realizan.

El análisis de procesos considera el desarrollo de los siguientes componentes para logro de sus objetivos: I. Descripción del Pp y del contexto en el que opera; II. Descripción y análisis de los procesos del Pp III. Hallazgos y resultados; IV Recomendaciones.

En su desarrollo, la evaluación de procesos involucra el análisis sistemático de la operación del Pp, mediante análisis de gabinete y trabajo de campo.

Se entiende por análisis de gabinete al conjunto de actividades que involucra el acopio, la organización, la sistematización y la valoración de información contenida en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones externas, documentos oficiales, documentos normativos, sistemas de información, entre otros. Este análisis valorará, además de los aspectos normativos, el marco contextual en el que se desarrolla el Pp y la información recabada en el trabajo de campo.

El trabajo de campo corresponde a la estrategia de levantamiento de información mediante técnicas cualitativas como la observación directa, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, grupos focales y la aplicación de cuestionarios, entre otros instrumentos que el equipo evaluador considere, sin descartar técnicas de análisis cuantitativo.

La descripción del Pp "Atención Curativa Eficiente", tiene por objetivo contribuir a incrementar la expectativa de vida de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante acciones de promoción y prevención de la salud, con énfasis en la detección oportuna de enfermedades y protección específica.

El Propósito del programa es que la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social sea atendida con oportunidad en las Unidades Médicas de Primero, Segundo Nivel y de Alta Especialidad.

Asimismo, el programa se encuentra vinculado con el objetivo 5 "brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez, y seguridad para el paciente" del Eje 3 "Igualdad de Oportunidades" del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2012).

Por su parte, la vinculación del Pp con la normatividad aplicable, en primera instancia se tiene que mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un mandato legal derivado del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, el artículo 2 de la Ley del Seguro Social establece que "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así

como el otorgamiento de una pensión, que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Respecto al contexto en el que opera el programa, tenemos que en los últimos años se ha incrementado la población en la etapa de vejez, lo que ha traído incremento de costos, así como modificaciones en el estilo de vida, cambios en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez, del proceso de envejecimiento y de las transformaciones demográficas, sociales y económicas.

La población ha experimentado una transición epidemiológica, como resultado del desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad.

Se ha registrado una reducción de las defunciones por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas, intestinales y tuberculosis pulmonar, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas.

Dado el entorno en el que opera el programa, se necesita analizar el comportamiento de de indicadores que permitan distinguir el buen funcionamiento del mismo, mediante el examen del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) y el reporte del comportamiento de estos. Los indicadores considerados son: Esperanza de vida al nacer; Porcentaje de surtimiento de medicamentos; Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar, en unidades de 5 y más consultorios (CAM-MF 01); Porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 min para recibir consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa, en unidades de 5 y más consultorios (CAM-MF 02); Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel (CAM-HOSP 11); Índice de consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel (CAM-HOSP 13); Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel CAM-HOSP 19); Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE 09); Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE0 02); y Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas no concertadas realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud (CUMAE 13).

En cuanto a la descripción de los procesos operativos del Pp, se revisó toda la documentación proporcionada para el estudio de acuerdo a las tres áreas de la Dirección de Prestaciones Médicas: la División de Medicina Familiar, la División de Hospitales y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

A éste propósito, es pertinente mencionar el Modelo General de Procesos, en función de las atribuciones previstas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, se revisaron los procesos inherentes al Pp E002 "Atención Curativa Eficiente." Se retoma el Modelo General de Procesos de CONEVAL de 2013, el cual consta de las siguientes fases: Planeación, Difusión del Pp, Solicitud de servicios, Selección de solicitudes de servicios, Producción o compra de bienes o servicios, Medios de distribución, Entrega de servicios, Seguimiento a usuarios, Monitoreo de servicios y Satisfacción de usuarios.

Aunado a lo anterior se revisa el Proceso General de Consulta y el Proceso General de Hospitalización en los tres niveles de atención, la participación de las diferentes instancias y actividades generales del personal.

Cabe mencionar que se realizó una validación de los procesos operativos con base en los resultados de las Encuestas de Satisfacción, conforme al criterio del 80% de su cumplimiento. Es decir, si como mínimo el 80% de los derechohabientes señaló el cumplimiento del proceso, éste se valida. Los procesos operativos que se contratan son los siguientes:

- 1) Difusión del programa presupuestario
- 2) Limpieza del consultorio previo a la consulta médica
- 3) Obtención de peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica
- 4) Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente
- 5) Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física)
- 6) Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad)
- 7) Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imaginología
- 8) Explicación del médico que recibe al derechohabiente que fue ingresado a hospitalización, acerca de su estado de salud.

Después de la revisión de los diferentes procesos, se realizaron visitas a las Unidades Médicas

a cargo del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente", ubicadas en el Distrito Federal, con el objetivo de apreciar la operación en los hospitales. La información que se captó a raíz de la visita, ilustró circunstancias que en la práctica se relacionan con la operación del programa mencionado y con ello se pudo identificar y tipificar de manera razonable algunas condiciones variantes de los procesos respectivos.

De la información recabada destacan de forma enunciativa los aspectos relativos a fortalezas y mejores prácticas, así como puntos críticos y áreas de oportunidad, en los tres niveles de atención, los cuales están asociados a diversas repercusiones en términos del cumplimiento de los objetivos del Pp, al manejo de la información presupuestaria, así como al comportamiento de los costos y los efectos de sus intervenciones.

Lo anterior sirvió como eslabón para los hallazgos y resultados, que pueden ser comparados en los tres niveles de atención del IMSS para los tres años de estudio, con el objetivo de señalar mejoras y/o obstáculos en la operación del programa de acuerdo a la opinión de los derechohabientes.

Finalmente, se examinó la evaluación de satisfacción de los usuarios, la cual se realiza en los tres niveles de atención, mediante una encuesta realizada por el mismo instituto.

A manera de conclusión en general, se considera que los documentos normativos son adecuados para el desarrollo de los procesos y para el cumplimiento de los objetivos del Pp E002. Sin embargo, no se puede afirmar que son suficientes para todos los componentes del Modelo General de Procesos.

3. ANTECEDENTES

Actualmente existe la necesidad de evaluar los procedimientos llevados a cabo en el sector salud, específicamente en cuanto al otorgamiento del servicio, por ello se realizan Evaluaciones de Procesos para monitorear todo lo que se realiza o no en la ejecución del proceso.

De esta manera la evaluación de procesos ofrece la información más apropiada para mejorar la gestión, permite que a través de una mirada externa al Pp evaluado se obtenga información y se realicen análisis que concluyan si la estructura lógica de una política pública opera en realidad o no; dónde y por qué hay cuellos de botella; en qué puntos hay que mejorar la comunicación interna o externa; si se genera o no la información que necesitan los responsables y cómo la gestión detallada de esta acción pública opera y obtiene los resultados previstos.

De esta manera, la evaluación de procesos entrega insumos de información útiles para lograr una gestión más eficaz y eficiente, y por lo tanto, que crezcan los impactos y mejore la relación costo-beneficio de la acción pública.

Idealmente, la evaluación de procesos se realiza mediante una cuidadosa revisión de documentos y reportes, así como entrevistas a informantes clave ligados al Pp, los cuales manifiestan cuál es su función, cómo participan, qué información tienen, qué productos o servicios reciben y cuáles entregan, y en general cuál es el desempeño del proceso en el que intervienen.

En una evaluación de procesos, el evaluador debe saber escuchar a estos diversos agentes, para entregar al responsable una visión detallada de la forma en que realmente operan los principales procesos y los puntos en que es necesario intervenir para mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión.

La evaluación de procesos, contribuye directamente a la mejora continua y a la orientación hacia resultados de un Pp, pues aporta las observaciones y recomendaciones pertinentes para la mejora en el diseño e implementación de los procesos operativos, de ahí su importancia dentro del Sistema de Monitoreo y Evaluación.

La utilidad de la evaluación de procesos radica en que permite conocer los factores que sustentan la implementación con énfasis en la dinámica de operación. Así, los resultados arrojados pueden ser empleados para realizar comparaciones para la mejora de su gestión y medición en el tiempo (CONEVAL, 2009).

Existe conocimiento de evaluaciones de procesos en el sector salud en otros países, como el caso de Chile¹ y Estados Unidos,² por mencionar algunos.

¹ Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo. *Evaluación de los*

² Saunders, Ruth P.; Evans, Martin H. and Joshi, Praphul. *Developing a Process-Evaluation Plan Assessing Health Promotion Program Implementation: AHow-To Guide*. SAGE Journals, Columbia.2005.

4. MARCO METODOLÓGICO

La Evaluación de Procesos del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" se realizó con base en la metodología de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), contenida en el Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Procesos, la cual establece que se debe contar con información primaria y secundaria de programa que permita analizar si su operación favorece el logro de la meta a nivel de propósito.

La información primaria es recabada en campo a través de visitas de observación, encuestas o entrevistas a los diferentes actores involucrados en el programa. La información secundaria, se obtiene de las fuentes siguientes: Normativas aplicables (leyes, reglamentos, reglas de operación, lineamientos, manuales de procedimientos), así como diagnósticos y estudios de la problemática que el programa pretende atender, la MIR evaluaciones del programa, sistemas de información y documentos de trabajo e informes institucionales.

Por lo que se refiere a la información primaria, se realizaron visitas a las siguientes Unidades Médicas de la Delegación Norte del IMSS D.F.:

- a) Unidad de Medicina Familiar Número 120, ubicada en Calzada Ignacio Zaragoza 1812, Distrito Federal, Delegación Iztacalco.
- b) Hospital General de Zona Número 25, ubicado en Calzada Ignacio Zaragoza 1840, Delegación Iztacalco.
- c) Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, ubicado en Calzada Vallejo y Jacarandas S/N, Delegación Azcapotzalco.

Lo anterior con el propósito de obtener información directa de los operadores, mediante entrevistas, orientadas a detectar las áreas de oportunidad y las mejores prácticas.

Para la realización del trabajo de gabinete de la evaluación de los procesos de Pp E002 "Atención Curativa Eficiente, se analizó la información secundaria de leyes reglamentos, manuales de procedimientos y la MIR.



Asimismo, para conocer los niveles de satisfacción en materia de servicios del personal y debido de que no fue posible contar con información más precisa, se procesó la encuesta de satisfacción 2010, 2011 y 2012, con el propósito de contar con la valoración que hacen los derechohabientes sobre los servicios médicos. Dicha encuesta no refleja de manera precisa la satisfacción de los derechohabientes del Pp E002. Sin embargo sí aproxima una opinión sobre los servicios del mismo toda vez que el número de derechohabientes del Pp es muy considerable.

5. DESCRIPCIÓN DEL PP Y DEL CONTEXTO EN EL QUE OPERA

5.1. EVALUACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 “ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE”

5.1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL

El Pp “Atención Curativa Eficiente” tiene por objetivo contribuir a incrementar la expectativa de vida de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante acciones de promoción y prevención de la salud, con énfasis en la detección oportuna de enfermedades y protección específica.

El Propósito del programa es: que la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social sea atendida con oportunidad en las Unidades Médicas de Primero, Segundo Nivel y de Alta Especialidad.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución que ejecuta el Pp E002 “Atención Curativa Eficiente” a través de un total 1,778 Unidades Médicas (UM), de las cuales 1,499 son de medicina familiar (UMF 1,013, UMFH 82, UMRM 2, UAMF 381, UMF-UMAA 21), 243 son hospitales de segundo nivel, 36 hospitales de alta especialidad y 2 unidades de apoyo a la operación, durante el ejercicio 2012 y tiene cobertura en las 32 Entidades Federativas.

En 2010 el Pp tuvo un presupuesto original de 106,358,417,373 pesos, modificado de 126,315,600,864 y ejercido de 120,802,544,829 pesos. Para 2011 el presupuesto original ascendió a 124,702,666,841 pesos, el modificado a 136,278,745,802 pesos y el ejercido a 131,200,249,884 pesos. Finalmente para 2012, el original fue de 138,008,807,808 pesos, el modificado de 151,529,931,824 pesos y el ejercido de 137,033,179,971 pesos.

5.1.2. POBLACIÓN POTENCIAL, POBLACIÓN OBJETIVO Y POBLACIÓN ATENDIDA³

La población objetivo se refiere a los derechohabientes adscritos a la unidad de medicina familiar, integrada por el número de derechohabientes vigentes en un mes en particular, adscritos a Unidades de Medicina Familiar. En la estadística de casos se contabiliza a los derechohabientes, sean trabajadores o beneficiarios, así como a los pensionados y jubilados.

³Memoria Estadística 2012, IMSS Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), Coordinación de Prestaciones Económicas (DPES) y la Unidad de Personal (DAED).

La población derechohabiente potencial es definida por el IMSS como el número de personas con derechos vigentes para recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social, dependiendo del régimen de aseguramiento en que se encuentren inscritos de manera permanente o eventual por una relación de trabajo o cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando él en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de impuestos a derechos. Por ende, incluye a los asegurados trabajadores y no trabajadores, a sus familiares dependientes y a los pensionados y sus beneficiarios.

Las cifras de trabajadores asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares beneficiarios corresponden a los registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer) de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).

Por su parte, la población objetivo es la población derechohabiente adscrita a una unidad de medicina familiar (PAMF): cifra calculada con base en los registros administrativos del IMSS y que refiere el número de derechohabientes vigentes en un mes en particular y adscritos a Unidades de Medicina Familiar. En la estadística de casos o derechohabientes se contabiliza más de una vez a los derechohabientes, sean asegurados, jubilados o pensionados y como beneficiarios con otro número de seguridad social, se contabilizan dos veces.

A su vez, la población atendida se define como la población derechohabiente adscrita a médico familiar (PAMF) que recibió el beneficio de alguna prestación médica, independientemente del seguro que le ampare. Con fines estadísticos y/o planeación se utiliza para esta población como variable proxy la Población Adscrita a Médico Familiar.

Según datos del IMSS, la población derechohabiente potencial en 2010 fue igual a 52'310,086 personas; 54'906,396 en 2011 y 57'475,897 en 2012. En cuanto a la población objetivo, fue igual a 44'020,423; 46'691,878 y 48'707,062, en 2010, 2011 y 2012, respectivamente.

Asimismo, la población atendida en 2010 fue 36'909,664, en 2011 igual a 39'128,683 y 40'440,415 en 2012. Respecto a la cobertura (% Población atendida de la Objetivo) fue igual a 83.85, 83.8 y 83.03 para los tres años, respectivamente.

5.1.3. CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012

El programa está vinculado con el objetivo 5 “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez, y seguridad para el paciente” del Eje 3 “Igualdad de Oportunidades” del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2012), para el logro de este objetivo el PND plantea las siguientes estrategias:

Estrategia 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.

Estrategia 5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema de Salud como un todo.

Estrategia 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

El Pp “Atención Curativa Eficiente” está alineado al Eje Rector 1 establecido en el Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social (PEIMSS) 2009- 2012, “Mejorar la capacidad de gestión y operación, y sus actividades están orientadas a obtener mejores resultados en salud y una mejor atención al derechohabiente,

Este Eje se enfoca a la mejora de la calidad y oferta de servicios, con el fin de cumplir con las demandas y expectativas de la población derechohabiente. Las acciones se orientan a proporcionar a los derechohabientes, patrones, pensionados y jubilados un servicio integral, ágil y de calidad que responda a sus necesidades reales, lo que implica la consolidación de un modelo de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción del usuario y de sus necesidades diagnósticas y terapéuticas.⁴

5.1.4. VINCULACIÓN CON LA NORMATIVIDAD APLICABLE

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un mandato legal derivado del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁵

Tiene como misión ser el instrumento básico de seguridad social, establecido como servicio público de carácter nacional, de conformidad con el artículo 4º de la Ley del Seguro Social.

⁴ Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social (PEIMSS) 2009-2012

⁵ *Ibíd.*

El artículo 2 de la Ley del Seguro Social establece que “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue constituido el 19 de enero de 1943 en cumplimiento al mandato Constitucional establecido en el artículo 123, con una composición tripartita para su gobierno, integrado de manera igualitaria por representantes de los trabajadores, de los patrones y el Gobierno Federal.⁶

5.1.5. CONTEXTO EN EL QUE OPERA EL PROGRAMA

Los problemas de salud de los derechohabientes que atiende el Pp “Atención Curativa Eficiente”, en la últimas tres décadas han presentado cambios, debido al proceso de envejecimiento de la población, que ha generado una mayor demanda de servicios de salud de mayor complejidad y costos, así como de la transición epidemiológica de la población que se ha dado por las modificaciones del estilo de vida, de los cambios en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez, del proceso de envejecimiento y de las transformaciones demográficas, sociales y económicas.⁷

En 2009 el grupo de edad de 65 años o más, es el que más demandó servicios de salud, al registrar un incremento de 61.5% en consulta de medicina familiar y 24.7% en hospitalización, en relación con el año 2000. Esta demanda continuó creciendo hasta el año 2012.

La población ha experimentado una transición epidemiológica, como resultado del desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. En 1976 del total de defunciones en el IMSS, el 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de cinco años y 20% fue dentro del grupo de mayores de 65

⁶ Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social (PEIMSS) 2009-2012

⁷ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009- 2010.

años, Para el año 2012 la situación se invirtió: 5.2% de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de cinco años y 59.1% en el grupo de mayores de 65 años.⁸

La población, en los últimos años ha estado más expuesta a factores de riesgo, como el sedentarismo, la ingesta de alimentos industrializados, así como la persistencia de enfermedades crónicas e infecciosas, que han modificado la historia natural de las enfermedades, observándose cambios trascendentes en las causas de muerte.

Se ha registrado una reducción de las defunciones por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas, intestinales y tuberculosis pulmonar, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por crónico degenerativas como diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares en 2012.⁹

Esta problemática de salud de la población derechohabiente es atendida principalmente por el Pp "Atención Curativa Eficiente" del IMSS, mediante las Unidades de Medicina Familiar, los Hospitales de Segundo Nivel y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, buscando reducir la morbilidad y mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

Cabe mencionar que el programa no presenta un diagnóstico que muestre el árbol de problemas de la salud de la población, y que incorpore el cambio demográfico epidemiológico. En su diseño, el programa en el año de 2012, se enfocó principalmente a mejorar la atención médica en términos de oportunidad, y no se estructuró la matriz y sus indicadores en términos del abatimiento de las enfermedades crónico-degenerativas propias de la transición epidemiológica y demográfica.

5.1.6. ANÁLISIS DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE"

Se identificaron los indicadores que se presentan a continuación, los cuales están vinculados al seguimiento del Presupuesto de Egresos de la Federación del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

⁸ Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009- 2010 y 2012-2013

⁹ Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009- 2010 y 2012-2013.

CUADRO 5.1 INDICADORES VINCULADOS AL SEGUIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN DEL PP E002
"ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE"

Indicador	Clave
Esperanza de vida al nacer.	
Porcentaje de surtimiento de medicamentos.	
Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar, en unidades de 5 y más consultorios.	CAM-MF 01
Porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 min. para recibir consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa, en unidades de 5 y más consultorios.	CAM-MF 02
Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel.	CAM-HOSP 11
Índice de consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel.	CAM-HOSP 13
Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel.	CAM-HOSP 19
Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	CUMAE 09
Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	CUMAE0 02
Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas no concertadas realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud.	CUMAE 13

Fuente: Elaboración propia, con datos del Manual Metodológico de Indicadores Médicos y Matriz de Indicadores de Resultados.

Para llevar a cabo el análisis de los indicadores de resultados correspondientes a los años de 2010, 2011 y 2012 se examinó el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR), el reporte del comportamiento de los indicadores relativos a cada programa y la explicación de las causas y consecuencias de las

variaciones de las metas de dichos indicadores para cada uno de los años señalados, destacando los rasgos básicos que se indican enseguida, los cuales son relativos a su descripción, función y evolución y resultados.

Indicador: Esperanza de vida al nacer

De conformidad con la MIR 2012 el objetivo del indicador es contribuir a incrementar la expectativa de vida de la población derechohabiente del IMSS, mediante acciones de promoción y prevención de la salud, con énfasis en la detección oportuna de enfermedades y protección específica.

Se obtendrá con la realización de tablas de vida, usando el método actuarial propuesto en el documento referido en el capítulo de documentos de la matriz.

Es una medida tanto de la supervivencia en las edades más tempranas como del tiempo que tienden a vivir los supervivientes.

Su interpretación expresa el promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento sobre la base de las tasas de mortalidad por edad para un año determinado.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados.

Mide eficacia y es un indicador que mide efectos anuales.

El indicador registró valores de 77.3 y 77.8% para los años 2010 y 2011, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 77.5% para los dos años.

Cabe mencionar que se trata de un indicador relativamente nuevo, ya que, hasta 2010 existió un indicador parecido llamado Años de Vida Saludable (AVISA), el cual era una medida de resumen de la salud de la población que integran las pérdidas derivadas de la mortalidad prematura con las derivadas de la limitación funcional (discapacidad) en una métrica común asociada al tiempo. Un AVISA representa la pérdida de un año de vida saludable y en conjunto los AVISA miden necesidades insatisfechas. Para 2011 se modificó para llamarse Esperanza de Vida al Nacer.

Indicador: Porcentaje de surtimiento de medicamentos

Se define como surtimiento de recetas en su totalidad al 100% a la primera vez de presentadas, en un máximo de 48 horas.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Total de recetas de medicamentos atendidas al 100% a la primera vez de presentadas, en un máximo de 48 horas / Total de recetas de medicamentos presentadas, en un máximo de 48 horas) X 100.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados.

Mide eficacia y es un indicador que mide efectos trimestrales.

El indicador registró valores de 96.9, 95.8 y 96.7% para los años 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 96.5% para los tres años.

En 2011, el resultado obtenido en el cuarto trimestre de 2011 de 95.8%, se encontró por abajo de la meta del 96.0% en dos décimas de puntos porcentuales según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores se debe principalmente al incremento en la demanda del servicio médico, toda vez que en este último trimestre del año se registró el mayor número de recetas presentadas y por ende el mayor número de recetas atendidas que en los trimestres pasados. Es decir entre el primer y el tercer trimestre se registraron un promedio de 12 millones de recetas, mientras que en el último trimestre el promedio fue de 15 millones de recetas presentadas para su atención.

Para 2012, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, en el mes de octubre se anticipó el surtimiento de medicamentos y materiales de curación a las unidades de servicio, para estar en condiciones de realizar el recuento físico anual en noviembre; aunque el comportamiento de las recetas atendidas en el cuarto trimestre fue favorable y rebasó las previsiones, la disminución de las disponibilidades presupuestales ejerció un efecto decisivo, de tal suerte que el porcentaje de cobertura de recetas apenas alcanzó la meta establecida del 96%, pero tomando el año completo, la meta se rebasó (96.7%). Gracias a la presión sobre la capacidad de respuesta para atender la demanda de medicamentos.

Indicador: CAM-MF 01 Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar, en unidades de 5 y más consultorios

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en medir el porcentaje de derechohabientes atendidos mediante el programa de cita previa en unidades de 5 y más consultorios.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Número de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar en unidades de 5 y más consultorios / Total de consultas de medicina familiar en unidades de 5 y más consultorios) X 100.

Su interpretación radica en que un resultado menor al valor de referencia refleja poca difusión y aceptación del programa de cita previa; un resultado dentro del valor traduce aceptación y cumplimiento del programa de cita previa por el derechohabiente y el equipo de salud.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

El indicador sirve para evaluar si se está cumpliendo con una adecuada organización de la consulta externa y atención oportuna, lo que es acorde a los objetivos del programa.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados y según su tipo, de componente, relativo a la generación de productos y servicios, es un indicador adecuado.

Mide eficacia y es un indicador que mide efectos a corto plazo.

El indicador registró valores de 64.45, 65.51 y 65.72 % para los años de 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 63.93% para los tres años.

El indicador se ubicó en un rango superior al valor de referencia ($\geq 60\%$), para los tres años, lo que indica un buen resultado en la atención oportuna.

En 2011, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, Incrementó la satisfacción del usuario, como resultado de la aplicación del programa de cita previa, además de

otorgar con oportunidad la consulta lo que se traduce en una mejor calidad e imagen institucional.

En 2012, se cumplió la meta al tener un valor superior a 60%, lo cual confirma la aceptación del programa de cita previa por la población derechohabiente y por el personal de las unidades médicas, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

Indicador: CAM-MF 02 Porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 min para recibir consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa, en unidades de 5 y más consultorio

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en medir el porcentaje de derechohabientes atendidos mediante cita previa y que esperan menos de 30 minutos.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Número de derechohabientes que esperan menos de 30 min. para recibir consulta en medicina familiar en unidades de 5 y más consultorios, otorgada mediante la modalidad de cita previa / Total de derechohabientes que fueron programados y atendidos a través de cita previa en la consulta en medicina familiar en unidades de 5 y más consultorios) X 100.

Su interpretación radica en que un resultado menor al valor de referencia refleja desorganización del proceso de consulta; un resultado dentro del valor traduce supervisión del proceso, organización y cumplimiento del programa de cita previa por el personal y la población derechohabiente.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

El indicador sirve para evaluar la satisfacción del derechohabiente, un menor tiempo de espera se relaciona con la calidad del servicio, lo que es acorde a los objetivos del programa en su configuración vigente en los años de estudio.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados.

Según su tipo, de actividad, relativo a acciones y procesos, es un indicador adecuado. Mide eficacia y es un indicador que mide efectos a corto plazo.

El indicador registró valores de 94.95, 95.5 y 96.01% para los años de 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 94.5% para los tres años.

El indicador se ubicó en un rango superior, con un valor de referencia ($\geq 90\%$), para los tres años, lo que indicó un buen resultado en la calidad del servicio, en cuanto a tiempo de espera.

En 2011, el indicador muestra que se superó la meta ($\geq 90\%$), según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, debido a que del tercer al cuarto trimestre del 2011 se observa incremento de 0.40 puntos porcentuales, lo que reflejó la disminución de tiempo de espera impactando en forma positiva a los pacientes que cuentan con cita previa.

Respecto a 2012, del tercer al cuarto trimestre se identificó un incremento de 0.26 puntos porcentuales, según explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, lo que reflejó la disminución de tiempo de espera impactando en forma positiva a los pacientes que cuentan con Cita Previa. Durante este año, el presente indicador continuó dentro del valor de referencia, lo que traduce una atención oportuna, que satisface las necesidades de la población derechohabiente como resultado de la constante difusión y promoción al programa de cita previa.

Indicador: CAM-HOSP 11 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en medir la eficiencia y efectividad de un servicio de urgencias ante la demanda de atención de urgencia de la población. En este sentido, sirve como valor referencial entre unidades médica similares.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Número de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias de segundo nivel, con estancia de más de 8 horas/Total de pacientes egresados de los servicios de urgencias, en unidades de segundo nivel) X 100.

Su interpretación radica en que traduce la suficiencia del servicio con base en las demandas de la población y la vinculación eficiente con el resto de los servicios hospitalarios.

No existen cambios entre 2010, 2011 y 2012, sin embargo la clave que le correspondía en 2010 y 2011 fue CAM-HOSP 13.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

El indicador está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados.

Es un indicador de componente y es adecuado según su tipo. Mide efectos de corto plazos y mide eficacia.

El indicador registró valores de 33.94, 32.42 y 30.79% para los años de 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 32.39% para los tres años.

El indicador se ubicó en un rango superior para los años 2010, 2011 y 2012, lo que indica que se ha cumplido el valor de referencia (<_35 %) y además disminuyó año con año.

En 2011, el indicador se situó por debajo de 35% lo cual se debe, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, a la selección adecuada de pacientes con ingreso justificado a observación adultos, así como la toma de decisiones colegiadas para la pronta realización de auxiliares de diagnóstico y el egreso oportuno y continuo de los pacientes durante las 24 horas del día.

En 2012, se logró la meta gracias a la selección adecuada de pacientes con ingreso justificado a observación adultos, así como la toma de decisiones colegiadas para la pronta realización de auxiliares de diagnóstico y el egreso oportuno y continuo de los pacientes durante las 24 horas del día. Lo anterior se enfatizó en el incremento de la satisfacción del usuario, según explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

Indicador: CAM-HOSP 13 Índice de consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en determinar el comportamiento de la demanda de atención en la consulta del servicio de urgencias.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel/Total de derechohabientes adscritos a medicina familiar) X 1000.

Su interpretación radica en que indirectamente permite detectar problemas en las interrelaciones de procesos o niveles operativos así como el uso inadecuado de los recursos. Los valores que rebasan los niveles esperados indican exceso o insuficiencia de demanda de servicios.

Existe diferencia con 2012 y los dos otros años sujetos a análisis, ya que para este año se identificó específicamente la demanda del servicio en la zona médica e indirectamente la relación con problemas en vinculación con procesos o niveles operativos. Asimismo, en 2010 y 2011 la clave del indicador era CAM-HOSP 15.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando, respecto de los cuales se profundizará el análisis como parte del estudio.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados y es adecuado ya que es de actividad. El indicador mide efectos de largo plazos y mide eficacia.

Cabe mencionar que existe variación en cuanto a la frecuencia de la medición, en los sistemas de información institucional es mensual, sin embargo para el registro en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH) durante 2010 se realizó de forma mensual, en tanto que para 2011 y 2012 fue trimestral.

El indicador registró valores de 247.58, 251.4 y 242.05% consultas por mil derechohabientes para los años de 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 247.01 para los tres años.

El indicador se ubicó en un rango intermedio para los años 2010 y 2012, pero superior para 2011, lo que indicó que para este último año se cumplió la meta ($>_{250.98}$).

En 2011, se alcanzó ese valor (251.4% consultas por mil derechohabientes), gracias a que se presentó un incremento en la consulta de urgencias, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

En 2012 no se logró la meta, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores debido a la aparente disminución en el número de consultas de urgencias de acuerdo a la meta estimada, pues se contó con información al mes de octubre, existiendo 1'215,154 egresos menos a los estimados (meta anual), dado que no se dispuso de la información de los meses de noviembre y diciembre, que nos permita concluir la información para este indicador. Adicionalmente la población mostró incremento de 4'386,815 estimada para junio.

Lo anterior reflejaría también, que hubo mayor disponibilidad de tiempo para la atención de los pacientes en el servicio de urgencias.

Indicador: CAM-HOSP 19 Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en medir el riesgo de morir durante la estancia hospitalaria, de los pacientes atendidos en las camas censables del hospital así como el impacto de los servicios otorgados en la disminución del riesgo.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Total de egresos hospitalarios por defunción/Total de egresos hospitalarios en unidades de segundo nivel) X 100.

Su interpretación radica en que traduce la capacidad resolutoria de la institución en cuanto a oportunidad y calidad de la atención técnico-médica, la cual se ve influenciada por la complejidad y el grado de severidad clínica de los pacientes al ingreso, así como por la oportunidad en la referencia de los pacientes. Cabe mencionar que las tasas de mortalidad hospitalaria por servicio permiten una interpretación más precisa.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados y es adecuado ya que es de propósito.

El indicador mide efectos de largo plazos y mide eficacia.

El indicador registró valores de 3.94, 3.98 y 4.04 por 100 egresos hospitalarios para los años de 2010, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 3.99 para los tres años.

El indicador se ubicó en un rango intermedio para los tres años. Por su parte, el valor de referencia de este indicador correspondió a un valor menor o igual a 3.7 por 100 egresos hospitalarios en 2010 y menor o igual a 3.9 por 100 en 2012.

En 2010, el indicador alcanzó una meta de 3.9, mostrando una variación negativa de 0.2 % respecto a la meta original (3.7%), correspondiente a un 94.1 % de cumplimiento, ubicado en semáforo verde-amarillo.

Respecto de este comportamiento es necesario tener en cuenta que en nuestro país y en el IMSS, la transición demográfica y epidemiológica, ha dado por resultado el cambio en el patrón de morbilidad y mortalidad, desplazando a las causas transmisibles por las crónico-degenerativas, entre estas destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y sus complicaciones (enfermedad cerebro vascular e isquemia cardiaca, principalmente), las neoplasias malignas, particularmente el cáncer de mama y cáncer del cuello uterino que por su magnitud y trascendencia originan una demanda especializada de gran repercusión social y financiera para el Instituto.

El grupo etario de 65 años de edad y más, es el que presenta la mayor tasa de mortalidad, siendo las principales causas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y sus complicaciones, como la insuficiencia renal crónica, enfermedades cerebrovasculares y el incremento en la incidencia de tumores malignos, las cuales agravadas por el tabaquismo, sedentarismo y la obesidad. El incremento en la esperanza de vida trae consigo un aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico degenerativo, lo que conlleva pacientes con mayor comorbilidad y complicaciones condicionan que también sean las primeras causas de muerte.

No obstante esta transición demográfica y epidemiológica que vivimos, el Indicador de resultado "Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel", no muestra una

variación significativa gracias a que el IMSS continua fortaleciendo programas de índole preventivo y de limitación del daño.

En 2011, el indicador sobrepasó la meta (3.72%), obteniendo resultados de 3.98%, y su porcentaje de cumplimiento fue de 93.0%.

Entre los factores que contribuyeron a ello, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores se encuentran que el IMSS ha desarrollado y consolidado programas preventivos a la población como PrevenIMSS y DiabetIMSS, los cuales junto con el fortalecimiento del diagnóstico oportuno y limitación al daño han permitido atenuar el impacto en salud de la transición demográfica epidemiológica. El indicador se encontró 0.26 puntos por arriba de la meta estimada, lo anterior debido a atención de pacientes con mayor comorbilidad y complicaciones.

En 2012, el indicador se ubicó 0.22 puntos por abajo de la meta anual, muestra una variación positiva de 0.35 con respecto a la meta estimada para el cuarto trimestre, lo anterior debido a atención de pacientes con mayor comorbilidad y complicaciones, según la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

Indicador: CUMAE 09 Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en reflejar la gravedad de los pacientes atendidos en las camas censables del hospital, así como el impacto de los servicios otorgados en la disminución del riesgo de muerte.

Su fórmula de cálculo está dada por:

$$\left(\frac{\text{Total de egresos hospitalarios por defunción}}{\text{Total de egresos hospitalarios en unidad médica de alta especialidad}} \right) \times 100.$$

Su interpretación se relaciona con la capacidad resolutive de la institución en cuanto a oportunidad y calidad de la atención técnico médica. Esta, se ve influenciada por la complejidad y el grado de compromiso de los pacientes al ingreso, así como por la oportunidad en la referencia de los pacientes.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados y es adecuado ya que es de propósito

El indicador mide efectos de largo plazos y mide eficacia.

El indicador registró valores para el conjunto de las UMAES de 3.35, 3.28 y 3.27 por 100 egresos hospitalarios para los años de 2012, 2011 y 2012, respectivamente, por lo que su comportamiento registró un valor promedio de 3.30 para los tres años.

Lo anterior tiene como efecto que se brinda una atención médica eficaz, con mayor calidad y seguridad para los derechohabientes.

Indicador: CUMAE 02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en unidades médicas de alta especialidad

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en determinar la proporción de pacientes (como porcentaje del total) que permanecen en el área de observación del servicio de urgencias un paciente cuya situación de enfermedad ha sido clasificada por un médico como urgencia médica y por tanto requiere de atención médica inmediata, en tanto se estabiliza y se determina la conducta a seguir.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de admisión continua o urgencias, con estancia de más de 8 horas en UMAE / Total de pacientes egresados de los servicios de admisión continua o urgencias en UMAE) X 100.

En su interpretación se traduce la eficiencia del servicio con base a las demandas de la población y la vinculación oportuna con el resto de los servicios hospitalarios. Su interpretación requiere del análisis de los componentes que intervienen relativo a la disponibilidad de camas censables en hospitalización, coordinación eficiente con los servicios de apoyo y capacidad resolutoria del servicio.

La descripción no cambia en los tres MMIM ni en las MIR correspondientes a 2010, 2011 y 2012, sin embargo su clave cambia de CUMAE 01 en 2010 a CUMAE 02 en 2011 y 2012.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados y es adecuado ya que es de propósito.

El indicador mide efectos de largo plazo y mide eficacia.

Está debidamente ubicado en la Matriz de Indicadores de Resultados, ya que es un indicador de componentes, cuyo producto o servicio generado son los derechohabientes atendidos en las áreas de observación de los servicios de urgencias y tratados quirúrgicamente de manera oportuna en las unidades médicas de alta especialidad. Con dicha intervención se trata de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, mediante el otorgamiento de servicios de atención médica con oportunidad y seguridad para el paciente.

El área de observación es el espacio físico ubicado en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias, reservado para la valoración integral e internamiento de corta estancia menor a 8 horas del paciente; en donde se puede encontrar inmersa la Sección de Reanimación, de acuerdo a la estructura del hospital. Por lo tanto, una estancia mayor a 8 horas sí indicaría una falla en las UMAE.

Es un indicador de efectividad de acuerdo al MMIM de 2010, y de eficacia según los MMIM de 2011 y 2012. Según la Matriz de Indicadores de Resultados de 2010 del Pp E002, su dimensión también es la eficacia.

Según la Matriz de Indicadores de Resultados de 2010, el indicador supone que se cuenta con los recursos necesarios y suficientes para responder a la demanda de atención; que se promueven acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud; que se fortalecen acciones de promoción a la salud del individuo y su familia en su entorno social y que se aplican medidas orientadas a prevenir los daños a la salud derivados del estilo de vida y factores condicionantes.

Según la Matriz de Indicadores de Resultados de 2011, el indicador supone que las unidades médicas de alta especialidad aplican programas de contingencias ante epidemias y desastres naturales para garantizar la atención médica oportuna en los servicios de urgencias y tratamientos quirúrgicos.

En el MMIM de 2010, se especificaron los rangos de semaforización para cada uno de los 10 tipos de UMAE. Para 8 tipos de hospital (especialidades, ginecobstetricia, pediatría, cardiología, ginecopediatría, general e infectología, psiquiátricos, y unidades de rehabilitación), el semáforo marca verde $\leq 28\%$, amarillo entre 28.1 y 35%, y rojo $>35\%$. Traumatología y ortopedia marca verde $\leq 35\%$, amarillo entre 35.1 y 40%, y rojo $>40\%$. Finalmente, oncología maneja los rangos más altos, $\leq 40\%$, entre 40.1 y 48%, y $>48\%$ respectivamente.

En el MMIM 2012, la semaforización no solo se hizo por tipo de hospital sino por hospital en específico.

Según la Matriz de Indicadores de Resultados de 2010, 2011 y 2012, los valores promedio anuales¹⁰ para este indicador fueron de 26.42, 28.96 y 27.61%.

En 2011, la meta se cumplió gracias a la selección adecuada de pacientes con ingreso justificado a observación adultos, así como la toma de decisiones colegiadas para la pronta realización de auxiliares, según explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

En 2012, el indicador se encontró 0.7 puntos porcentuales por arriba de la meta (0.33 puntos más que el trimestre anterior). Lo anterior según explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores, refleja un incremento en la estancia en los servicios de Urgencias, con logro que persiste por arriba de la meta. Dicha situación respondió a que aún existían unidades cuyos servicios de Urgencias se encontraron en remodelación, lo cual obstaculizó el proceso de atención en dichos servicios; que los hospitales de Traumatología atendían pacientes no derechohabientes en los servicios de Urgencias, mismos que una vez estabilizados debían ser derivados a otras instituciones, lo cual en ocasiones requirió periodos de hasta 48 horas, lo que incrementó el número de derechohabientes con estancias prolongadas. En suma quedó de manifiesto que se continuó haciendo esfuerzos para alcanzar la meta trazada.

Lo anterior se tradujo en que se tuvo menor eficiencia de los servicios de Urgencias, los cuales se pueden saturar, y no poder dar respuesta ante una contingencia; por otro lado, la estancia prolongada en Urgencias repercutió en el aumento en el riesgo de generar

¹⁰ El reporte de comportamiento proporciona indicadores mensuales por UMAE para cada año del estudio. Para obtener el valor anual para el conjunto de las UMAE se hace un promedio simple por mes de todas las UAME excluyendo las UMAE que reportan 0 y luego un promedio simple de todos los meses.

complicaciones (infecciones cruzadas) así como en los costos en la atención de los pacientes.

Indicador: CUMAE 13 Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas no concertadas realizadas en UMAE, a los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud por el cirujano tratante

De conformidad con el MMIM de 2012 el objetivo del indicador consiste en determinar la oportunidad para la atención quirúrgica de las cirugías electivas no concertadas y realizadas en UMAE.

Se define como el total de intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas realizadas en la UMAE dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante. De acuerdo al Procedimiento 2430-003-006 para la planeación, programación, atención pre-operatoria, transoperatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención 2012, existen tres tipos de cirugía: electiva, quirúrgica y de reintervención. Este indicador se ocupa de la oportunidad del primer tipo de cirugía, a los 20 días hábiles o menos.

Su fórmula de cálculo está dada por:

(Total de intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas realizadas en la UMAE dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante / Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE) X 100.

Su interpretación radica en que el indicador se refiere a la proporción de intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas realizadas en UMAE dentro del plazo establecido como adecuado. En este sentido traduce el acceso a los servicios como lo es la disponibilidad y oportunidad quirúrgica en la UMAE.

La descripción no cambia en los tres MMIM ni en la Matriz de Indicadores de Resultados correspondientes a 2010, 2011 y 2012, sin embargo su clave cambia de CUMAE 09 en 2010 a CUMAE 13 en 2011 y 2012.

El indicador aporta elementos que sirven para medir que los objetivos del programa se están alcanzando.

Es un indicador de componentes, cuyo producto son los derechohabientes atendidos en las áreas de observación de los servicios de urgencias y tratados quirúrgicamente de manera oportuna en las UMAE. Se trata de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, mediante el otorgamiento de servicios de atención médica con oportunidad y seguridad para el paciente.

El indicador sí está adecuadamente ubicado en esta sección (componentes) pues se refiere al otorgamiento de servicios de atención médica con oportunidad y seguridad para el paciente.

El indicador sí mide la oportunidad y seguridad de la atención médica en cuanto que establece un límite superior (20 días hábiles) a la espera por parte del paciente de la realización de la cirugía electiva no concertada.

Es un indicador de calidad de acuerdo al MMIM de 2010. Su dimensión es la eficacia de acuerdo a la Matriz de Indicadores de Resultados 2010, 2011 y 2012 del Pp E002.

Según la MIR de 2010, el indicador supuso que se cuenta con los recursos necesarios y suficientes para responder a la demanda de atención, que se promueven acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud, que se fortalecen acciones de promoción a la salud del individuo y su familia en su entorno social y que se aplican medidas orientadas a prevenir los daños a la salud derivados del estilo de vida y factores condicionantes.

Según la MIR de 2011, el indicador supuso que las unidades médicas de alta especialidad aplican programas de contingencias ante epidemias y desastres naturales para garantizar la atención médica oportuna en los servicios de urgencias y tratamientos quirúrgicos

La semaforización en el MMIM de 2010 dicta verde >90%, amarillo entre 85 y 90%, y rojo >85%. El MMIM 2011 establece verde >80%, amarillo entre 74.4 y 79.9%, y rojo ≥ 74.3 . El MMIM 2012 especifica un valor de referencia para cada hospital, que puede tomar la cifra de $\geq 90\%$ o $\geq 95\%$.

Para 2010, 2011 y 2012, el indicador registró valores promedio anuales¹¹ de 92.20, 93.25 y 93.0% respectivamente.

¹¹ El reporte de comportamiento proporciona indicadores mensuales por UMAE para cada año del estudio. Para obtener el valor anual para el conjunto de las UMAE se hace un promedio simple por mes de todas las UAME excluyendo las UMAE que reportan 0 y luego un promedio simple de todos los meses.

En 2011, no se incluyó la información completa en la explicación de la variación de metas. En 2012, se señalaron las siguientes situaciones, gestión adecuada de recursos necesarios para la realización de cirugías así como la correcta aplicación de los criterios de referencia y contra-referencia entre el segundo y tercer nivel de atención médica, y el apego a las guías de práctica clínica, permiten abatir el rezago quirúrgico e incrementar la oportunidad en la programación de cirugía, lo anterior se menciona en la explicación que rinde el IMSS a la SHCP en torno de las causas y consecuencias de la variación de las metas de los indicadores.

Lo anterior incrementó la satisfacción del usuario, al ofrecer menos tiempo de espera para la realización de cirugías electivas (abatimiento del rezago quirúrgico), con la consecuente mejora en la calidad de la atención.

Comportamiento de los indicadores

Como se observa, los resultados de la gestión del programa en general fueron positivos en términos de las metas fijadas en los años que se analizan, ya que cuatro de los ocho indicadores que son competencia específica de las unidades médicas que operan el programa, se ubicaron en el rango superior de rendimiento en los años 2010, 2011 y 2012. De los cuatro indicadores restantes, en un caso relativo a la UMAES, las metas se fijan para cada unidad en función del tipo de hospital (Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad). En un segundo caso el indicador se ubicó en el rango intermedio de rendimiento durante los tres años evaluados (Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel). Finalmente los dos últimos indicadores presentaron resultados mixtos en los años evaluados alternando rangos intermedios y superiores (Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de admisión continua o urgencias en las Unidades Médicas de Alta Especialidad e Índice de consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel).

6. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL Pp

En este apartado se realiza una descripción de los procesos del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" con base en la Normativa aplicable y lo desarrollado en la práctica.

En primer lugar se recogen las atribuciones por Ley de las áreas en las que opera el Pp E002, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas.

6.1. ATRIBUCIONES POR LEY

De conformidad con el artículo 2 de la Ley del Seguro Social "la seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

De igual manera en el Artículo 5 de la Ley del Seguro Social establece que la organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, la referida Ley define a la Institución como instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, destinado a los trabajadores y sus familias.

El IMSS proporciona servicios médicos preventivos y curativos a la población trabajadora asegurada, así como de guarderías y de prestaciones económicas y sociales previstos en la Ley del Seguro Social.

El Artículo tercero del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social estipula que para el estudio, planeación atención y ejecución de los asuntos y actos que le competen contará con:

I. Secretaría General;

II. Direcciones Normativas:

Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones;

Dirección de Finanzas;

Dirección de Incorporación y Recaudación;

Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico;

Dirección Jurídica;

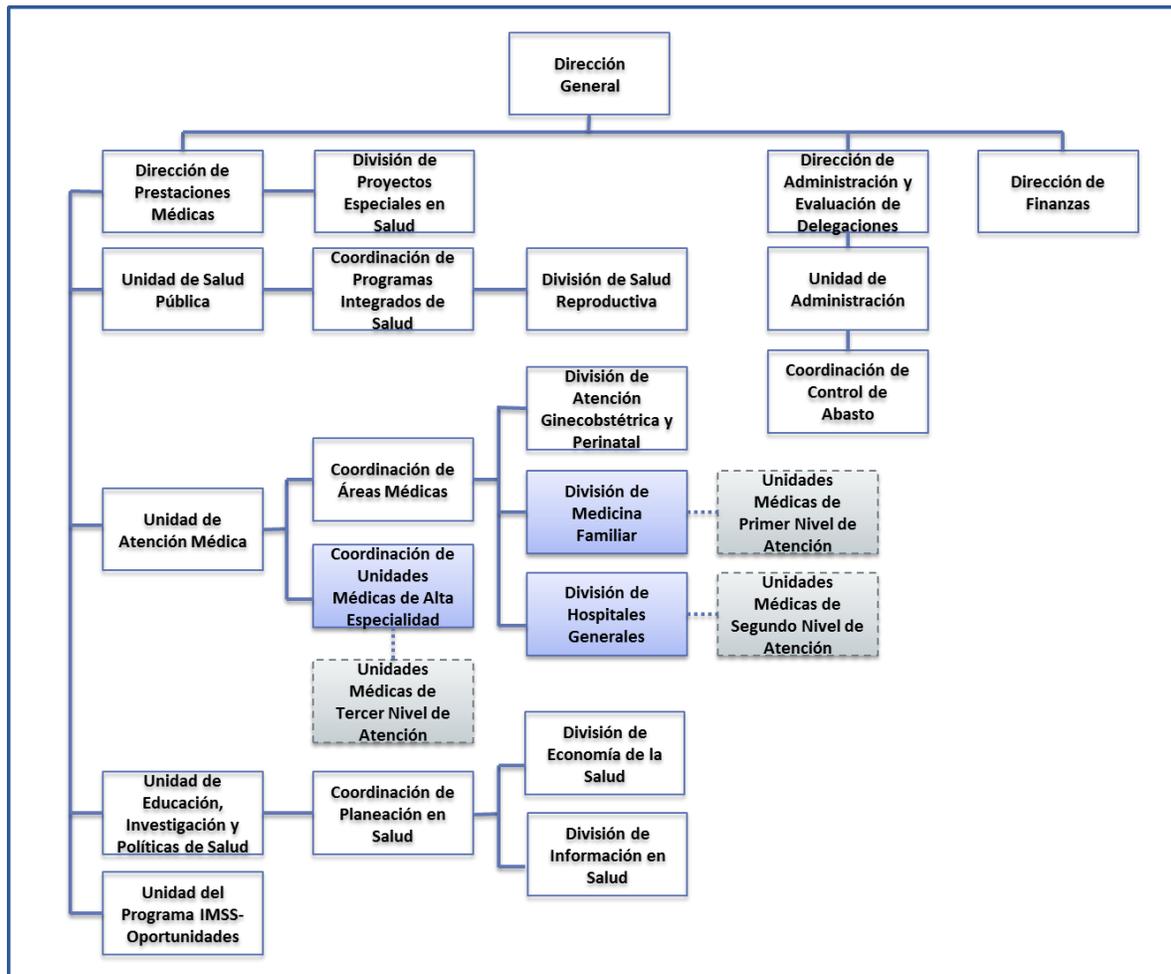
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, y

Dirección de Prestaciones Médicas.

La Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS es la encargada de regular la operación y funcionamiento del área de atención médica, teniendo a su cargo el macroproceso sustantivo para otorgar atención médica a los derechohabientes y otros procesos y funciones correspondientes al área médica, de acuerdo con establecido en el artículo 82 fracciones I al XX del Reglamento Interior del IMSS.

A continuación se presenta el organigrama reducido en donde se muestra las áreas que participan en el citado macroproceso y los procesos derivados.

FIGURA 6.1 ORGANIGRAMA REDUCIDO DE LA DIRECCIÓN GENERAL



Fuente: Elaboración con base en IFAI (2013)

6.1.1. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

De acuerdo al Artículo 82 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y reformado el 23 de agosto de 2012, la **Dirección de Prestaciones Médicas** tendrá las siguientes facultades referentes al Pp E002.

- Planear, dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de los servicios médicos, de rehabilitación y de salud pública, atención de los riesgos de trabajo, educación e investigación en salud, así como analizar sus resultados;

- Normar la participación institucional en la atención de problemas de salud de la población en general, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal relacionadas con el Sistema Nacional de Salud;
- Emitir la normatividad institucional relativa a vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, fomento a la salud, salud reproductiva, salud materno infantil, educación médica, investigación médica, salud en el trabajo y la prestación de los servicios médicos y de rehabilitación en sus tres niveles de atención;
- Emitir la normatividad necesaria para la correcta y adecuada atención institucional de las disposiciones relacionadas con Cuadros Básicos de Insumos para la Salud. Aprobar e informar al Director General la inclusión, modificación y exclusión de insumos para la salud en estos cuadros, así como editarlos y difundirlos.
- Establecer coordinación con los Órganos Normativos correspondientes para definir conjuntamente políticas, programas y acciones dirigidas a la población usuaria en materia de salud;
- Establecer, operar y explotar el sistema de información médica, de acuerdo con los lineamientos del Instituto y los del Sistema Nacional de Salud;
- Planear y coordinar la administración y operación del Programa IMSS-Oportunidades, cuyos recursos se ejercerán de conformidad con lo establecido en la Ley, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y demás disposiciones legales aplicables, así como aquellas reglamentarias y administrativas que de ellas deriven, y analizar sus resultados;
- Planear, dirigir y analizar en coordinación con los Órganos Normativos competentes, la capacitación y el fomento de la cultura de la calidad relacionada con la prestación de los servicios médicos y de salud. Emitir lineamientos para mejorar y rediseñar los procesos y sistemas operacionales relativos a la prestación de servicios médicos. Generalizar y normar aquellas acciones de calidad que se compruebe mejoran los procesos correspondientes;
- Administrar los proyectos de cambio, orientados a la mejora de la gestión clínica y a la satisfacción del usuario de las prestaciones médicas. Diseñar y operar, en coordinación con los órganos Normativos, de Operación Administrativa Desconcentrada y unidades

operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud;

- Asesorar y apoyar al Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad que corresponda, para que tome las medidas correctivas necesarias, a fin de resolver los problemas identificados en el análisis del funcionamiento de la prestación de los servicios del Instituto.

6.1.2. DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Las funciones de la División de Medicina Familiar, de acuerdo al apartado 8.1.5.2.1 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado al 26 de Abril de 2013, son:

- Actualizar y difundir normas y procedimientos institucionales que establezcan las disposiciones para otorgar atención a la salud en las Unidades de Medicina Familiar y en el domicilio del derechohabiente, con apego a los derechos del paciente.
- Implantar y evaluar la atención a la salud que se proporciona en las unidades de medicina familiar, con base en el diagnóstico situacional, favoreciendo la satisfacción de las necesidades de salud del paciente y la eficiencia en el uso de los recursos, dentro del sistema de regionalización institucional de los servicios médicos.
- Implantar programas de mejora para la organización de los servicios en medicina familiar con el propósito de otorgar atención de calidad y eficiencia en sus procesos, con base en la evaluación de resultados que responda a las necesidades de salud de la población derechohabiente.
- Asesorar a las Delegaciones en la implantación del trabajo en equipo que promueva la participación del personal de salud en la toma de decisiones y en la evaluación de resultados.
- Evaluar el proceso de la atención médica que se proporciona en las unidades de medicina familiar con base en los resultados de la medición de los procesos mediante los indicadores de productividad, eficacia y calidad.
- Elaborar y realizar de forma conjunta con las Coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas la capacitación del personal que proporciona los servicios de la

atención a la salud en las unidades de medicina familiar, con base en la transición demográfica y epidemiológica del país.

- Evaluar las normas, indicadores de dotación de personal y estándares óptimos de asignación y de productividad de personal, equipos, áreas físicas y otros insumos para la planeación de las acciones de modernización de los servicios de atención integral a la salud en medicina familiar.
- Elaborar propuestas para la actualización del Contrato Colectivo de Trabajo, de acuerdo con las necesidades operativas de la atención que se proporciona en las Unidades de Medicina Familiar.
- Analizar en coordinación con otras áreas normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas y las Divisiones de la propia Coordinación los resultados del diagnóstico situacional de los procesos de atención a la salud en medicina familiar e, identificar la problemática prevaeciente.
- Analizar los resultados de las evaluaciones practicadas por diferentes instancias intra y extra institucionales respecto a los servicios de la atención a la salud en medicina familiar y realizar, en su caso, las modificaciones a la normatividad correspondiente, además de dar seguimiento a las sugerencias, observaciones y acuerdos suscritos con estos organismos.
- Verificar y en su caso gestionar los requerimientos de personal, equipo, área física y otros insumos para la atención a la salud en medicina familiar que presentan las delegaciones del sistema con base en el crecimiento de la población derechohabiente y productividad en las unidades de medicina familiar.
- Analizar y atender requerimientos específicos de información respecto a la atención otorgada en las unidades de medicina familiar.
- Las demás que le señalen la Ley, sus reglamentos y las que le encomiende el Titular de la Unidad de Atención Médica y, el Titular de la Coordinación de Áreas Médicas.

6.1.3. DIVISIÓN DE HOSPITALES GENERALES

Las funciones de la División de Hospitales Generales, de acuerdo al apartado 8.1.5.2.2 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado al 26 de Abril de 2013, son:

- Elaborar, difundir e implantar la normatividad relacionada con la atención médica en las unidades médicas de segundo nivel de atención.
- Actualizar y coordinar los procesos de atención médica en las unidades médicas de segundo nivel de atención, a fin de otorgar los servicios con calidad.
- Coordinar la operación y evaluar los resultados de las unidades médicas de segundo nivel de atención, propiciando la eficiencia en el uso de los recursos, la eficacia y la efectividad de las intervenciones en salud; así como su desarrollo bajo la normatividad de sus procesos.
- Diseñar e implantar programas específicos para la operación de los procesos de la atención médica en unidades médicas de segundo nivel de atención dentro del sistema de regionalización institucional de los servicios médicos.
- Evaluar y asesorar el desarrollo de los procesos de atención médica en las unidades médicas de segundo nivel de atención y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.
- Elaborar, actualizar y difundir los estándares, criterios e indicadores de evaluación de la calidad de la atención médica hospitalaria y ambulatoria en unidades de segundo nivel de atención, tomando en consideración los parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad nacionales e internacionales, para el desarrollo de la mejora continua de los procesos de la atención médica.
- Asesorar a las unidades de atención médica de segundo nivel de atención, en la certificación de establecimientos de atención médica hospitalaria; así como el reconocimiento a los hospitales y al personal de salud que se distinga por el alto nivel de calidad con el que otorga sus servicios.
- Analizar, verificar y gestionar los requerimientos de personal para las unidades médicas de segundo nivel de atención, realizados por las delegaciones.

- Realizar revisiones de plantillas de personal, para determinar el requerimiento de recursos humanos en las unidades médicas de segundo nivel de atención.
- Las demás que le señalen la Ley, sus reglamentos y las que le encomiende el Titular de la Unidad de Atención Médica y, el Titular de la Coordinación de Áreas Médicas.

6.1.4. COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

Las funciones de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, de acuerdo al apartado 8.1.5.3 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado al 26 de Abril de 2013, son:

- Difundir, instrumentar y coordinar los planes y programas médicos que desarrollen las líneas estratégicas de la Institución para lograr sus objetivos y cumplir con su misión.
- Supervisar y evaluar a las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y a sus Unidades Médicas Complementarias para elevar su capacidad resolutoria y el desarrollo de la calidad y eficiencia de la atención médica del derechohabiente.
- Evaluar y supervisar el desarrollo de la capacidad resolutoria, calidad y eficiencia de los servicios médicos de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y de sus Unidades Médicas Complementarias, conforme a estándares institucionales, nacionales e internacionales; así como para su participación en Premios de Calidad y en la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Contribuir en la elaboración de los Acuerdos de Gestión de las Unidades Médicas de Alta Especialidad con otras áreas del Instituto, así como participar en su aprobación y evaluación, con el fin de facilitar la implementación y consolidación de la autonomía de gestión y desconcentración de sus procesos, facultades y responsabilidades.
- Contribuir en el desarrollo de la educación e investigación en salud, con el propósito de mejorar las habilidades y destrezas del personal.
- Validar y contribuir en el desarrollo de Sistemas de Información Médicos para la evaluación y rendición de cuentas de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, a fin de propiciar la calidad, eficiencia y transparencia de los procesos, mediante indicadores, criterios y estándares actualizados y confiables.

- Validar y difundir normas y procedimientos para el funcionamiento de los procesos de la atención médica, en las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Médicas Complementarias.
- Contribuir en la gestión y aprobación de recursos humanos, materiales y financieros para otorgar con oportunidad y calidad la atención médico-quirúrgica.
- Diseñar, difundir e instrumentar estrategias para fortalecer, evaluar y desarrollar el Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Coordinar la elaboración, actualización, edición, difusión y aplicación de los cuadros básicos institucionales de insumos para la salud y coordinar la participación de las Direcciones de Finanzas y, de Administración y Evaluación de Delegaciones para la aprobación de la inclusión de medicamentos.
- Contribuir al control y operación del sistema de fármaco vigilancia del Instituto.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención, a fin de que se otorgue conforme a los estándares más altos de calidad y eficiencia y con fundamento en la evidencia científica y los principios éticos vigentes.
- Coordinar la instrumentación de estrategias para el diseño, difusión e implementación de Guías de Práctica Clínica en las unidades médicas de los tres niveles de atención, propiciar su uso cotidiano como herramienta clínica, de educación médica y de mejora en la calidad y eficiencia de las intervenciones en salud.
- Coordinar y supervisar la representación del Instituto ante los organismos sectoriales u otras instancias, en asuntos de su ámbito de competencia, en atención a la encomienda de instancias superiores.
- Supervisar el desarrollo de los procesos de atención médica y de enfermería en Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Complementarias, para fortalecer la capacidad de gestión operativa.
- Las demás que le señalen la Ley, sus reglamentos y las que le encomiende el Titular de la Unidad de Atención Médica.

6.2. IDENTIFICACIÓN Y EQUIVALENCIA DE PROCESOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 “ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE”

En función de las atribuciones previstas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, se llevó a cabo la identificación de los procesos inherentes al Pp “E002 Atención Curativa Eficiente” y su equivalencia con el Modelo General de Procesos.

CUADRO 6.1 MODELO GENERAL DE PROCESOS

Modelo General de Procesos	Procesos del Pp E002
<p>Planeación (planeación estratégica, programación y presupuestación). Proceso en el cual se determinan misión, visión, fin, objetivos y metas en tiempos establecidos, los indicadores de seguimiento verificables, los recursos financieros y humanos necesarios, y las principales actividades y métodos a seguir para el logro de los objetivos del Pp.</p>	Planeación, coordinación y atribuciones
<p>Difusión del programa presupuestario. Proceso sistemático e institucionalizado de información sobre las principales características del Pp, sus servicios y los requerimientos para recibirlos, dirigido hacia un público determinado / usuarios.</p>	No Existe
<p>Solicitud de servicios. Conjunto de acciones, instrumentos y mecanismos que ejecutan los operadores del Pp con el objetivo de registrar y/o sistematizar la información de las solicitudes de servicios de usuarios.</p>	Solicitud de servicios de salud y clasificación de pacientes
<p>Selección de solicitudes de servicios. Proceso realizado por los operadores del Pp en la realización del trámite.</p>	No Existe
<p>Producción o compra de bienes o servicios. Herramientas, acciones y mecanismos a través de los cuales se obtienen los servicios que serán entregados a los usuarios del Pp.</p>	Compra de insumos y material
	Donación, trasplantes y banco de sangre.
	Formación de Recursos Humanos
<p>Distribución de apoyos Proceso a través del cual se entrega el servicio desde el punto de origen al punto de destino final (en dónde se encuentra el usuario del Pp).</p>	El objetivo sustantivo de este Pp es la atención hospitalaria y se entrega en el mismo lugar de origen y no es necesaria, sin embargo existe atención médica a domicilio en primero y segundo nivel de atención en el IMSS
<p>Entrega de servicios. Conjunto de instrumentos, mecanismos y acciones por los cuales los usuarios reciben los diferentes servicios.</p>	Otorgar servicios de salud
<p>Seguimiento a usuarios y monitoreo de servicios. Acciones y mecanismos mediante los cuales el Pp comprueba que los servicios y bienes entregados cumplen con los criterios establecidos y funcionan de acuerdo al objetivo planteado.</p>	Consulta subsecuente, elaboración de informes de cobertura e impactos, y vigilancia
<p>Satisfacción de usuarios. Proceso a través del cual los beneficiarios pueden realizar las quejas o denuncias que tengan del Pp.</p>	Encuestas de satisfacción

Fuente: Elaboración con base en CONEVAL (2013)

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

Este primer proceso tiene como fin determinar la misión, visión, fin, objetivos y metas del programa estableciendo los indicadores y metas, asignar los recursos financieros y humanos necesarios, para el desarrollo de actividades que permitan el logro de los objetivos del programa.

El desarrollo de este proceso corresponde a la Dirección de Prestaciones Médicas, en virtud de que establece los objetivos estratégicos indicadores y metas, así como dirige y norma las acciones relacionadas con los servicios médicos que presta el programa, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Asimismo en coordinación con los Órganos Normativos correspondientes define conjuntamente políticas, programas y acciones dirigidas a la población usuaria en materia de salud. De igual manera la Dirección de Finanzas lleva cabo la planeación financiera y elabora el presupuesto anual de todas las unidades de gasto, incluyendo las que participan en la ejecución del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente."

DIFUSIÓN

Este proceso consiste en la sistematización e institucionalización de información sobre las principales características del Pp, sus servicios y los requerimientos para recibirlos, dirigido hacia un público determinado de usuarios.

Este proceso lo realiza la Institución, de conformidad con el artículo 110 de la Ley del Seguro Social, que mandata que los servicios de medicina preventiva del Instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales, con el propósito de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad.

Sin embargo el Instituto no lleva a cabo la difusión específica del Pp E002 Atención Curativa Eficiente, en cambio del programa PREVENIMSS desarrolla acciones para la promoción, prevención y detección de la salud, ya sea en el ámbito general o en ámbitos particulares como escuelas y empresas, a través de la atención preventiva integrada; la seguridad e higiene; las prestaciones sociales y la orientación e información.

SOLICITUD DE SERVICIOS

En este proceso los operadores del programa realizan un conjunto de acciones, y hacen uso de un conjunto de instrumentos y mecanismos con el objetivo de registrar y/o sistematizar las solicitudes de servicios a derechohabientes.

En las Unidades de Primer Nivel o Medicina Familiar, la solicitud del servicio se hace vía telefónica o en forma personal con la asistente médica, quien a su vez clasifica al paciente, revisa su condición de derechohabencia y vigencia, lo registra en el sistema y le informa sobre su solicitud. Ello se encuentra normado en el Procedimiento para Otorgar Atención Médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002, actualizado el 16 de noviembre de 2012.

No obstante, falta considerar la solicitud vía internet, que se efectúa en la práctica pero para la cual no se localizó alguna mención dentro de la normatividad existente o documentación especial.

Al Segundo Nivel de Atención se accede al ser remitido desde primer nivel o cuando la complejidad del padecimiento del paciente lo amerita. En el primer caso se trata de la Recepción de Referencia-Contrarreferencia y de Solicitud de Interconsulta, establecidos en el Procedimiento para otorgar la Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-052, actualizado el 19 de abril de 2010.

En el segundo caso, se trata de la fase de hospitalización, el paciente autoriza su ingreso al Servicio de Hospitalización, se solicita al Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) que verifique la vigencia de derechos de los pacientes, integre el expediente clínico y programe el ingreso. Ello está establecido en el Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-056, actualizado el 20 de abril de 2011.

El Tercer Nivel de Atención se solicita mediante un trámite de referencia-contrarreferencia por parte de Segundo Nivel o en casos extraordinarios de Primer Nivel, y de conformidad con la complejidad del padecimiento.

En el Procedimiento para la Planeación, Programación, Atención Pre-operatoria, Transoperatoria y Post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel de Atención 2430-003-006, actualizado el 03 de julio de 2012, se regula el ingreso del paciente para internamiento en Atención Pre-Operatoria y Admisión Hospitalaria.

Finalmente, existe un procedimiento que clasifica a los pacientes por la gravedad de su urgencia para que reciban atención en concordancia. Para simplificar y hacer eficiente la clasificación se asignan colores y tiempos de espera para la atención: rojo, naranja, amarillo, verde y azul en orden descendente. Este documento se denomina Procedimiento para la Clasificación de Pacientes (TRIAGE) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de Tercer Nivel 2430-003-039, actualizado el 02 de julio de 2010.

En él se establece que se debe proporcionar al equipo de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel, la información para la clasificación de pacientes (TRIAGE) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias; unificar las actividades operativas y administrativas para la atención médica, y proporcionar al Jefe de Departamento o Servicio de Admisión Continua o Urgencias y al Coordinador Clínico de Turno los elementos para llevar a cabo la vigilancia del servicio.

SELECCIÓN DE SOLICITUDES DE SERVICIOS

En el Pp E002, los pacientes no atraviesa por una selección excluyente en su solicitud del servicio, como sería en el caso de programas cuyos beneficiarios deben cubrir ciertos requisitos de acuerdo a una convocatoria o a las Reglas de Operación, lo único que se hacen las áreas que ejecutan el programa, es clasificar al paciente de acuerdo al servicio que requiere y su condición de derechohabiente. Dicha clasificación se realiza al mismo tiempo que se solicita el servicio, por lo que ya fue descrita en el apartado anterior.

PRODUCCIÓN O COMPRA DE BIENES O SERVICIOS

Las Unidades Médicas que prestan los servicios a los derechohabientes, cuentan con el personal, los equipos médicos y la infraestructura en general suficiente para atender la demanda, sin embargo en algunas unidades existentes algunas situaciones de obsolescencia de equipos y falta de insumos.

De igual manera en el desarrollo de este proceso las unidades ejecutoras del programa adquieren insumos tanto de producción nacional como importados, tal es el caso de equipos médicos, medicamentos, prótesis, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, y productos higiénicos. Asimismo, reciben órganos que se otorgan en donación para la realización de trasplantes. Los procesos de adquisición están a cargo de la Coordinación de Control de Abasto del instituto.

Adicionalmente el Instituto participa en la formación de recursos humanos y desarrolla actividades de investigación para la salud, principalmente en las Unidades Médicas de Alta Especialidad

DISTRIBUCIÓN DE APOYOS

Mediante este proceso se entrega el servicio desde el punto de origen al punto de destino final, en donde se encuentra el usuario del programa. En el caso del Pp E002 Atención Curativa Eficiente no se realiza este proceso, ya que la atención médica se entrega en mismo lugar y tiempo en que se produce.

ENTREGA DE SERVICIOS

El proceso de Entrega de Servicios, referido a los servicios médicos, es el proceso sustantivo del Pp E002, por estar más estrechamente vinculado al cumplimiento de sus propósitos.

En este proceso el IMSS ha establecido normas para la prestación de los servicios médicos a los derechohabientes, especificando reglas particulares para la consulta externa y domiciliaria, así como para los servicios de hospitalización y urgencias en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, actualizado al 30 de Noviembre de 2006.

El Artículo 4º del Reglamento de Prestaciones Médicas establece que para otorgar las Prestaciones Médicas a sus derechohabientes el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención: Unidades de Medicina Familiar

(UMF), Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención (UMH) y Unidades Médicas de Alta Especialidad o Tercer Nivel de Atención.

En lo referente al proceso de entrega de servicios en Unidades de Medicina Familiar, la atención médica se otorga gracias a elementos técnico-médico, administrativos y legales, necesarios para el desarrollo de sus actividades con apoyo del Expediente Clínico Electrónico, otorgando documentos como el certificado médico de incapacidad, dictamen de enfermedades de trabajo, determinación del estado de invalidez y recetas para el surtido de medicamentos. El desarrollo de estas actividades está basado en el Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002, actualizado al 16 de Noviembre 2012. Asimismo para entrega de los servicios médicos a los derechohabientes las citadas Unidades ejecutoras Pp E002, cuentan con los equipos e infraestructura especializados.

Por lo que respecta a Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel, el otorgamiento de Consulta Externa de Especialidades debe ser con calidad, oportunidad y trato digno, bajo políticas, actividades, elementos técnicos y administrativos necesarios para el adecuado desempeño del personal de salud que interviene en la atención, conforme al Procedimiento para otorgar la Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-052, actualizado al 19 de Abril de 2010. Los derechohabientes con el documento de referencia que se les proporcione en la Unidad de Medicina Familiar reciben atención médica de especialidades o bien directamente en urgencias cuando los pacientes los solicitan, y de igual manera reciben una referencia para atención en la Unidad Médica de Alta Especialidad o la contra referencia a la Unidad de Medicina Familiar, reciben también recetas o el certificado médico de incapacidad. Asimismo las Unidades de Segundo Nivel también otorgan servicios a los derechohabientes como los de Hospitalización Quirófanos, Área de Toco-Cirugía, y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, que por sus padecimientos ameriten ser atendidos en estas áreas y para lo cual cuentan con los equipos, infraestructura y personal especializado.

En cuanto a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, atienden a los derechohabientes que remiten los hospitales de segundo nivel o los que envían las unidades de medicina familiar en casos excepcionales. Estas unidades cuentan con equipos e infraestructura de alta tecnología, así como capacidad resolutoria y están enfocadas a proporcionar al derechohabiente atención médica especializada con calidad y eficiencia en tratamientos quirúrgicos y hospitalarios. Asimismo, forman personal médico altamente calificado, desarrollan investigación médico-científica que aporta conocimientos en materia de salud y cuentan con mecanismos de donación y trasplante de órganos. Los servicios que entrega el Pp E002 Atención Curativa Eficiente en este nivel de atención se dan a través de las áreas de Hospitalización, Consulta Externa, Auxiliares de Diagnóstico, Admisión Continua o Urgencias y Tratamiento y Rehabilitación.

En el procedimiento para la Planeación, Programación, Atención Pre-operatoria, Transoperatoria y Post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel de Atención 2430-003-006, actualizado al 03 de Julio de 2012, se implantan las políticas y actividades para el personal de salud, para realizar la planeación y programación quirúrgica, otorgar la atención pre-operatoria, transoperatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Proporciona al Jefe de División de Cirugía, Jefe o Responsable del

Departamento Clínico o de Servicio de Quirófano y al Coordinador Clínico de Turno los elementos para llevar a cabo la vigilancia de las actividades propias del departamento o servicio y mejorar la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica en estas Unidades Médicas.

Por su parte las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria cuenta con actividades a seguir en cuanto a consulta externa, cirugía ambulatoria y otros tratamientos médicos como hemodiálisis y quimioterapia, sin necesidad de ocupar una cama censables. Define criterios de referencia-contrarreferencia entre las Unidades de Medicina Familiar (UMF), Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel de atención (UMH) y las UMAA, según el Procedimiento para la Atención Médica en las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, actualizado al 31 de Enero de 2011.

Además existen guías de apoyo para acciones muy específicas, como la Guía Enfermera y la Guía Técnica para la Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama. También están las Guías para la Atención a la Salud que se comentan a continuación. Así como la Guía Técnica para Cuidar la Salud de los Niños Menores de 10 Años de Edad, actualizada a 2010, en la que describen las acciones que tienen un alto impacto en la preservación de la salud de los niños, agrupadas en cuatro procesos: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, y detección de enfermedades.

La Guía Técnica para la Atención a la Salud de la Mujer de 20 a 59 Años, actualizada a 2010, unifica y sistematiza los criterios y procedimientos para la entrega de servicios educativos y preventivos en todas las áreas sustantivas de la salud. Y la Guía Técnica para la Atención a la Salud del Hombre, actualizada a 2010, se trata de una herramienta de apoyo para la capacitación y utilización del personal de los equipos de salud en las unidades de medicina familiar en la prestación de los servicios para la población masculina.

También se pueden mencionar aquí las Guías de práctica clínica, en ellas se da un tratamiento más específico en cuanto al tipo de enfermedad, especialidad o procedimiento. Este tipo de esfuerzos para normar las actividades que se llevan a cabo en la práctica hacen una contribución importante en la consecución de los objetivos del programa.

A continuación se describen en detalle los procesos operativos generales de consulta y hospitalización en lo que se refiere a la generación de servicios médicos que se entregan a los derechohabientes del Pp E002 Atención Curativa Eficiente, debido a que se encuentran

vinculados de manera sustancial al cumplimiento del Propósito del programa. Asimismo, estos procesos sustantivos se realizan en cada una de las Unidades Médicas y se articulan en los tres niveles de atención médica a través de la referencia y contrarreferencia.

Proceso general de consulta.

Conforme al procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002 se tiene la participación de las siguientes instancias y sus actividades generales.

CUADRO 6.2 PROCESO GENERAL DE CONSULTA

Responsables	Actividades generales
Etapa 1. Actividades previas a la atención médica	
Asistente Médica Personal de Enfermería	Prepara el consultorio, recibe y verifica que material, equipos e instrumental se encuentre completo y limpio; revisa, ordena y suministra la papelería.
Usuario del Sistema	Revisa que el equipo de cómputo y mobiliario asignado al servicio se encuentre completo y en buen estado. Prende el equipo de cómputo asignado al servicio y abre menú de "Agenda de Citas."
Enfermera Jefe de Piso en Medicina de Familia	Verifica la existencia de insumos, material de curación y equipo necesarios para otorgar atención en los diferentes servicios.
Personal de Enfermería Responsable de la Central de Equipo y Esterilización (CEYE)	Recibe las Áreas Azul y Verde limpias, en orden y el equipo e instrumental existente
Etapa 2. Solicitud de cita vía telefónica o en forma personal	
Asistente Médica	Recibe al personal, familiar persona legalmente responsable que solicita cita; revisa y gestiona vigencia del paciente; identifica en fecha y hora de cita.
Etapa 3. Recepción del paciente	
Asistente Médica	Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable que se presenta en forma espontánea o con cita y solicita sus documentos, le informa las acciones que llevará a cabo, obtiene sus medidas, e indica que espere a que le llamen para recibir atención médica de primera vez.

Responsables	Actividades generales
Etapa 4. Atención médica	
Médico Familiar	Identifica si se trata de un probable riesgo de trabajo o si el paciente requiere de atención médica prioritaria por presentar un padecimiento o requerir de un trámite administrativo. En ese caso informa al Médico Familiar.
	Recibe de la Asistente Médica la documentación necesaria, recibe al paciente y solicita su identificación; revisa y se encarga que el paciente cuente con "Historia clínica" completa.
	Evalúa las medidas que tomó la Asistente Médica; realiza exploración física al paciente ante la presencia de la Asistente Médica o de personal de Enfermería o en su caso de un familiar o representante legal.
	Identifica el material que tuvo contacto con fluidos corporales del paciente durante la exploración física y los deposita en la bolsa verde.
	Fundamenta el diagnóstico con base en los criterios técnico-médico vigentes y resultados de estudios de laboratorio clínico, Rayos X, entre otros.
	En caso de ser valoración médica para guardería, identifica si la enfermedad requiere vigilancia epidemiológica y/o suspensión de asistencia a guardería.
	En caso de ser consulta durante el embarazo, recibe a la paciente, identifica y valora factores de riesgo obstétrico, la orienta sobre métodos que se aplican en el IMSS.
<p>Valora que el asegurado requiere alguna o varias de las siguientes atenciones y realiza solicitud y acciones correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Envío a otro servicio: Atención Médica Continua o Urgencias, DiabetIMSS, Servicios de Enfermería, Estomatología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Preventiva, Nutrición y Dietética, Planificación Familiar, Psicología, Trabajo Social, Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Centros de Integración Juvenil (CIJ) ○ Estudios de laboratorio ○ Medicamentos ○ Referencia-Contrarreferencia a otro nivel de atención ○ Incapacidad temporal para el trabajo 	

Responsables	Actividades generales
	<ul style="list-style-type: none"> o Atención médica subsecuente o Envío al servicio de Salud en el Trabajo o Vigilancia epidemiológica o Valoración geriátrica integral en su versión extensa <p>En caso de requerir otro servicio, orienta al asegurado, familiar o responsable sobre las siguientes acciones y entrega comprobantes de solicitudes. De lo contrario da de alta y hace los registros necesarios.</p> <p>En citas subsecuentes realiza el mismo proceso hasta aquí mencionado, más acciones de seguimiento hasta que se da al paciente de alta.</p>
<i>Referencia-contrareferencia</i>	
Médico Familiar o Médico No Familiar o Estomatólogo	Selecciona tipo de referencia (ordinaria, urgente o subsecuente), especialidad, motivo del envío y diagnóstico. Solicita autorización del Jefe de Servicio de Medicina Familiar y revaloran al paciente en forma conjunta. Si no procede, se hace un registro y continúa con la atención ordinaria del paciente. Si procede, hace un registro y solicita a la Asistente Médico a que gestione la firma de autorización y oriente al paciente.
Asistente Médica	Recibe el formato de Referencia-Contrarreferencia y solicita al Auxiliar de Servicios Administrativos haga las gestiones necesarias. Recibe de éste el formato final, entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable y le orienta a Unidad Médica Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel, Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales, Centro de Integración Juvenil.
<i>Laboratorio clínico</i>	
Auxiliar de Laboratorio, Químico Laboratorista, Jefe de Laboratorio	Determinan si la dotación de material e insumos es suficiente, de no serlo hacen las solicitudes y reciben el material.
Auxiliar Universal de Oficina	Recibe la Solicitud de Laboratorio del paciente, familiar, persona legalmente responsable o del personal de enfermería del servicio de Atención Médica Continua. Elabora comprobante y lo entrega al paciente, si el servicio es urgente conserva el comprobante y toma las acciones pertinentes. Si requiere entrega de muestra, señala al paciente las

Responsables	Actividades generales
	<p>indicaciones de su solicitud y proporciona recipientes para muestra de ser necesario.</p> <p>Si requiere toma de muestra urgente notifica al Jefe de Laboratorio. Si no es urgente indica al paciente el día de cita para toma de muestra y le da comprobante.</p> <p>Cuando recibe al paciente para toma de muestra, revisa documentación y condiciones indicadas en la solicitud, si no las cumple informa al Jefe de Laboratorio, si las cumple indica al paciente que pase al cubículo para toma de muestra.</p>
Jefe de Laboratorio	Valora la toma de muestra del paciente si éste no cumple con las condiciones indicadas en la solicitud.
Auxiliar de Laboratorio, Químico Laboratorista	Si requiere entrega de muestra, reciben muestra del paciente y la traslada a la mesa de trabajo. Si requiere toma de muestra recibe al paciente y le solicita identificación, toma la muestra biológica y la traslada a la mesa de trabajo. Si es paciente ambulatorio solicita al paciente que pase a su cubículo a tomar la muestra, si es no ambulatorio, acude al área donde está el paciente y toma la muestra; en ambos casos traslada la muestra a la mesa de trabajo.
Químico Laboratorista	Localiza la muestra en la mesa de trabajo, identifica solicitud y tipo de estudio, procesa la muestra, se deshace adecuadamente de los residuos biológicos. Solicita al Auxiliar de Servicios de Intendencia para trasladar el material que requiere ser esterilizado.
<i>Rayos X (Imagenología)</i>	
Técnico Radiólogo	Si son Rayos X revisa que el equipo se encuentre completo y en buen estado, prepara el equipo, obtiene el estudio y verifica que se haya efectuado correctamente, lo almacena para su consulta por el médico tratante. Si es película radiográfica fotosensible, acude al cuarto oscuro y determina si la película es suficiente, si no lo es o no existe toma las medidas necesarias; si las condiciones son adecuadas, recibe del Auxiliar Universal de Oficinas la documentación del paciente, realiza el estudio y verifica que se haya realizado correctamente, integra el expediente y lo entrega al Médico no Familiar Radiólogo.
Médico Familiar, Médico no Familiar Radiólogo, Jefe de Servicio de	Si se cuenta con equipo de ultrasonido, revisa que el equipo funcione de acuerdo a las especificaciones requeridas para el estudio, prepara el equipo, realiza e interpreta el estudio,

Responsables	Actividades generales
Medicina Familiar	entrega resultados al paciente.

Fuente: Elaboración con base en Dirección de Prestaciones Médicas.

Proceso general de hospitalización.

Conforme al Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-056, se tiene la participación de las siguientes instancias y sus actividades generales.

CUADRO 6.3 PROCESO GENERAL DE HOSPITALIZACIÓN

Responsables	Actividades generales
Proceso de Ingreso del paciente al Servicio de Hospitalización	
<i>Ingreso a través de la Consulta Externa de Especialidades</i>	
Médico no Familiar	Decide internamiento del paciente, le explica detalladamente al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable, el motivo y solicita la firma para consentimiento. Informa de la necesidad y número de donadores de sangre, si se considera procedente. Si el paciente no autoriza, se le explican las implicaciones y se egresa para regresar a Unidad de Medicina Familiar (UMF). Si autoriza se entrega al personal de enfermería.
Enfermera General o Auxiliar de Enfermería, General Asistente Médica de Admisión Hospitalaria, Personal de Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC)	Reciben expediente clínico y lo complementan, identifican al paciente, solicitan su documentación, elaboran formatos, guardan comprobantes, obtienen firmas, verifican que los papeles estén conforme a lo establecido. Verifican vigencia de derechos del paciente y le orientan respecto a su situación. Si el paciente autoriza ser internado, le indican día, hora y lugar de internamiento y condiciones en que debe asistir. Envían al paciente a Trabajo Social.

Responsables	Actividades generales
Trabajadora Social o Trabajador Social Clínico	Recibe al paciente, verifica la necesidad de donadores en su solicitud, realiza actividades del "Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias" 2660-003-028. Informa al paciente sobre el reglamento del hospital y sus derechos como paciente, sobre el banco de sangre y los requisitos de los donadores, sobre los objetos personales que debe llevar cuando acuda al internamiento. Registra todas sus actividades.
Secretaria o Auxiliar Universal de Oficinas de la Jefatura de Cirugía, Coordinadora de Asistentes Médicas, Asistente Médica de Admisión Hospitalaria, Mensajero, Personal de ARIMAC	Reciben, anotan, entregan, verifican y envían Hoja de Programación Quirúrgica Diaria, Registro de Pacientes Hospitalizados, Vale de Expediente Clínico.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	Recibe al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable, y solicita su identificación, asigna número de cama, verifica expediente clínico, informa a familiares y les da "Pase de Visita." Informa a la Enfermera Jefe de Piso sobre ingreso del paciente y cama asignada.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General	Recibe documentación e identifica al paciente. Proporciona ropa hospitalaria y asiste al paciente para su cambio. Elabora la "Pulsera de Identificación" y la coloca al paciente. Realiza valoración de enfermería.
Enfermera Jefe de Piso o Encargado del Servicio	Recibe expediente clínico, identifica al paciente, lo conduce acompañado de su familiar o persona legalmente responsable hasta la cama correspondiente y asigna a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General que será responsable del paciente.
<i>Ingreso a través de Urgencias y Quirófano</i>	
Médico no Familiar	Decide internamiento del paciente, le explica detalladamente al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable, el motivo y solicita la firma para consentimiento. Informa de la necesidad y número de donadores de sangre, en su caso.

Responsables	Actividades generales
Asistente Médica de urgencias o quirófano	Recibe documentación, establece comunicación verbal con la Asistente Médica de Admisión hospitalaria para asignar cama para el paciente de acuerdo a la indicación médica y disponibilidad. Recibe al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable, y solicita su identificación, asigna número de cama, verifica expediente clínico, informa a familiares y les proporciona "Pase de Visita." Informa a la Enfermera Jefe de Piso sobre ingreso del paciente y cama asignada.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	Asigna cama, elabora los formatos necesarios, comunica a la Asistente Médica de Quirófano o Urgencias la asignación de cama, entrega formatos a Personal de ARIMAC.
<i>Atención Médica en el Servicio de Hospitalización</i>	
Enfermera Jefe de Piso o Encargado del Servicio	Registra ingreso del paciente, elabora y coloca "Tarjeta de Identificación" en la cama del paciente
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General	Recibe al paciente, presentándose por su nombre, le informa que será la enfermera responsable de su cuidado y realiza el lavado de sus manos. Aplica las medidas de seguridad para el paciente y realiza valoración. De ser necesario, identifica al paciente, proporciona ropa hospitalaria y en su caso asiste al paciente para su cambio; elabora la "Pulsera de Identificación" y la coloca al paciente.
<i>Atención urgente al paciente que ingresa a Hospitalización</i>	
Médico No Familiar o responsable del servicio	Es informado por la Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General sobre las condiciones de salud del paciente. Se traslada al lugar donde está éste y verifica sus condiciones de salud y evalúa la presencia de dolor. Realiza interrogatorio y exploración física necesaria y efectúa las acciones técnico-médicas necesarias para estabilizar sus condiciones y resolver la existencia de dolor. Elabora formatos y entrega indicaciones.

Responsables	Actividades generales
<i>Atención ordinaria al paciente que ingresa a Hospitalización</i>	
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General	Presenta al paciente con sus compañeros de sala y le proporciona información acerca de los cuidados básicos de enfermería y las medidas de seguridad. Toma y registra signos, somatometría e interroga sobre dolor. Determina el juicio clínico de enfermería, planea, ejecuta y evalúa las intervenciones de enfermería. Verifica y solicita objetos uso personal. Prepara al paciente física y psicológicamente para la exploración del médico, participa con él en los procedimientos específicos y generales y registra.
Jefe de Servicio	Recibe comunicación verbal del Personal de Enfermería del ingreso del paciente. Realiza la distribución de camas al personal médico operativo del servicio y les notifica oportunamente.
Médico No Familiar o Médico Tratante	Se presenta con el paciente y familiares por su nombre y cargo. Realiza lavado de manos. Realiza interrogatorio, evalúa presencia de dolor y exploración física al paciente, con la colaboración del personal de enfermería, en caso de que el paciente no se encuentre en condiciones para el interrogatorio, lo realiza al familiar o persona legalmente responsable. Establecer, ratificar o rectificar el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento médico, quirúrgico y/o de medicina física y rehabilitación. Realiza nota de evolución clínica y/o nota de revisión semanal del paciente. Explica con palabras claras y sencillas al paciente, familiar o responsable. Valora de acuerdo a la revisión del caso, si requiere el paciente interconsulta a otro servicio y solicita en su caso, los exámenes de laboratorio y gabinete para complementación diagnóstica.

Responsables	Actividades generales
<i>Egreso del paciente en el Servicio de Hospitalización</i>	
Médico No Familiar o Médico Tratante	Decide el egreso del paciente de hospitalización, a su domicilio, traslado intrahospitalario, o a otra unidad hospitalaria y lo anota. Informa al personal de salud, y al paciente y/o familiar acompañante de la pre alta. Realiza 24 horas antes del egreso del paciente, el resumen clínico, nota de pre alta y alta. Informa de manera clara y sencilla al paciente, familiar o persona acompañante responsable, sobre el estado de salud del paciente, de los medicamentos para su manejo médico, de sus cuidados, de las citas y/o del traslado, manejo de rehabilitación domiciliaria. Identifica a los pacientes que cumplen criterios para ser atendidos por el programa Atención Domiciliario del Enfermo Crónico (ADEC)
Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General	Informa al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable del plan de alta e incluye recomendaciones generales y específicas. Proporciona cuidados específicos al paciente para su egreso. Registra y elabora formatos.
Nutricionista Dietista o Especialista en Nutrición	Informa a turno siguiente datos relevantes
Asistente Médica de Hospitalización	Realiza trámites de Pre alta. En su caso, tramita ambulancia, recaba firma de familiar y verifica cumplimiento de indicaciones de egreso. Aclara dudas al paciente, familiar o persona legalmente responsable. Tramita citas médicas. Comunica al servicio de admisión hospitalaria los egresos y las camas disponibles por servicio. Regresa documentación al paciente, registra el egreso y cancela pase.

Responsables	Actividades generales
Coordinadora de Asistentes Médicas	Supervisa, asesora y valida la información que se generan la hospitalización en los formatos respectivos para entrega a las diferentes áreas. Supervisa la calidad de la atención que brindan las Asistentes Médicas, proporciona atención, información y orientación sobre las dudas y problemas manifestados por el paciente, familiar, o persona legalmente responsable.
Nota:	Son casos de excepción altas por defunción del paciente en hospitalización y de pacientes no derechohabientes del IMSS. Otros son las actividades de solicitud y otorgamiento de interconsulta médica para la atención del paciente hospitalizado; solicitud de exámenes de laboratorio e imagenología; traslado para interconsulta de especialidad o estudio a otra unidad médica; actividades del equipo de salud durante la atención médica del paciente en hospitalización; visita conjunta del equipo de salud al paciente hospitalizado; movimiento intrahospitalario del paciente; así como vinculación del equipo de salud, al término de su jornada de trabajo en el servicio de hospitalización.

Fuente: Elaboración con base en Dirección de Prestaciones Médicas.

SEGUIMIENTO A USUARIOS Y MONITOREO DE SERVICIOS

En el desarrollo de este proceso la Dirección de Prestaciones Médicas es la encargada de planear, dirigir y analizar la capacitación y el fomento de la cultura de la calidad relacionada con la prestación de los servicios médicos y de salud, así como emitir lineamientos para mejorar y rediseñar los procesos y sistemas operacionales relativos a la prestación de servicios médicos y normar aquellas acciones de calidad que se compruebe mejoren sus procesos, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mediante el sistema de información médica y de acuerdo a los lineamientos del Instituto y los del Sistema Nacional de Salud, la Dirección de Prestaciones Médicas analiza el comportamiento de los indicadores de gestión del Pp. a fin de verificar que los servicios

entregados a los derechohabientes a través de las Unidades Médicas y en las Delegaciones cumplan con los objetivos de mejorar la atención médica que otorga el programa.

SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Las Unidades Médicas, del IMSS que operan el Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" cuentan con mecanismos para recibir quejas o denuncias del servicio médico por parte de los derechohabientes, las cuales se canalizan al Órgano de Control Interno del IMSS, que valida las quejas y denuncias y aplica sanciones disciplinarias, vigila en las Delegaciones del Instituto la transparencia de su gestión, la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos y el buen desempeño de los servidores públicos y contribuye a que su funcionamiento se apegue a la misión y objetivos establecidos mediante la detección de áreas de oportunidad que permitan prevenir prácticas de negligencia ineficiencia o incapacidad de los servidores públicos, de conformidad con las atribuciones establecidas en el Reglamento Interior del IMSS. El Órgano de Control para realizar esta función cuenta con Área de Quejas de las que dependen la División de Quejas y la División de Atención Ciudadana.

Cuando un derechohabiente tiene una queja relacionada con la atención médica recibida por él o sus familiares en las Unidades de Atención Médica que requiera una investigación ó la reparación del daño debe presentarla por escrito, conteniendo sus datos personales , la clínica de adscripción y la Unidad Médica que le proporcionó el servicio.

Asimismo, las Unidades Médicas del Instituto cuentan con el mecanismo denominado "Sistema de Medición de Satisfacción de Usuarios", para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos en los tres niveles de atención, el cual se lleva a cabo mediante la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios que se realiza dos veces al año y cuenta con el acompañamiento de Transparencia Mexicana A. C. Sitio externo en el diseño metodológico, levantamiento, análisis y publicación de resultados.

En este estudio se realizó un análisis de los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios a fin de contar con la opinión de los derechohabientes respecto a la calidad, eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios médicos que presta el Instituto a través del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente."

6.3. MEDICIÓN DE ATRIBUTOS

En este apartado se realiza una valoración de atributos de los procesos del programa, principalmente en términos de eficacia, eficiencia y pertinencia, para lo cual se utilizaron los Indicadores de resultados contenidos en la MIR y la información primaria captada en las visitas a las Unidades Médicas de los tres niveles de atención, mediante entrevistas a los operadores del programa. El análisis se lleva a cabo para los procesos sustantivos relacionados con la entrega de servicios a los derechohabientes, mediante los procesos de consulta y hospitalización, los cuales están estrechamente vinculados al cumplimiento del Propósito y Fin del programa.

Para valorar la eficacia del proceso de consulta se utilizó el indicador Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar, en unidades de 5 y más consultorios, el cual tuvo la siguiente evolución:

Al nivel nacional se obtuvo un porcentaje de 64.45 en 2010, que se incrementó a 65.72 en 2012, es decir 1.27%, lo que quiere decir que aumentó el número de derechohabientes atendidos en la modalidad de cita previa respecto del total de pacientes atendidos. La media del porcentaje pasó del 63.78 al 65.21 en los mismos años mencionados, y la desviación estándar se redujo de 2.77 a 2.42 lo que indica que el comportamiento de las delegaciones se hizo más homogéneo en el lapso analizado lo cual puede ser atribuible a la instrumentación de estrategias más uniformes.

La delegación que avanzó más de 2010 a 2012 fue Morelos, con una tasa de variación de 9.62% en sus porcentajes y la que experimentó un mayor retroceso fue Quintana Roo, ya que sufrió una caída de 4.76% en el indicador. Sin embargo la delegación que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue Nuevo León con 72.98%, posición que mantuvo desde 2010 aunque en ese año alcanzó un porcentaje de 71.60%. Por su parte, la delegación con el valor más bajo en 2012 fue Morelos, con 60.73%, posición que mantuvo desde 2010 con un valor de 55.40%.

Como se observa, en los años evaluados se escalaron los resultados inicialmente obtenidos ya que se ampliaron los efectos positivos a más derechohabientes. También, se aprecia el resultado de estrategias que permitieron remontar el rezago en las delegaciones con desempeño más bajo y uniformar su desempeño respecto de las más avanzadas.

El sistema de cita previa, como parte del proceso de consulta familiar, es eficaz y pertinente

en términos de atender con oportunidad a los derechohabientes que es el propósito del programa, según lo establecido en la MIR. Sin embargo se debe considerar que en este proceso las actividades de detección de enfermedades, orientación y educación de los pacientes para el cuidado de su salud, son fundamentales para la promoción y prevención de la salud que constituyen el Fin del programa.

Dentro del proceso de consulta familiar en las unidades médicas del IMSS también el programa contempló la medición de la calidad de los servicios médicos a través del indicador Porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 min para recibir consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa, en unidades de 5 y más consultorios, el cual reportó el siguiente comportamiento:

Al nivel nacional se obtuvo un porcentaje de 94.95 en 2010, que se incrementó a 96.01 en 2012, es decir 1.06%, lo que significa que aumentó el número de derechohabientes que esperan menos de 30 min., para ser atendidos en la consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa respecto del total de derechohabientes que fueron programados y atendidos en dicha modalidad en la consulta en medicina familiar en unidades de 5 y más consultorios. La media del porcentaje pasó del 94.91 al 95.76 en los mismos años mencionados, y la desviación estándar aumentó de 2.07 a 2.16 lo que indica que el comportamiento de las delegaciones se hizo más heterogéneo en el lapso analizado, lo cual puede ser atribuible a la instrumentación de estrategias menos uniformes.

La delegación que avanzó más de 2010 a 2012 fue Campeche, con una tasa de variación de 3.28% en sus porcentajes y la que experimentó un mayor retroceso fue Baja California Sur, ya que sufrió una caída de 3.81% en el indicador. Sin embargo la delegación que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue Colima con 99.25%, posición que mantuvo desde 2010 aunque en ese año alcanzó un porcentaje de 98.73%. Por su parte, la delegación con el valor más bajo en 2012 fue Baja California Sur, con 90.05%, posición que en 2010 era ocupada por Veracruz Norte con un valor de 91.06%.

En este sentido se aprecia que en los años evaluados se escalaron los resultados inicialmente obtenidos ya que se ampliaron los efectos positivos en cuanto a los derechohabientes que tardan menos de 30 min., para recibir consulta en modalidad de cita previa. También, se aprecia el resultado de estrategias que permitieron remontar el rezago en las delegaciones con desempeño más bajo y uniformar su desempeño respecto de las más avanzadas.

Según la evolución del Indicador, el proceso de consulta familiar mejoró en el aspecto de la calidad de los servicios médicos en las Unidades de Medicina Familiar, en términos de oportunidad. No obstante, al igual que en el caso del sistema de cita previa, no se contemplan las actividades sustantivas en cuanto a la salud de los derechohabientes, como son las actividades de detección de enfermedades y la educación de la población para la prevención.

Como parte del proceso de hospitalización, en el servicio de urgencias en las unidades médicas de segundo nivel se observó sobrecarga de pacientes derechohabientes y no derechohabientes, ya que también se atienden pacientes de traumatología por accidente, lo que impacta en la suficiencia del servicio de urgencias y para lo cual se incorporó como parte en el programa el indicador de Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel, el cual registró el resultado siguiente:

Al nivel nacional se obtuvo un porcentaje de 33.94 en 2010, disminuyó a 30.79 en 2012, es decir 3.15%, lo que significa que decreció el número de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias de segundo nivel, con estancia de más de 8 horas respecto del total de pacientes egresados de los servicios de urgencias, en unidades de segundo nivel. La media del porcentaje disminuyó de 34.84 al 32.91 en los mismos años mencionados, y la desviación estándar aumentó de 8.35 a 8.91 lo que indica que el comportamiento de las delegaciones se hizo más heterogéneo en el lapso analizado, lo cual puede ser atribuible a la instrumentación de estrategias menos uniformes.

La delegación que avanzó más de 2010 a 2012 fue Querétaro, con una tasa de variación de 86.14% en sus porcentajes y la que experimentó un mayor retroceso fue Puebla, ya que sufrió una caída de 31.29% en el indicador. Sin embargo la delegación que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue Querétaro con 59.08%, posición que ocupó Aguascalientes en 2010 con un porcentaje de 58.43%. Por su parte, la delegación con el valor más bajo en 2012 fue Colima, con 17.28%, posición que en 2010 era ocupada por Guanajuato con un valor de 21.71%.

Se advierte que durante los años evaluados se mejoró la capacidad resolutoria en las áreas de urgencias, ya que se redujo la cantidad de pacientes sometidos a largas estancias en las mismas y ello contribuyó a elevar la eficacia del proceso de hospitalización, mejorando la oportunidad en la atención médica que se otorga a los pacientes, sin embargo en este aspecto del proceso algunas delegaciones avanzaron más que otras.

Relacionado con la actividad anterior, también en el área de urgencias, se utilizó el Índice de consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel para medir la eficacia del proceso de hospitalización, en lo que se refiere a cubrir la demanda del servicio en dicha área médica. El indicador presentó la siguiente evolución:

Al nivel nacional se obtuvo 247.58 en 2010, que se redujo a 242.05 en 2012, es decir 5.53%, lo que quiere decir que disminuyó el total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel respecto del total de derechohabientes adscritos a medicina familiar. La media del porcentaje pasó del 283.25 al 281.98 en los mismos años mencionados, y la desviación estándar se redujo de 110.96 a 109.63 lo que indica que el comportamiento de las delegaciones se hizo más homogéneo en el lapso analizado lo cual puede ser atribuible a la instrumentación de estrategias más uniformes.

La delegación que avanzó más de 2010 a 2012 fue Zacatecas, con una tasa de variación de 32.24% en sus porcentajes y la que experimentó un mayor retroceso fue Hidalgo, ya que sufrió una caída de 12.15% en el indicador. Sin embargo la delegación que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue Colima con 605.05%, posición que mantuvo desde 2010 aunque en ese año alcanzó un porcentaje de 619.77%. Por su parte, la delegación con el valor más bajo en 2012 fue México Poniente, con 105.71%, posición que ocupaba desde 2010 con un valor de 115.37%.

Como se observa, en los años evaluados decrecieron en 5.53% las consultas de urgencias otorgadas, este resultado muestra que el proceso de hospitalización cubrió una menor demanda en el servicio de urgencias, asimismo se observó que este comportamiento fue muy variante de delegación a delegación.

En el proceso de hospitalización se observó que se han desarrollado estrategias que ayudan a abatir los egresos hospitalarios por defunción en el segundo nivel, como el "triage" para establecer prioridades de atención en el servicio de urgencias, la programación colegiada de cirugías, mejora la oportunidad quirúrgica, mejora de auxiliares de diagnóstico, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica y la eficacia en términos de los objetivos del programa, la cual se mide a través del indicador de Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel, cuyo comportamiento fue el siguiente:

Al nivel nacional se obtuvo en 2010 un porcentaje de 3.94 (egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel respecto de total de egresos hospitalarios en ese nivel de atención), que se incrementó a 4.04 en 2012, es decir 2.54%. La media del

porcentaje pasó del 3.70 al 4.08 en los mismos años mencionados, y la desviación estándar aumentó de 0.99 a 1.11, lo que indica que el comportamiento de las delegaciones se hizo más heterogéneo en el lapso analizado. La delegación que sufrió un mayor aumento de 2010 a 2012 fue Tabasco, con una tasa de variación de 34.66% en sus porcentajes y la que experimentó una mayor reducción del indicador fue Nayarit, ya que tuvo una reducción de 30.22%. A su vez, la delegación que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue D.F. Norte con 6.65%, posición que en 2010 tuvo Nuevo León con un porcentaje de 7.36. Por su parte, la delegación con el valor más bajo en 2012 fue Oaxaca, con 2.24%, posición que mantuvo desde 2010 con un valor de 2.24%.

Como se puede ver, en los años evaluados aumentó el indicador y su grado de dispersión territorial ya que el rango de variación del indicador fue desde 30.22% de reducción hasta 34.66% de incremento. Lo anterior indica que el proceso de hospitalización redujo su eficacia, a pesar de las estrategias instrumentadas para mejorarlo, ya que también se observó que existen obsolescencias y falta de equipos, personal, infraestructura, insumos, a lo cual hay que sumar las características demográficas y epidemiológicas de la población que se atiende en este nivel.

En el funcionamiento de las unidades médicas de primero y segundo nivel se observó la importancia que representa para la atención contar con un suficiente abastecimiento de medicamentos, ya que la curación de los pacientes depende de la detección del padecimiento y prescripción del tratamiento cuyos resultados no se pueden alcanzar sin dotar al paciente de los fármacos que necesita. La eficacia de esta parte del proceso para generar el servicio médico se mide con el indicador Porcentaje de surtimiento de medicamentos, el cual se presenta por delegaciones para el caso agregado del primero y segundo nivel de atención médica y muestra el siguiente patrón de comportamiento:

A nivel nacional se obtuvo un porcentaje de 96.93 en 2010, que disminuyó a 95.67 en 2011 y se recuperó a 96.66 en 2012, aunque sin alcanzar el nivel inicial de 2010, lo que quiere decir que el surtimiento de recetas disminuyó ligeramente durante el periodo. La media del porcentaje pasó de 96.9 en 2010, a 95.7 en 2011 y 96.9% en 2012, con lo que el surtimiento no tuvo mayor variación durante el periodo. La desviación estándar se incrementó de 1.32 en 2010 a 1.77 en 2012, lo que indica mayor disparidad en el surtimiento de recetas entre las delegaciones.

La delegación que logró menor porcentaje en surtimiento de medicamentos en 2010 fue Sonora con 93.95%, aunque esta también fue la delegación que más avanzó de 2010 a

2012 con una tasa de variación entre sus porcentajes de 3.80%, logrando subir a 97.52 en 2012. La delegación que logró menor porcentaje en 2012 fue Jalisco con 92.76%, fue precisamente esta delegación la que tuvo el mayor retroceso en el periodo con una variación negativa de 3.62 entre sus porcentajes. La delegación que mayor surtimiento logró en todo el periodo fue D.F Norte con indicadores superiores a 99.0%, seguida de México Poniente con indicadores de 99.01, 98.76, 99.29 en los tres años de estudio respectivamente.

De lo anterior se advierte que el porcentaje de surtimiento de medicamentos oscila relativamente poco en el periodo y los valores entre las delegaciones no están muy alejados entre sí, lo que habla de estrategias que permiten homogenizar el nivel del indicador a lo largo del país. También hay que decir que los valores mínimos en todos los años se encuentran por encima del 90% en surtimiento de recetas y el retroceso que se muestra a nivel nacional es apenas perceptible. En este sentido se puede afirmar que el surtimiento de medicamentos, en el primer y segundo nivel de atención, si tuvo una aportación importante para lograr los objetivos del programa de atención curativa en los procesos de consulta y hospitalización.

Con relación al proceso de hospitalización en la actividad de urgencias en las unidades médicas de tercer nivel, se estableció el indicador Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 8 horas) en el área de observación de los servicios de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad, para medir el grado de eficacia con relación al logro de los objetivos del programa. La evolución de dicho indicador se realizó en los siguientes términos:

En primer lugar el indicador se reporta para 21 de las 27 Unidades Médicas de Alta Especialidad, por lo que se calculó la media de esas 21 UMAE, ésta fue de 23.25% en 2010, 24.33% en 2011 y 27.50% en 2012, lo que muestra un avance de aproximadamente 4 puntos porcentuales en este indicador. La desviación estándar entre estas 21 UMAE osciló entre 17.28 en 2010 y 17.44 en 2012. No obstante, se debe advertir que cada UMAE cuenta con parámetros de funcionamiento diferenciados, en función de las especialidades que atienden y de que las complicaciones de los pacientes según el padecimiento son sustancialmente distintas.

La UMAE que mayor avance logró en el periodo fue HO SXXI DF, pues redujo sus valores en un 76.33%, su indicador pasó de 51.55% en 2010 a 12.20% en 2012. La UMAE que tuvo mayor retroceso en el periodo fue HC SXXI DF con una variación entre sus porcentajes de 107.12%

entre 2010 y 2012, aunque sus valores son de los más bajos (2.35 y 9.30 respectivamente). Las UMAE que obtuvieron menor porcentaje de pacientes con estancia prolongada durante todo el periodo fueron HE MTY y HC MTY con 1.70 y 2.00% respectivamente en 2012, cabe mencionar que estas dos UMAE además lograron tasas de variación reductivas en sus indicadores durante el periodo. La UMAE que tuvo mayor porcentaje de pacientes en 2010 fue HTO LV EDO MEX con 52.84%, mientras que en 2012 fue 07 HE LEON con 72.80.

Se pudo observar en esta actividad del proceso de hospitalización, que no en todos los casos se lograron resultados para mejorar la eficacia, ya que hubo UMAES con importantes aumentos en el indicador.

En el proceso operativo de hospitalización de las unidades médicas de tercer nivel se cuenta con capacidad resolutive, tecnología avanzada y especialidades médicas de alto nivel, los cuales son recursos que permiten una atención médica eficiente en términos de lograr el objetivo de la atención oportuna a los derechohabientes que en el caso de las cirugías se mide en el programa a través de la Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas no concertadas realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud. La evolución de este indicador se muestra a continuación:

La media del indicador para el conjunto de UMAE se calcula con base en los datos de las 25 UMAE para las que se cuenta con registros en los años evaluados. La media fue de 92.20% en 2010, 93.25 en 2011 y 92.69 en 2012, lo que quiere decir que el total de las intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas realizadas en la UMAE dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante se incrementaron de 2010 a 2012 respecto al total de los pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE, lo que muestra que en esos años aumentó la oportunidad quirúrgica. A su vez, la desviación estándar disminuyó de 7.11 en 2010 a 5.57 en 2012 mostrando que el comportamiento de las delegaciones se hizo más homogéneo en el lapso analizado lo cual puede ser atribuible a la instrumentación de estrategias más uniformes. La UMAE que registró la mayor variación positiva entre sus porcentajes de 2010 a 2012 fue HTO LV EDO MEX con 29.53%, pasó de 74.19 a 96.10 respectivamente. La UMAE que tuvo la variación más negativa fue HGO MTY con -10.92%, con lo que sus valores pasaron de 94.52 en 2010 a 84.20 en 2012. Dos UMAES reportan la máxima oportunidad quirúrgica en 2010 y 2012, es decir 100.00%, estos son HP SXXI DF y HC SXXI DF, en 2012 se les une además HGO SXXI DF. Por su parte, la UMAE con la menor oportunidad quirúrgica en 2010 fue HE SXXI DF con 72.16% y en 2012 fue HE OCC GDL con 82.70%, lo que muestra un incremento de casi

10 puntos porcentuales en el valor mínimo de la oportunidad quirúrgica de 2010 a 2012.

Como se observa, en los años evaluados se escalaron marginalmente los resultados inicialmente obtenidos ya que se amplió la oportunidad quirúrgica en pacientes de UMAE, respecto de lo cual se tiene en cuenta los valores relativamente elevados que ya habían sido alcanzados. También, se aprecia el resultado de estrategias que permitieron remontar el rezago en las delegaciones con desempeño más bajo y uniformar su desempeño respecto de las más avanzadas. Lo anterior refleja que el proceso de hospitalización ha sido eficiente en cuanto a la atención más oportuna en el segmento de cirugía.

En el proceso de hospitalización se observó que se han desarrollado estrategias que ayudan a abatir los egresos hospitalarios por defunción en las unidades médicas de alta especialidad, como es la reducción de infecciones nosocomiales con la clínica de catéter, la mejora de los procedimientos de trasplante de médula ósea y renal por citar ejemplos, mejora en terapias de infusión, acciones de atención geriátrica, experiencia en procedimientos de hemodinamia y de aplicación de marcapasos definitivos, mayor coordinación con el segundo nivel e interna con el área de admisión continua, detección oportuna de padecimientos en forma conjunta con el segundo nivel a través de la aplicación de auxiliares de diagnóstico como medicina nuclear y radio fármacos, todo lo cual se ve reflejado en la medición de la Tasa de mortalidad hospitalaria en Unidades Médicas de Alta Especialidad.

La media del porcentaje (egresos hospitalarios por defunción en unidades de tercer nivel respecto de total de egresos hospitalarios en ese nivel de atención) pasó del 3.84 al 3.67 de 2010 a 2012, y la desviación estándar se redujo de 2.35 a 1.97, lo que indica que el comportamiento de las UMAES se hizo más homogéneo en el lapso analizado. La UMAE que sufrió un mayor aumento de 2010 a 2012 fue HP OCC GDL, con una tasa de variación de 33.91% en sus porcentajes y la que experimentó una mayor reducción del indicador fue HE SXXI DF, ya que tuvo una reducción de 41.37%. A su vez, la UMAE que en 2012 registró el mayor nivel en el indicador fue HE OCC GDL con 6.90%, posición que en 2010 tuvo HI LR DF con un porcentaje de 8.33. Por su parte, la UMAE con el valor más bajo en 2012 fue HGO SXXI DF, con 0.24%, posición que en 2010 estuvo ocupada por HO MLS DF con un valor de 0.11%.

Como se observa, en los años evaluados el proceso de hospitalización en las unidades de tercer nivel fue eficiente, ya que disminuyó la tasa de mortalidad y su grado de dispersión territorial.

Cabe mencionar que hubo dos UMAE que en 2012 no presentaron registros de información pero en 2010 si lo hicieron, éstas son HO MLS DF y HI LR DF.

De forma similar a las unidades de primero y segundo nivel, en el funcionamiento de las unidades médicas de alta especialidad se observó la importancia que representa para la atención contar con un suficiente abastecimiento de medicamentos, ya que la curación de los pacientes depende de la detección del padecimiento y prescripción del tratamiento cuyos resultados no se pueden alcanzar sin dotar al paciente de los fármacos que necesita. La eficacia de esta parte del proceso se mide con el indicador Porcentaje de surtimiento de medicamentos, el cual se presenta por UMAE para el caso agregado del primero y segundo nivel de atención médica y muestra el siguiente patrón de comportamiento:

La media para el conjunto de UMAES analizadas para este indicador tuvo un porcentaje de 97.82 en 2010, que aumentó a 99.67 en 2012, lo que quiere decir que el surtimiento de recetas cubrió prácticamente la totalidad de los requerimientos de un año a otro. La desviación estándar se redujo de 0.02 en 2010 a 0.01 en 2012, lo que indica menor disparidad en el surtimiento de recetas entre las UMAES.

La UMAE que logró menor porcentaje en surtimiento de medicamentos en 2010 fue Especialidades No. 14 Veracruz con 93.22%, aunque esta también fue la unidad que más avanzó de 2010 a 2012 con una tasa de variación entre sus porcentajes de 7.0%, logrando subir a 99.83 en 2012. La UMAE que logró menor porcentaje en 2012 fue Especialidades CMN Mérida con 97.62%. La UMAE que mayor surtimiento logró en todo el periodo fue Traumatología y Ortopedia Puebla, ya que logró el surtimiento del total de los requerimientos en 2012.

Este comportamiento refleja que el porcentaje de surtimiento de medicamentos oscila relativamente poco en el periodo y los valores entre las UMAES no están muy alejados entre sí, lo que habla de estrategias que permiten homogenizar el nivel del indicador a lo largo de este nivel de atención. También hay que decir que los valores mínimos en todos los años se encuentran por encima del 93% en surtimiento de recetas y de ahí se fue elevando dicho piso a 94% en 2011 y 97% en 2012. En este sentido el surtimiento de medicamentos como parte del proceso de consulta y hospitalización, en las unidades de alta especialidad en los años analizados fue eficiente para lograr los objetivos del Pp E002.

6.4. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL PP E002 DE ACUERDO A LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SATISFACCIÓN DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL IMSS, 2010-2012.

En esta sección se validan algunos de los procesos operativos del Pp E002, de acuerdo a las Encuestas Nacionales de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios del IMSS, 2010-2012. Cabe señalar que aunque las Encuestas son a nivel institucional, se utilizan ante la falta de una Encuesta diseñada en específico al Pp E002. Con la validación se complementa la medición de atributos, ya que sirve para corroborar que en la práctica, y a juicio de los pacientes atendidos los procesos de hospitalización y consulta y otros del modelo general de procesos se hayan llevado a cabo en las condiciones previstas con los atributos de eficiencia, eficacia y calidad.

Asimismo, la validación quedó sujeta a la estructura e información de dichas Encuestas, por lo que no fue posible validar todos los procesos operativos de acuerdo a la opinión de los derechohabientes. La validación de dichos procesos se realiza por nivel de atención médica con el fin de obtener conclusiones más precisas.

La validación de los procesos con base en los resultados de las Encuestas de Satisfacción, se realiza conforme al criterio del 80% de su cumplimiento, es decir, si como mínimo el 80% de los derechohabientes señaló el cumplimiento del proceso, éste se valida.

6.4.1. PROCESOS OPERATIVOS

Los procesos operativos que se contrastan son los siguientes:

Difusión del programa presupuestario

“Este proceso consiste en la sistematización e institucionalización de información sobre las principales características del Pp, sus servicios y los requerimientos para recibirlos, dirigido hacia un público determinado de usuarios.”

Respecto al Proceso general de consulta se validan las siguientes actividades:

Limpieza del consultorio previa a la consulta médica

“La asistente médica prepara el consultorio, recibe y verifica que el material, equipos e instrumental se encuentre completo y limpio; revisa, ordena y suministra la papelería.”

Obtención de medidas (peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica

“La asistente médica recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable que se presenta en forma espontánea o con cita y solicita sus documentos, (...) obtiene sus medidas, e indica que espere a que le llamen para recibir atención médica de primera vez”

Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente

“El médico familiar recibe de la Asistente Médica la documentación necesaria, recibe al paciente y solicita su identificación; revisa y se encarga que el paciente cuente con Historia clínica completa.”

Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física)

“El médico familiar evalúa las medidas que tomó la Asistente Médica; realiza exploración física al paciente ante la presencia de la Asistente Médica o de personal de Enfermería o en su caso de un familiar o representante legal.”

Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad)

“En caso de requerir otro servicio, el médico familiar, orienta al asegurado, familiar o responsable sobre las siguientes acciones y entrega comprobantes de solicitudes.”

“En enfermedad general que no requiere de incapacidad temporal para el trabajo, el Médico Familiar orienta al asegurado, familiar o persona legalmente responsable, para que acuda a la próxima cita con los resultados de los estudios de laboratorio, o gabinete solicitados y continúe trabajando.”

“En receta electrónica, el Médico Familiar o Estomatólogo “Indica al paciente, familiar o persona legalmente responsable, con claridad: • Nombre del medicamento, • Forma de uso, • Cantidad a tomar, • Intervalo de uso, • Tiempo durante el cual lo deberá usar, • Reacciones adversas, entrega original y copia y orienta para que acuda a la farmacia para surtir los medicamentos en la farmacia de la unidad de Medicina Familiar la ‘Receta electrónica’.”

Respecto a las actividades del Laboratorio clínico se valida la siguiente actividad:

Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología

“El auxiliar de Laboratorio, Químico Laboratorista, Jefe de Laboratorio determinan si la dotación de material e insumos es suficiente, de no serlo hacen las solicitudes y reciben el material.”

Respecto a las actividades del Proceso general de Hospitalización (Segundo y Tercer nivel de atención) se valida la siguiente actividad:

Explicación del médico no familiar o médico no tratante al derechohabiente que fue ingresado a hospitalización, acerca de la evolución de su estado de salud

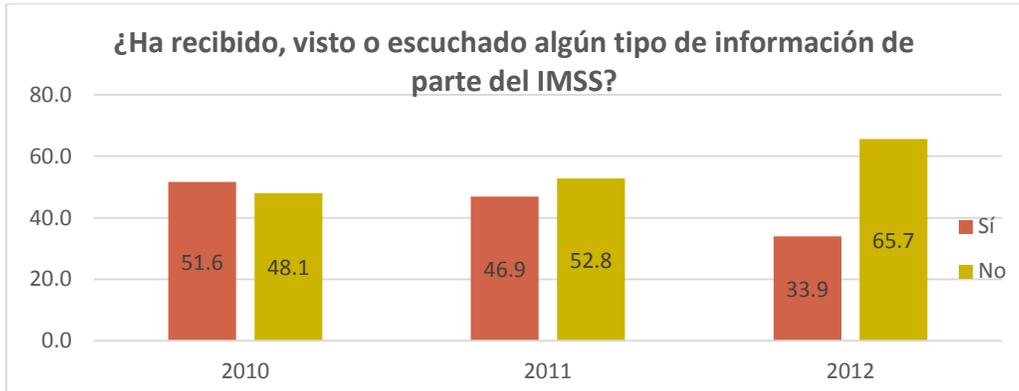
“El médico no familiar o médico no tratante, se presenta con el paciente y familiares por su nombre y cargo. Realiza lavado de manos. Realiza interrogatorio, evalúa presencia de dolor y exploración física al paciente, con la colaboración del personal de enfermería, en caso de que el paciente no se encuentre en condiciones para el interrogatorio, lo realiza al familiar o persona legalmente responsable. Establecer, ratificar o rectificar el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento médico, quirúrgico y/o de medicina física y rehabilitación. Realiza nota de evolución clínica y/o nota de revisión semanal del paciente. Explica con palabras claras y sencillas al paciente, familiar o responsable. Valora de acuerdo a la revisión del caso, si requiere el paciente interconsulta a otro servicio y solicita en su caso, los exámenes de laboratorio y gabinete para complementación diagnóstica.”
(Atención ordinaria al paciente que ingresa a Hospitalización)

6.4.2. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Difusión del programa presupuestario

El porcentaje de derechohabientes que vio o escuchó algún tipo de información por parte del IMSS, fue disminuyendo en los tres años de estudio, hasta llegar a 34% en 2012, después de que en 2010 fuera superior al 50%.

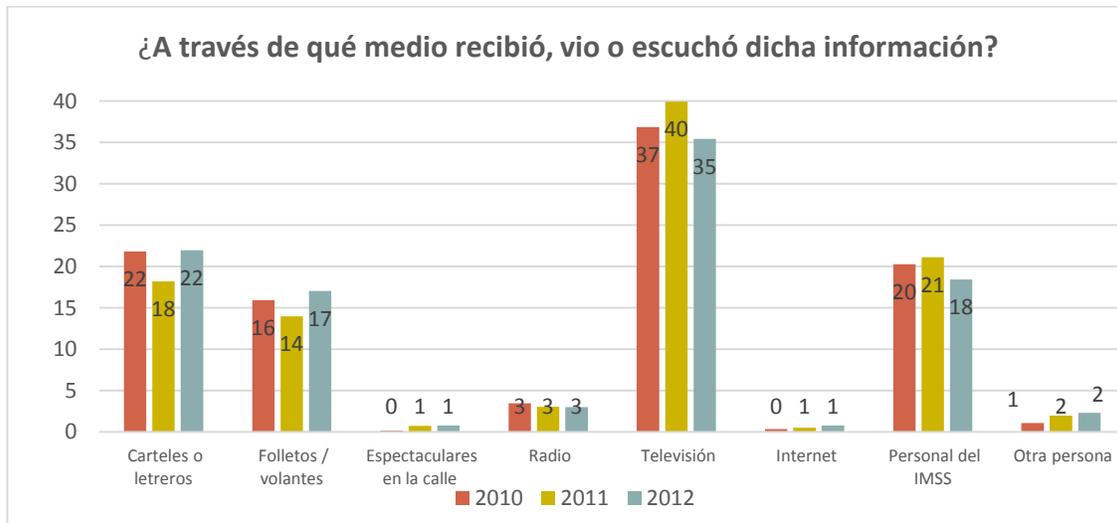
GRÁFICA 6.1 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- PRIMER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El medio por el que el mayor número de derechohabientes tuvieron acceso a la información de los servicios del IMSS, fue a través de la televisión, seguido de carteles o letreros y por medio del Personal del IMSS.

GRÁFICA 6.2 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- PRIMER NIVEL

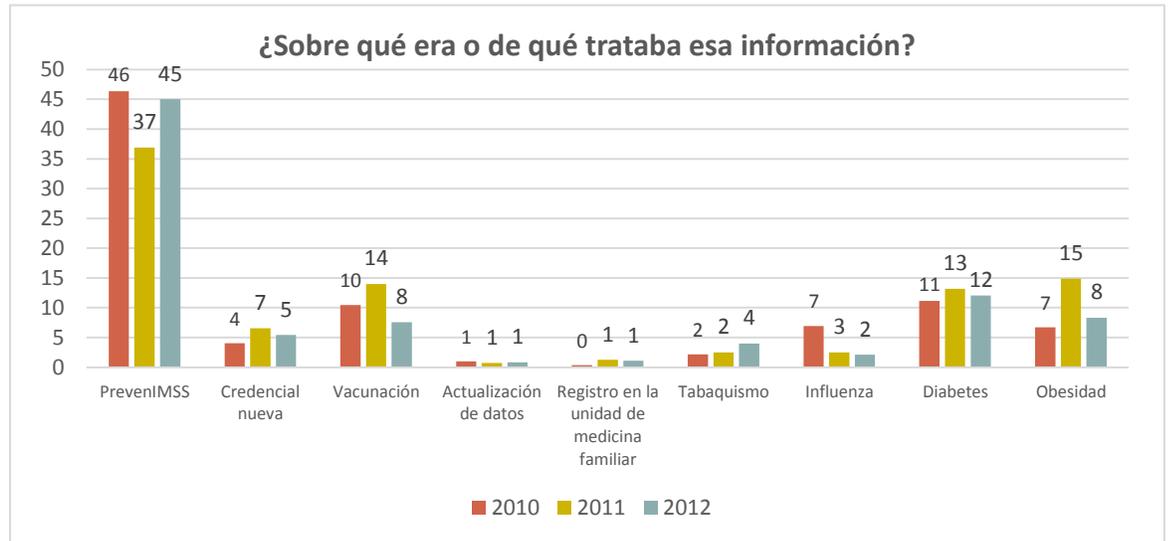


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La información que recibió un mayor porcentaje de derechohabientes fue respecto al programa PrevenIMSS, el menor porcentaje fue en el 2011, para dicho año un mayor porcentaje de los derechohabientes, en comparación con 2010 y 2012 contestó que había

recibido información sobre Obesidad, Diabetes y Vacunación.

GRÁFICA 6.3 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- PRIMER NIVEL



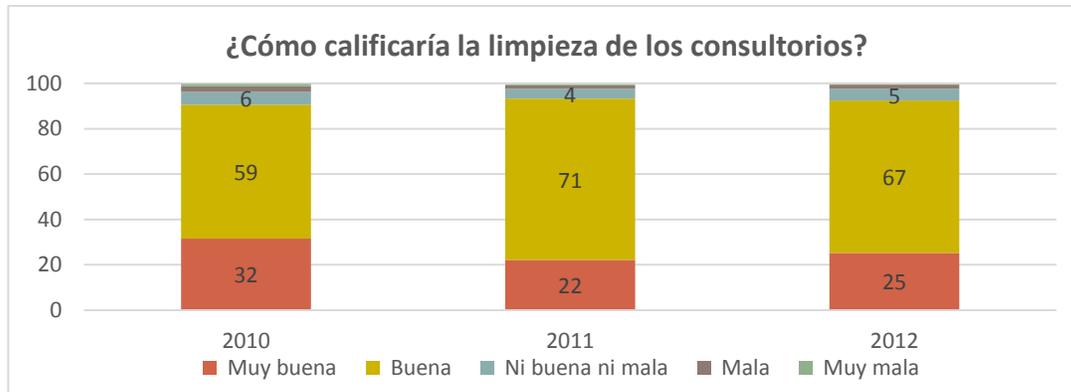
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El proceso Difusión del Pp, no se valida dado que es menor al 80% el porcentaje de derechohabientes que recibieron información por parte del IMSS. No obstante se señala que 2010, fue el año en que un mayor porcentaje de derechohabientes escucharon o vieron alguna información de los servicios del IMSS. La información recibida se asocia con el Pp E002, en especial respecto a la campaña PrevenIMSS, que se asocia a los objetivos del Pp.

Limpeza del consultorio previa a la consulta médica

Respecto a la validación de los procesos referentes a las condiciones de limpieza de las unidades médicas del primer nivel de atención médica del IMSS, de acuerdo a los resultados de las Encuestas de Satisfacción, se evalúa la limpieza de los consultorios.

GRÁFICA 6.4 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- PRIMER NIVEL



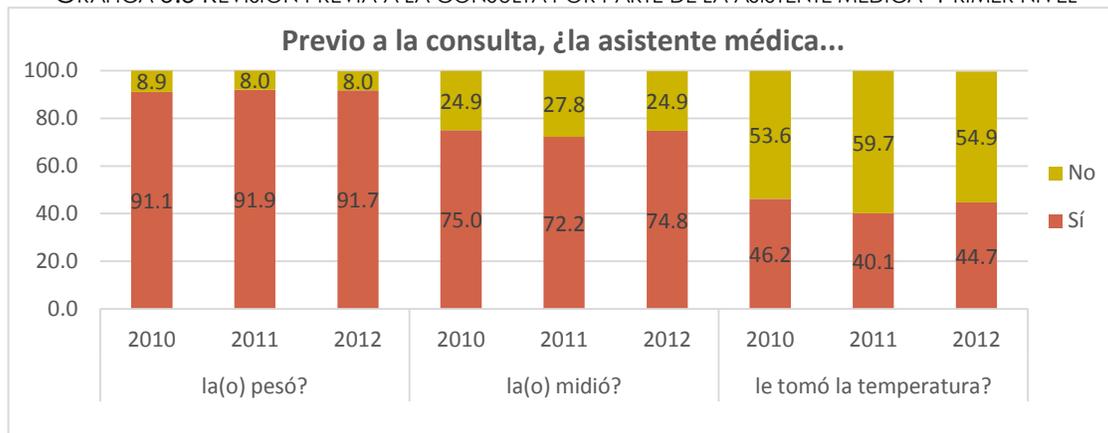
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los derechohabientes calificaron la limpieza de los consultorios de las unidades del primer nivel de atención médica como Buena o Muy buena, por lo que se valida el proceso.

Obtención de medidas (peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica

De acuerdo a la gráfica 6.5, durante los tres años de estudio, en promedio al 19.6% de los derechohabientes se les pesó antes de la consulta médica, mientras que al 74% se les midió. De la misma forma al 43.7% se les tomó la temperatura, siendo la acción con el menor porcentaje de cumplimiento.

GRÁFICA 6.5 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- PRIMER NIVEL



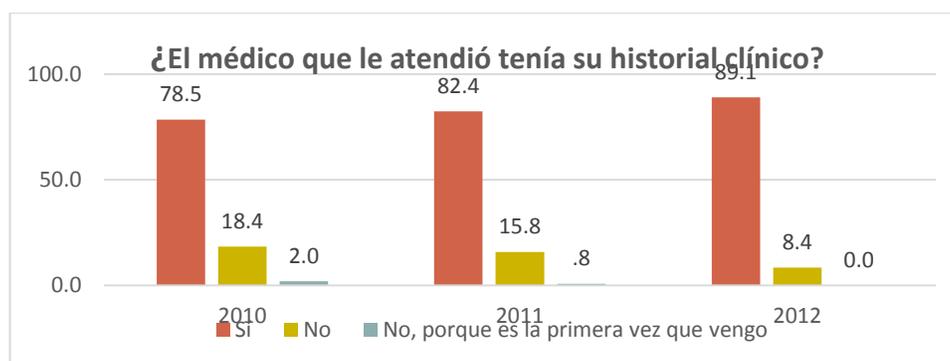
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Por tanto, el proceso operativo de revisión por parte de la asistente médica previa a la consulta médica, se valida solamente para la toma del peso de los derechohabientes.

Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente

Durante los tres años del estudio, fue aumentando gradualmente el número de pacientes, de los cuales el médico familiar tenía su historial clínico. En 2012, no se incluye la opción de respuesta "No, porque es la primera vez que vengo", por lo que presenta una frecuencia nula. El proceso se valida, a excepción del año 2010.

GRÁFICA 6.6 HISTORIAL CLÍNICO- PRIMER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física)

En promedio al 16.4 % de los derechohabientes atendidos en las unidades de primer nivel no se le tomó la presión arterial y al 11.2% no se le preguntó sobre su salud. Al ser porcentajes menores al 20%, el proceso de revisión médica se valida.

GRÁFICA 6.7 REVISIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Asimismo el porcentaje de derechohabientes a quienes no se les hizo una exploración física en la consulta presenta un rango de 29% a 31.5%, es decir en promedio a 3 de cada 10 pacientes que pasaron a consulta entre 2010 y 2012, no fueron explorados por el médico familiar, por lo que el proceso respectivo a la exploración física no se valida. No obstante, cabe resaltar que en el año 2010, la calidad de la exploración médica fue mayor, respecto a los años posteriores, de acuerdo a la opinión de los derechohabientes.

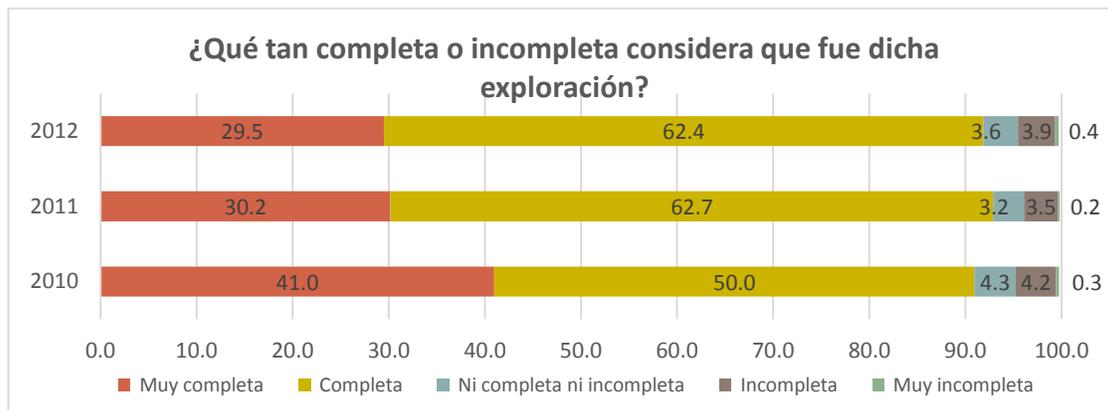
GRÁFICA 6.8 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La calidad de la exploración médica muestra mejores resultados para el año 2010, no habiendo gran variación entre 2011 y 2012.

GRÁFICA 6.9 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- PRIMER NIVEL

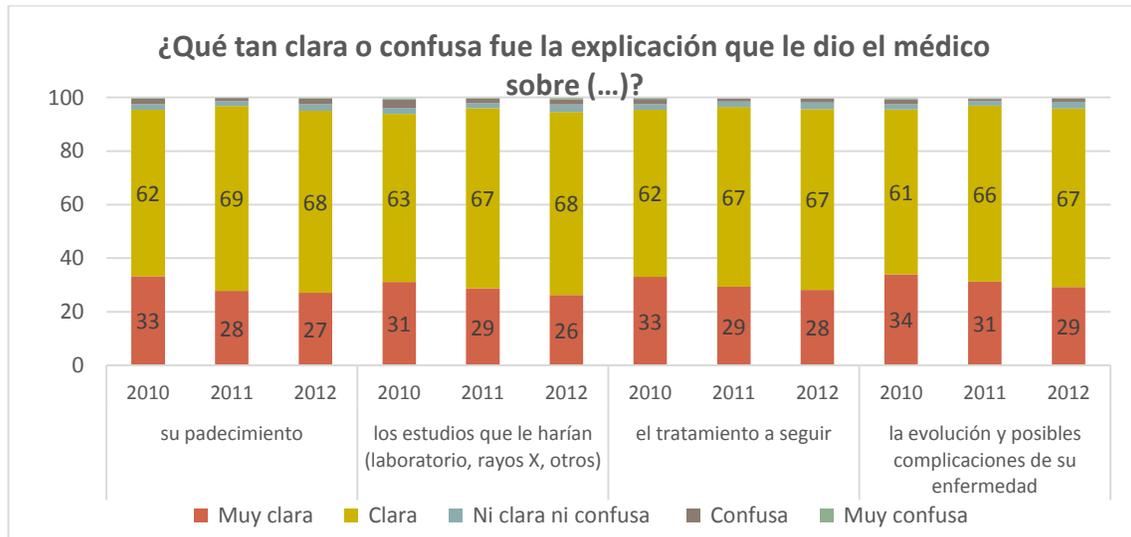


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad)

Respecto a la orientación del médico familiar al derechohabiente, de acuerdo a los procesos operativos del primer nivel de atención, se evalúan los señalados en la gráfica 6.10.

GRÁFICA 6.10 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- PRIMER NIVEL



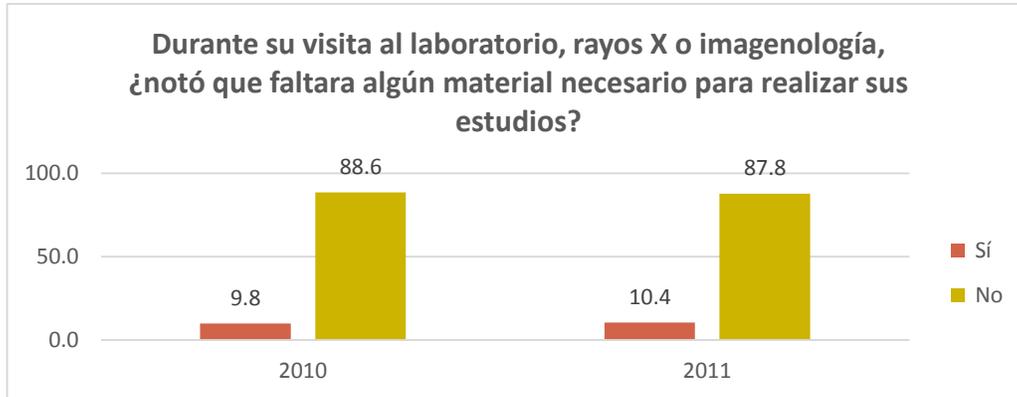
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El porcentaje de derechohabientes que consideraron Muy clara la explicación del médico respecto a las cuestiones que muestra la gráfica 6.10 disminuyó gradualmente de 2010 a 2012. En promedio el 66% de los pacientes consideraron las explicaciones de los médicos como Claras, mientras que quienes las consideraron Confusas o Muy confusas representan en promedio el 2%.

Por ende al ser mayor al 80%, el porcentaje de derechohabientes que consideraron Muy clara o clara las explicaciones del médico, se validan los procesos respectivos.

Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología

GRÁFICA 6.11 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLOGÍA- PRIMER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

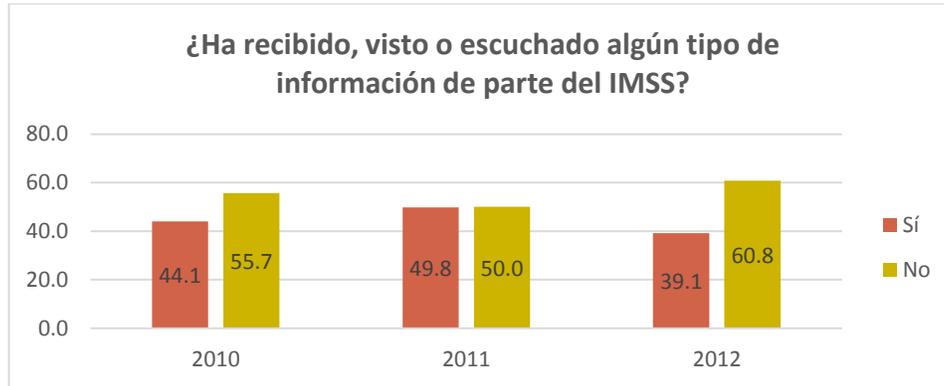
El proceso de suficiencia de insumos se valida, ya que en promedio el 10% de los derechohabientes consideró que faltaba algún material cuando visitaron los laboratorios, rayos X o imagenología. Dado que dicha pregunta no fue incluida en las Encuestas de Satisfacción de 2012, no puede el proceso validarse para ese año.

6.4.3. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Difusión del programa presupuestario

El proceso Difusión del Pp, no se valida dado que el porcentaje de derechohabientes que recibieron o vieron algún tipo de información del IMSS, es menor al 50%. Fue en 2011, en el que hubo un mayor porcentaje de derechohabientes que recibieron o escucharon algún tipo de información del IMSS, mientras que el año en el que recibieron menor información fue 2012.

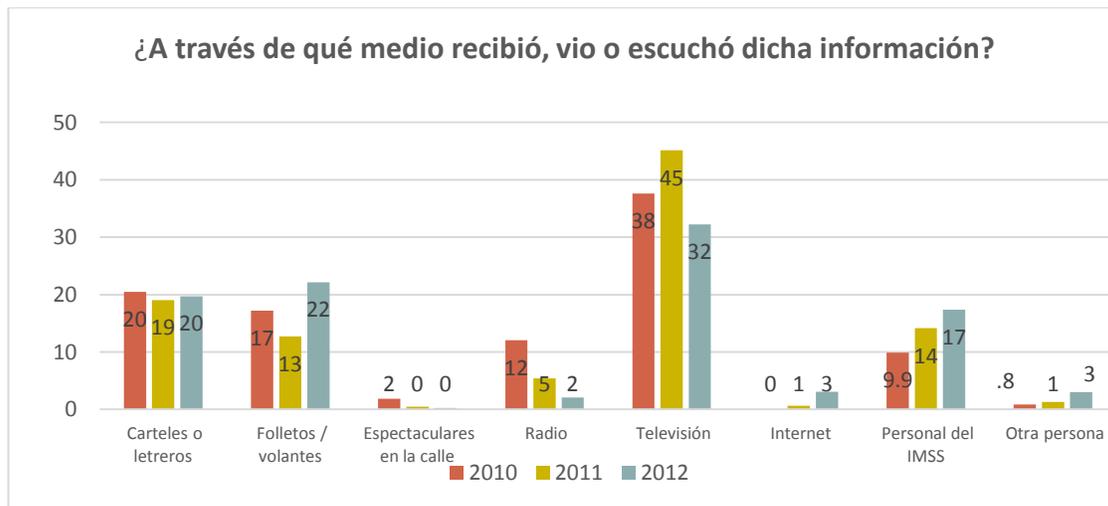
GRÁFICA 6.12 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Al igual que en el primer nivel de atención, el medio por el que más recibieron información los derechohabientes fue por medio de la Televisión, aunque en 2012 aumentó el porcentaje de derechohabientes que vieron información en Folletos o volantes y por medio del Personal del IMSS, mientras que disminuyó quienes recibieron la información a través de la Radio.

GRÁFICA 6.13 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL

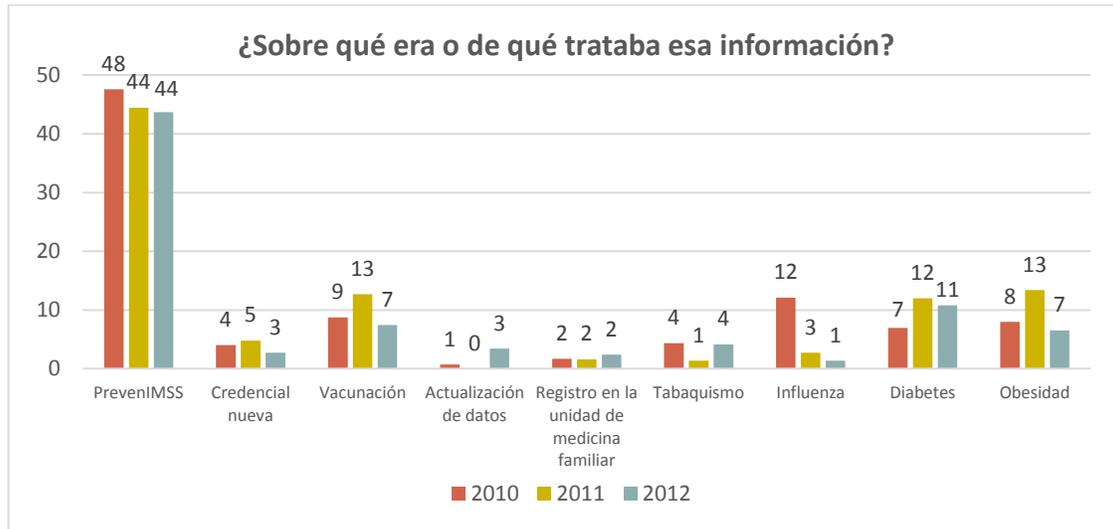


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El programa PrevenIMSS, tuvo una gran difusión entre 2010 y 2012, de acuerdo a la

respuesta de los derechohabientes, siendo la información que recibieron con mayor frecuencia. Al igual que en el primer nivel de atención, 2010 fue el año en el que un mayor porcentaje de pacientes recibieron información sobre la Influenza.

GRÁFICA 6.14 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- SEGUNDO NIVEL

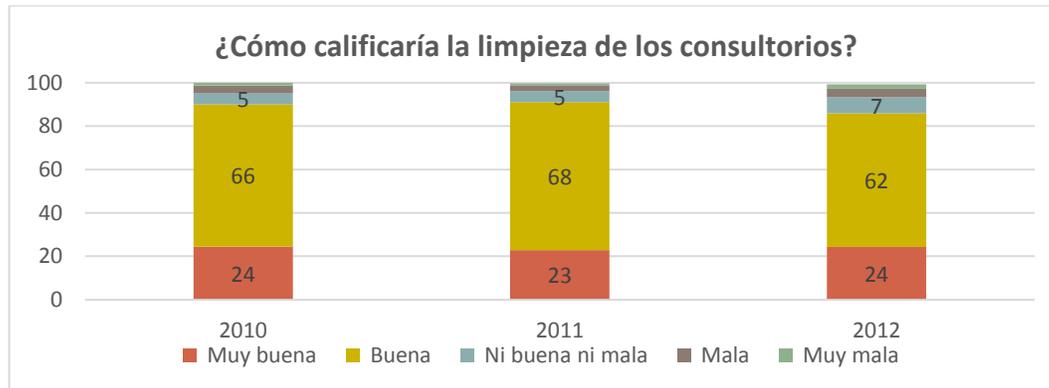


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Limpeza del consultorio previa a la consulta médica

Para la validación de la Consulta Externa de Especialidades en el Segundo nivel de atención médica del IMSS, se utilizan las mismas secciones de las Encuestas de Satisfacción, evaluadas en el Proceso General de Consulta de Primer nivel.

GRÁFICA 6.15 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- SEGUNDO NIVEL



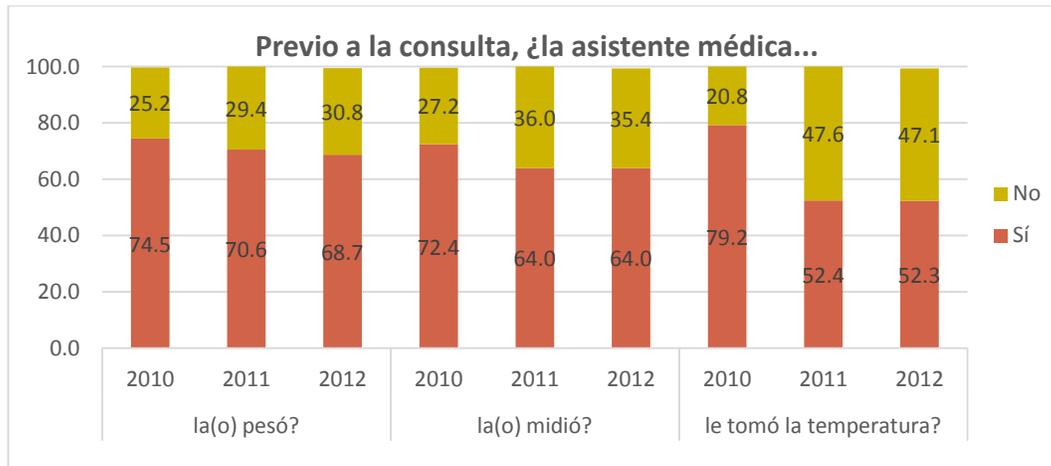
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los derechohabientes calificó la limpieza de los consultorios del Segundo nivel de atención, como Buena, por lo que se valida el proceso respectivo.

Obtención de medidas (peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica

Al igual que en el primer nivel de atención, la toma de temperatura, fue la acción que las asistentes médicas hicieron con menor frecuencia (a excepción del año 2010), mientras que en promedio al 71.2% se les pesó y al 66.8% se le midió. Por ende, no se valida el proceso de revisión previa por parte de la asistente médica, en el caso del segundo nivel de atención.

GRÁFICA 6.16 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- SEGUNDO NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente

Respecto al proceso que señala que el médico debe tener el historial médico del paciente para la realización de la revisión, este se valida dado el alto porcentaje de derechohabientes que afirmaron dicha acción. No obstante, cabe señalar un aumento gradual durante los tres años del estudio, del número de derechohabientes que mencionaron que no se tenía su historial médico.

GRÁFICA 6.17 HISTORIAL CLÍNICO- SEGUNDO NIVEL

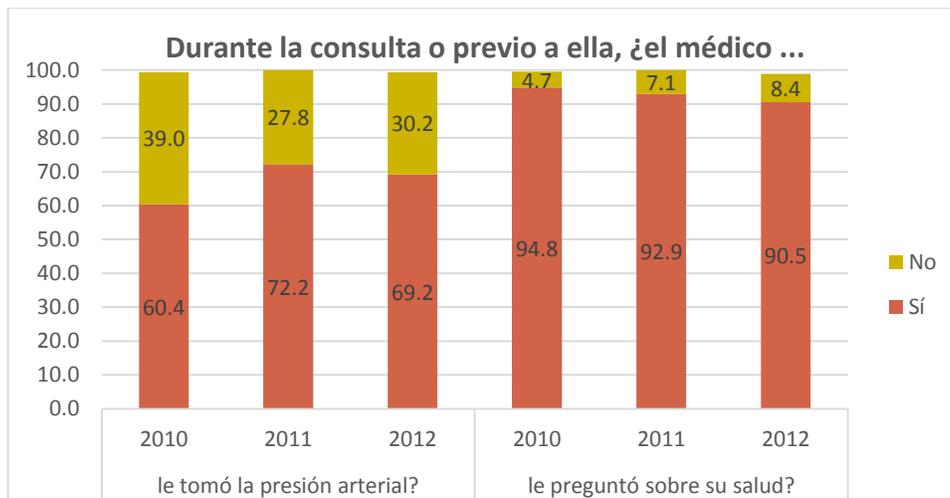


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física)

En promedio al 32.3% de los derechohabientes no se le tomó la presión arterial, aunque el porcentaje más alto corresponde a 2010, por lo que el proceso no se valida. Mientras que al porcentaje de pacientes a quienes no se les preguntó sobre su salud, fue aumentando gradualmente.

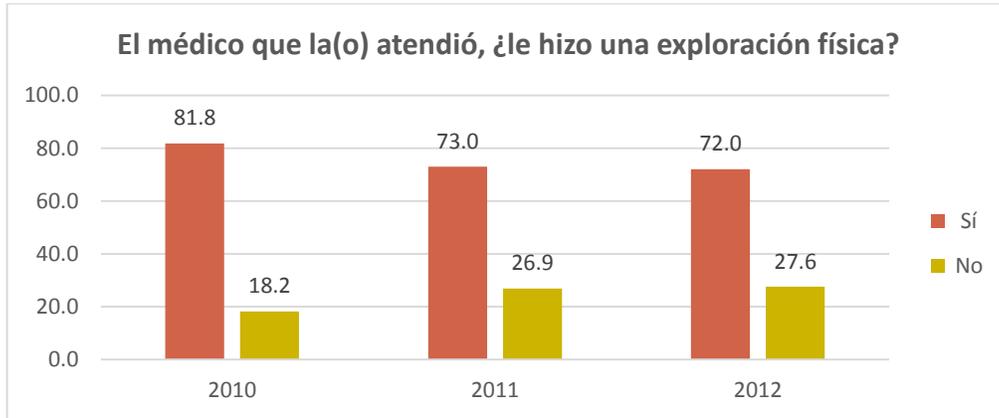
GRÁFICA 6.18 REVISIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El porcentaje derechohabientes a quienes se les hizo una exploración física fue disminuyendo a lo largo de los tres años, la mayor disminución fue de 2010 a 2011. El proceso relativo a la exploración médica se valida solamente en 2010, año en el cual la mayor calidad de la exploración muestra mejores resultados.

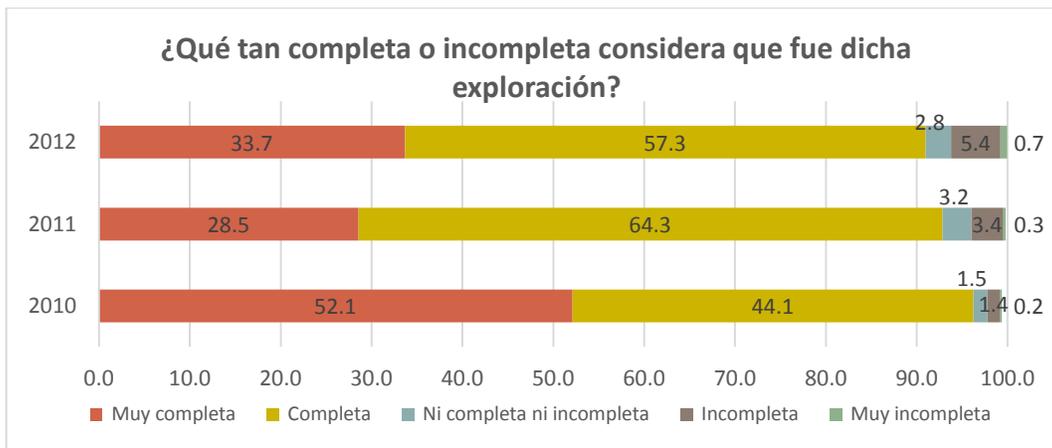
GRÁFICA 6.19 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto a la calidad de la exploración física, el porcentaje de derechohabientes que la consideró Muy completa, disminuyó en gran medida en 2011 respecto a 2010 y después volvió a aumentar en 2012, sin embargo, fue en este año en el cual se muestra el mayor porcentaje de derechohabientes que la consideraron Incompleta o Muy incompleta.

GRÁFICA 6.20 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- SEGUNDO NIVEL

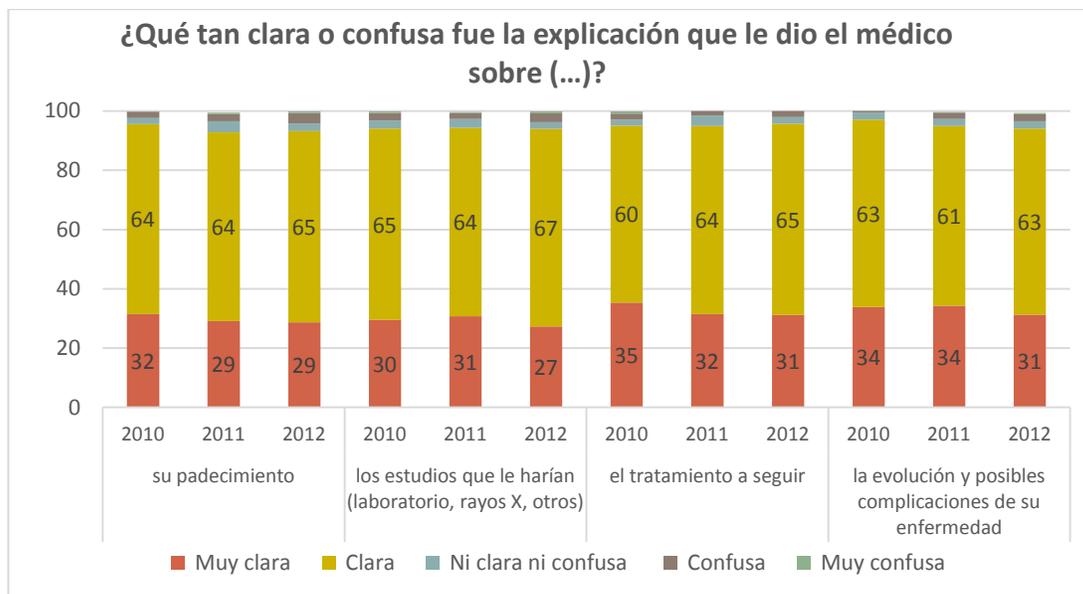


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad)

En promedio el 63% de los derechohabientes en los tres años del estudio, consideraron claras las indicaciones de los médicos.

GRÁFICA 6.21 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- SEGUNDO NIVEL



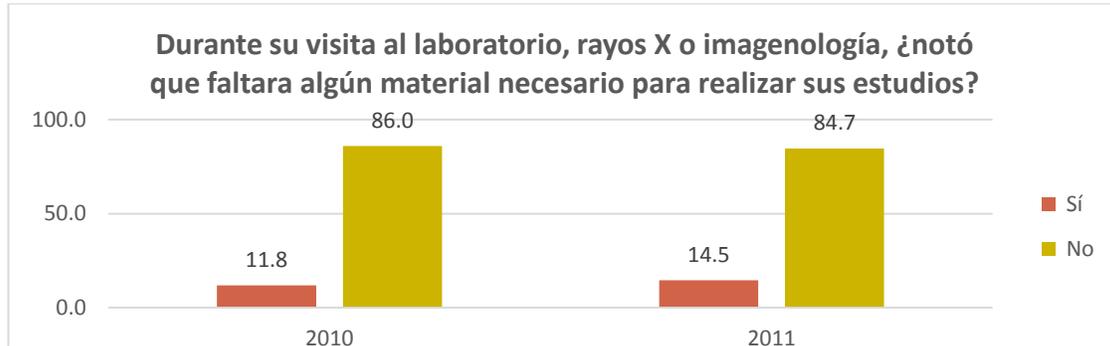
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Los procesos relativos a la orientación del médico al derechohabiente se validan ya que un porcentaje mayor al 80% de los usuarios consideraron Claras o Muy claras las explicaciones del médico.

Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología

Se valida el proceso referente a la suficiencia de insumos en laboratorio, Rayos X e imagenología del segundo nivel, aunque en 2011, fue mayor el porcentaje de pacientes que sí notaron que faltara algún material. Al igual que en el primer nivel de atención médica, ante la falta de información, no es posible validar el proceso para dicho año.

GRÁFICA 6.22 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLOGÍA- SEGUNDO NIVEL

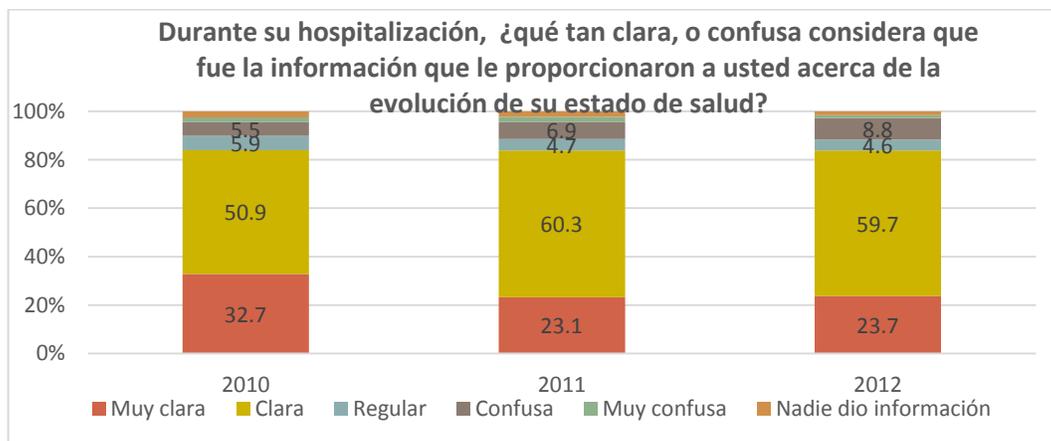


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012

Explicación del médico no familiar o médico no tratante al derechohabiente que fue ingresado a hospitalización, acerca de la evolución de su estado de salud

Aunque el proceso respecto al cual el médico debe orientar al paciente que ingresó al servicio de hospitalización se valida, en 2012, un mayor porcentaje de derechohabientes consideraron la información brindada como confusa. Por su parte, en el año 2010, un mayor número de derechohabientes considero la explicación como Muy clara.

GRÁFICA 6.23 ORIENTACIÓN DEL MÉDICO NO FAMILIAR AL DERECHOHABIENTE INGRESADO A HOSPITALIZACIÓN- SEGUNDO NIVEL



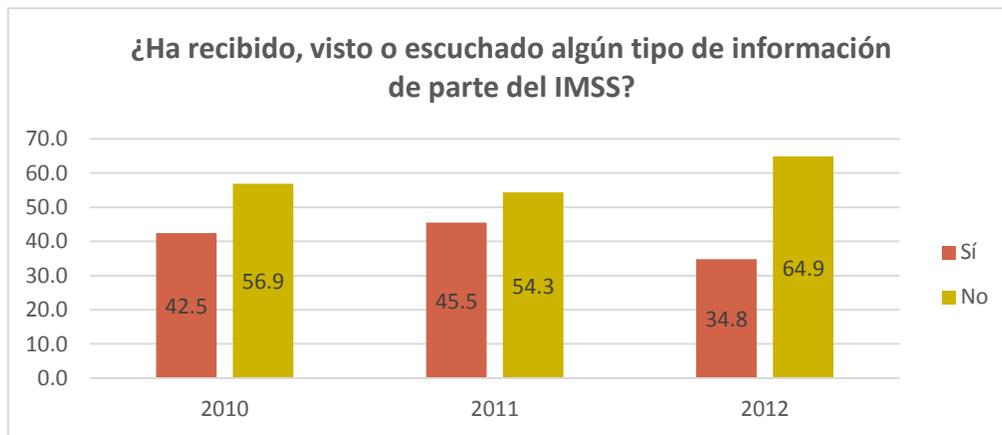
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

6.4.4. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Difusión del programa presupuestario

El año en que un mayor porcentaje vio o escucho algún tipo de información por parte del IMSS, fue en 2011, en contraparte, el menor porcentaje corresponde al siguiente año, con el 34.8%. El proceso no se valida, ya que el porcentaje de derechohabientes que vio o escucho algún tipo de información por parte del IMSS, fue menor al 46%.

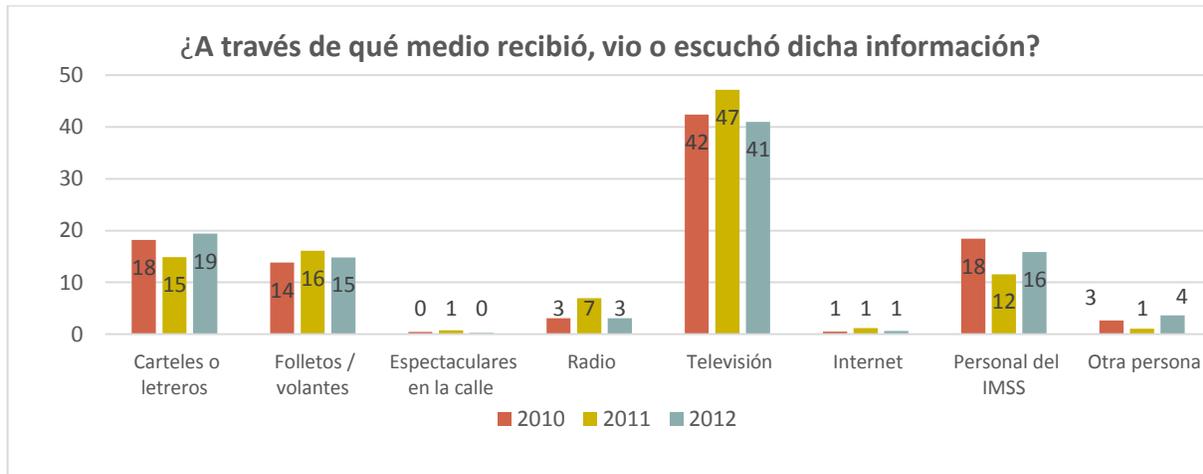
GRÁFICA 6.24 CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL IMSS- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El medio por el que un mayor porcentaje de derechohabientes recibieron la información del IMSS, fue a través de la Televisión -al igual que en el primer y segundo nivel de atención-, seguido de Carteles o letreros, Personal del IMSS y Folletos y volantes.

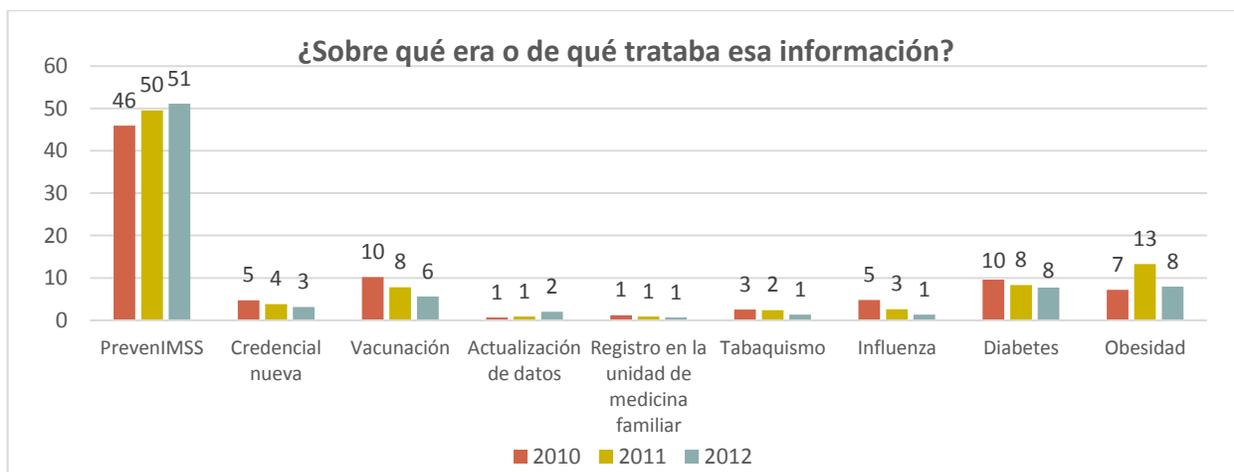
GRÁFICA 6.25 MEDIO POR EL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Al igual que en el caso del primer y segundo nivel de atención, la información que recibieron con mayor frecuencia los derechohabientes del tercer nivel de atención fue relacionada con el programa PrevenIMSS, seguida de información sobre Obesidad y Diabetes.

GRÁFICA 6.26 PROGRAMA DEL QUE RECIBIERON INFORMACIÓN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS- TERCER NIVEL

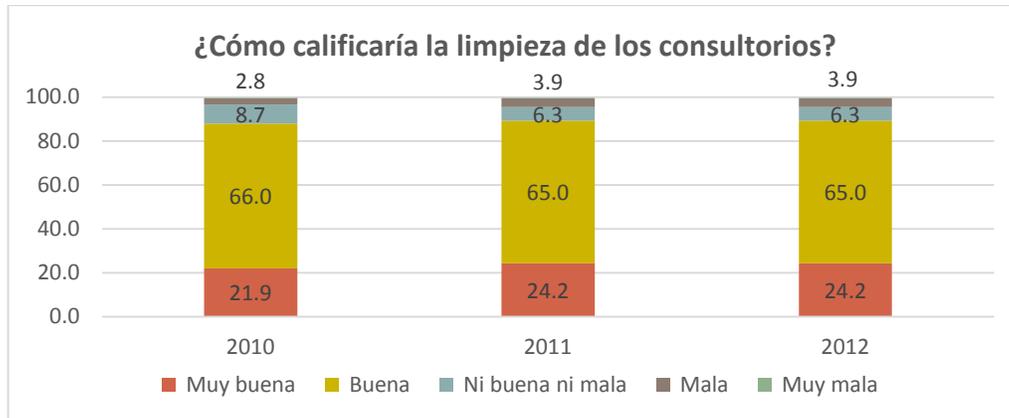


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Limpieza del consultorio previa a la consulta médica

El proceso respectivo a la limpieza de los consultorios, previo a la consulta médica, se valida ya que en promedio el 89% de los derechohabientes durante los tres años del estudio, calificó la limpieza como Buena o Muy buena

GRÁFICA 6.27 CALIFICACIÓN LIMPIEZA DE LOS CONSULTORIOS- TERCER NIVEL

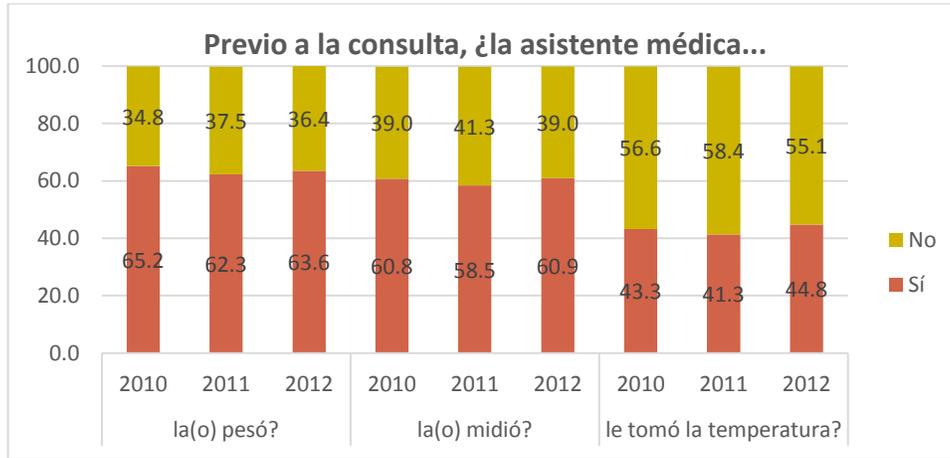


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Obtención de medidas (peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica

En promedio al 63.7% y 60.1%, de los derechohabientes que pasaron consulta en el tercer nivel de atención, durante los tres años del estudio, se les pesó y se les midió, respectivamente. Por su parte, en promedio 53.7% de los derechohabientes, no se les tomó la temperatura. Por ende, ninguna de las tres acciones relativas al proceso de revisión previa, se valida.

GRÁFICA 6.28 REVISIÓN PREVIA A LA CONSULTA POR PARTE DE LA ASISTENTE MÉDICA- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente

GRÁFICA 6.29 HISTORIAL CLÍNICO- TERCER NIVEL



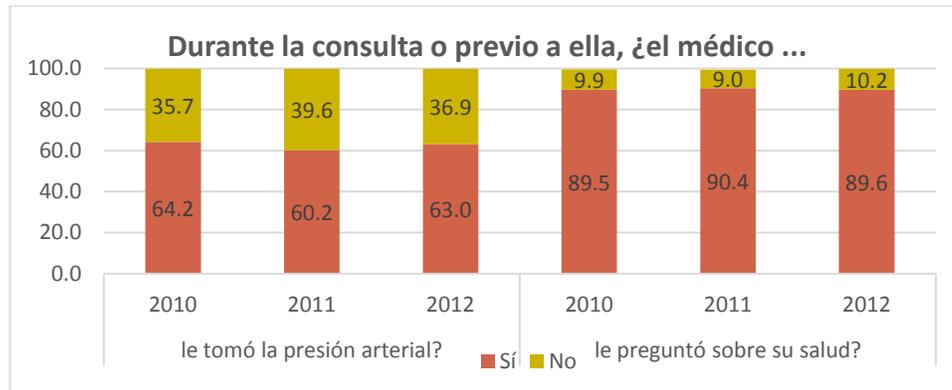
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El proceso respectivo a la revisión del historial clínico del paciente por parte del médico se válida para los tres años, en promedio el médico tuvo el historial del 87.7% de los derechohabientes, durante los tres años del estudio.

Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física)

En promedio al 62.5% de los derechohabientes se les tomó la presión arterial, mientras que en promedio al 89.85% se le preguntó sobre su salud.

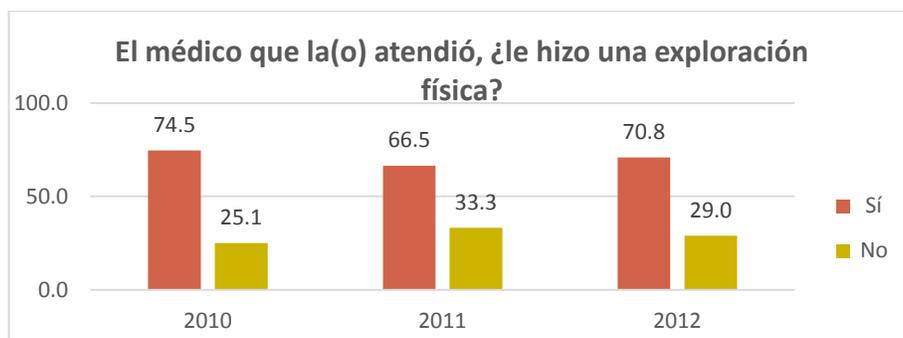
GRÁFICA 6.30 REVISIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

En promedio al 70.6% de los derechohabientes, se les realizó una exploración física, durante 2010 a 2012, siendo 2011 el año en el que un menor porcentaje fueron explorados. Sin embargo, al ser menor al 80% el porcentaje de derechohabientes que afirmaron que se les realizó una exploración física no se valida el proceso.

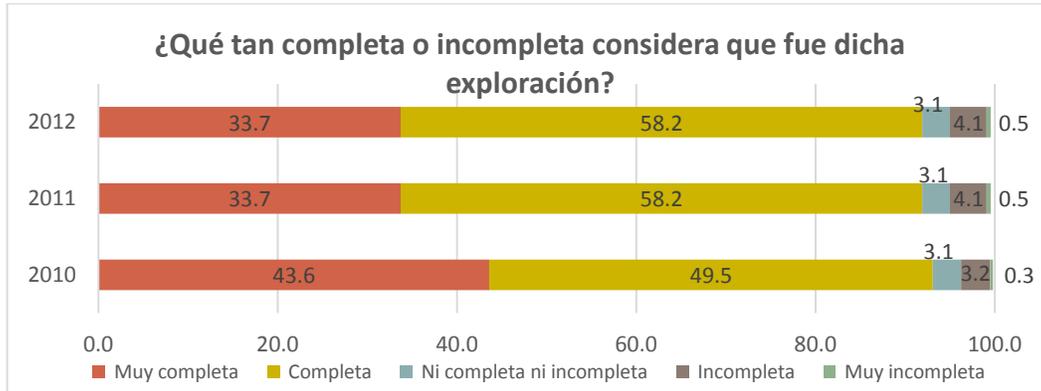
GRÁFICA 6.31 REALIZACIÓN EXPLORACIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Al igual que en el primer nivel de atención, el año en el que un mayor porcentaje de derechohabientes fue explorado fue el año 2010.

GRÁFICA 6.32 CALIDAD DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA- TERCER NIVEL

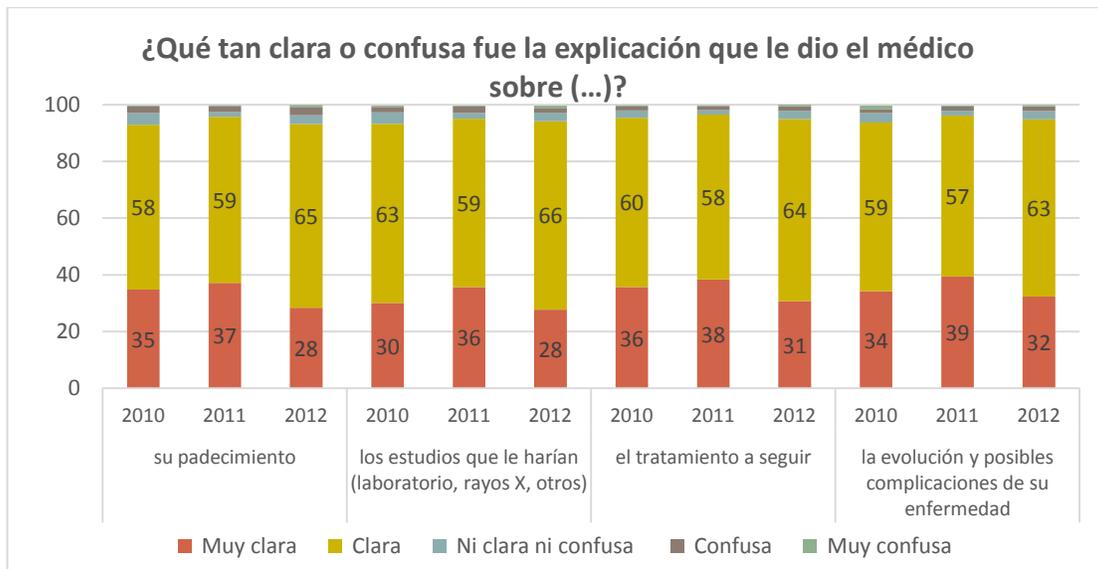


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad)

En promedio el 61% de los derechohabientes consideraron Clara la explicación del médico. Los procesos respectivos a la orientación médica en el segundo nivel de atención, son validados.

GRÁFICA 6.33 CLARIDAD DE LA ORIENTACIÓN DEL MÉDICO AL DERECHOHABIENTE- TERCER NIVEL

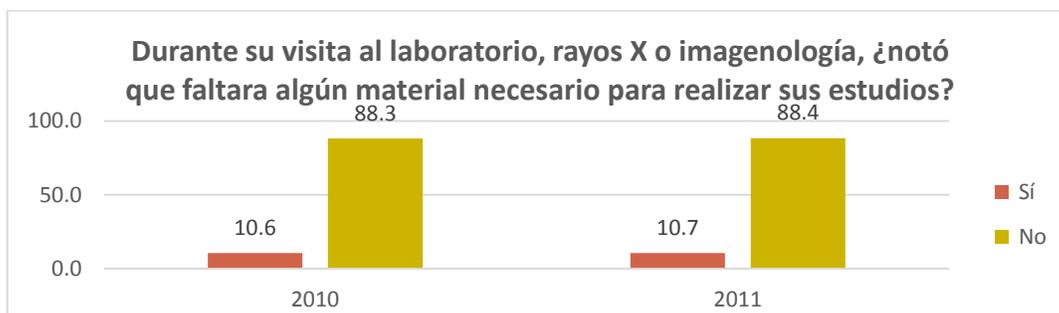


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología

Entre 2010 y 2011, los resultados respectivos al proceso de suficiencia de insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología, no muestran variación de un año a otro, por lo que se valida este proceso. En promedio el 88.35% de los derechohabientes que usaron dichos servicios, no notaron que faltara algún material. De igual forma, que en el caso del primer y segundo nivel de atención, no puede validarse el proceso para 2012, dada la falta de información.

GRÁFICA 6.34 SUFICIENCIA INSUMOS EN LABORATORIOS, RAYOS X E IMAGENOLOGÍA- TERCER NIVEL

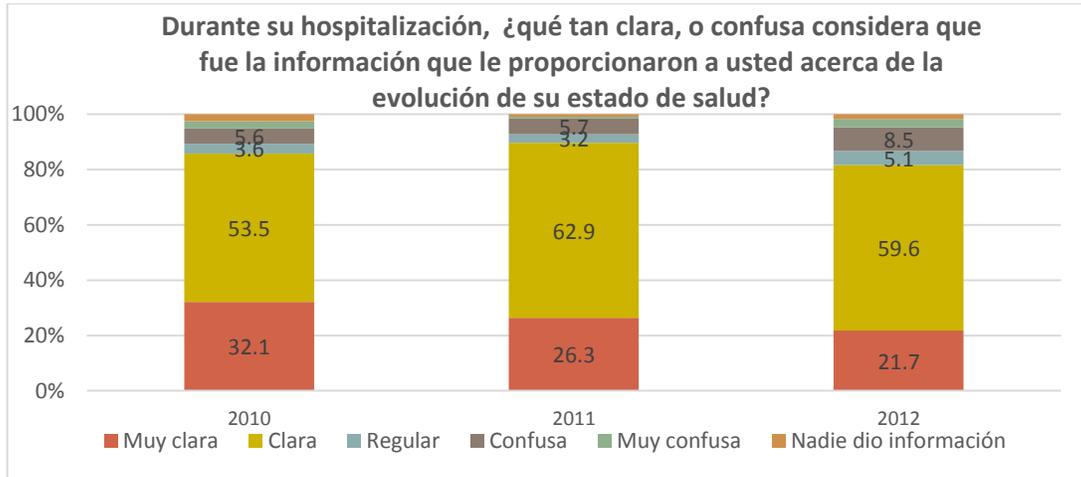


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Explicación del médico no familiar o médico no tratante al derechohabiente que fue ingresado a hospitalización, acerca de la evolución de su estado de salud

Aunque los resultados validan el proceso de la orientación del médico al paciente ingresado a hospitalización, cabe señalar que en el año 2012, aumentó el porcentaje de derechohabientes que consideraron la información recibida como Regularmente confusa o Confusa.

GRÁFICA 6.35 ORIENTACIÓN DEL MÉDICO NO FAMILIAR AL DERECHOHABIENTE INGRESADO A HOSPITALIZACIÓN- TERCER NIVEL



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

7. HALLAZGOS Y RESULTADOS

Con la finalidad de evaluar el cumplimiento del objetivo del programa Pp E002 y en que medida su gestión operativa es adecuada a dicha finalidad, el siguiente apartado señala hallazgos y resultados de la investigación.

En primer lugar, en calidad de resultados se presenta el procesamiento de la información derivada de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, que realizó el IMSS para los años 2010, 2011 y 2012,¹² en cada uno de los tres niveles de atención.

Cabe mencionar que aunque dichas Encuestas tienen como objetivo la evaluación de los servicios médicos del IMSS a nivel institucional, se utilizan ante la falta de una Encuesta diseñada en específico al Pp E002, lo cual es viable dada la importancia relativa del programa evaluado y su representatividad en términos de costos, población atendida, ámbitos de atribución y actividades involucradas. Como parte de la presente evaluación se aplicaron criterios de procesamiento, cortes de información, detección de tramos de control clave y niveles de valoración de las respuestas que incluyeron la encuestas, a fin de calificar las tendencias.

La información se encuentra ordenada de acuerdo a los tres niveles de atención del IMSS y se realizan comparaciones para los tres años de estudio, con el objetivo de señalar mejoras y/o obstáculos en la operación del programa de acuerdo a la opinión de los derechohabientes.

En segundo lugar, también en calidad de resultados de los apartados del estudio de evaluación se realiza propiamente la valoración global de la operación del Pp, la cual comprende la efectividad con la cual se atienden los principales riesgos.

Finalmente, se presenta la descripción de las principales fortalezas, debilidades, amenazas y áreas de oportunidad detectadas en la operación del programa y el análisis FODA respectivo, considerando la información recopilada en campo y en gabinete.

¹² Para los años 2010 y 2011, el estudio se basa en las encuestas realizadas en junio-julio, dado que las encuestas de noviembre-diciembre de 2010, no incluyen el tercer nivel.

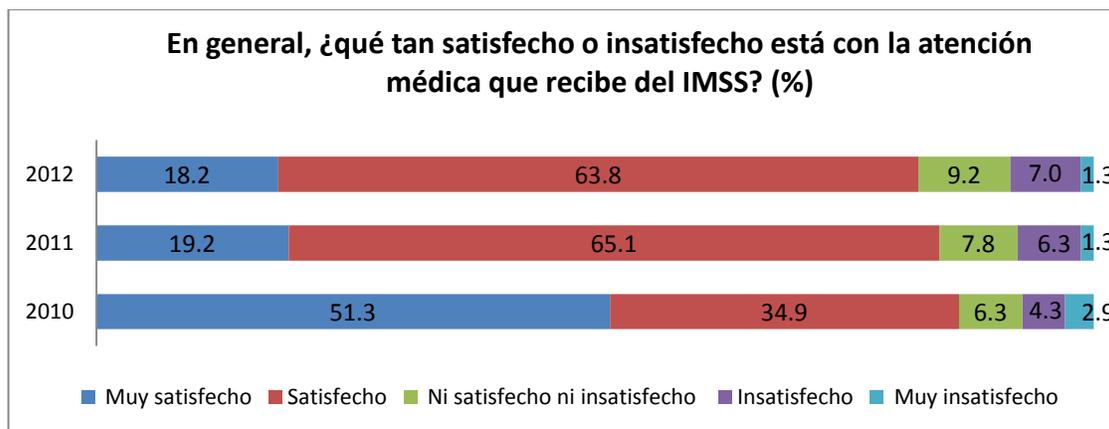
7.1. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

7.1.1. ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El nivel de satisfacción de los derechohabientes que asistieron a las unidades de medicina familiar del IMSS, presenta una notable disminución en el mayor nivel de satisfacción, el número de derechohabientes "Muy satisfechos", disminuyó de 51.3% en 2010 a 18.2% en 2012. La mayoría de los pacientes en 2011 y 2012, manifestaron sentirse "Satisfechos" con la atención médica. En 2010 y 2011, el 7.1% y el 7.6% respectivamente, estuvieron "Insatisfechos" o "Muy insatisfechos", lo cual aumentó a 8.3% en 2012.

Cabe aclarar que ante la falta de alguna razón que justifique la notable disminución en el nivel de satisfacción más alto, ésta se atribuye a los cambios en las opciones de respuesta, ya que en la encuesta de 2010, la opción "Satisfecho" fue incluida como "Algo satisfecho" y la opción "Insatisfecho" como "Algo insatisfecho", lo que podría modificar la percepción en el nivel de satisfacción de los derechohabientes, en comparación con las opciones de 2011 y 2012.

GRÁFICA 7.1. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

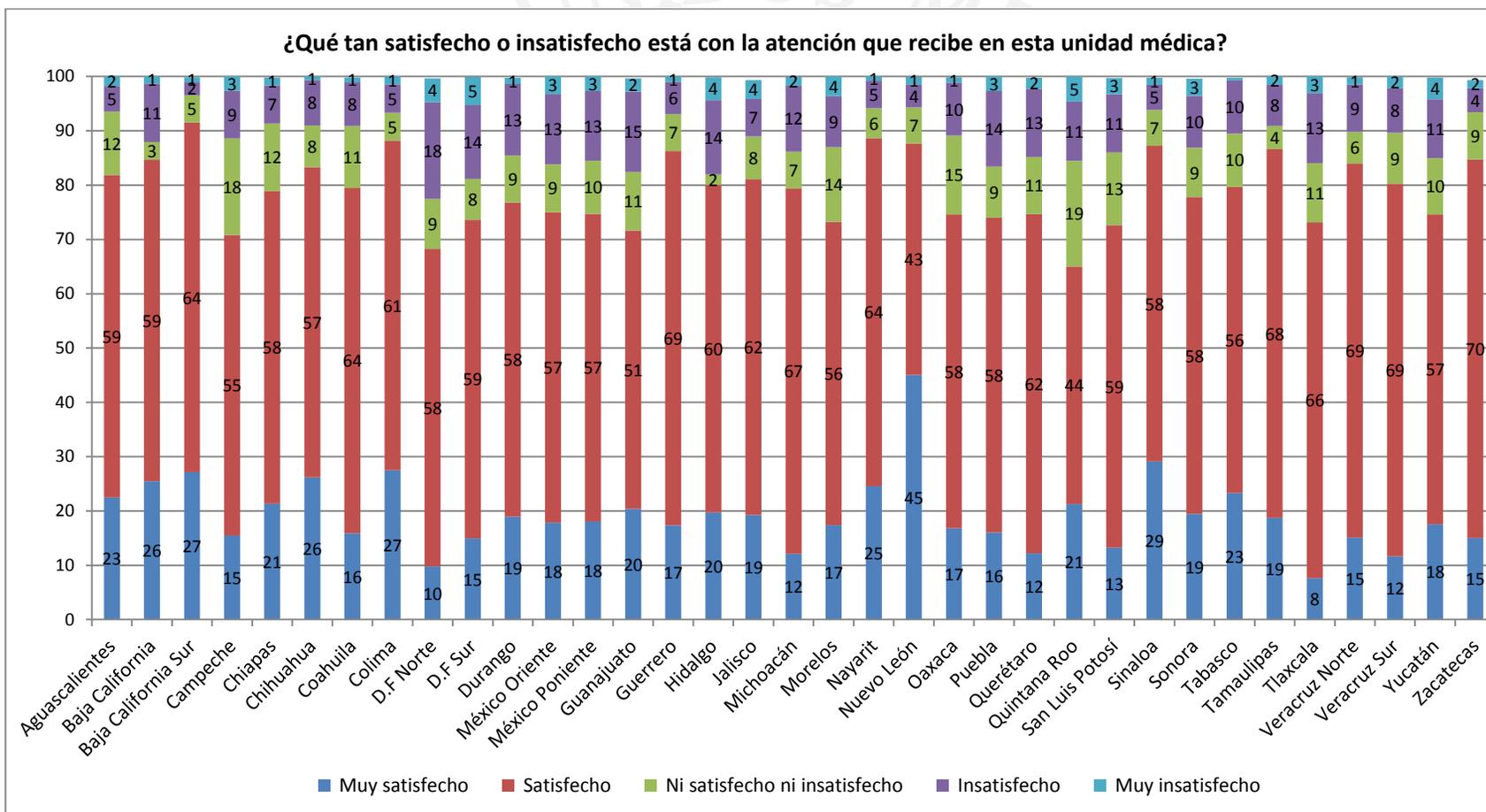


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La evaluación de la satisfacción por unidad médica de acuerdo a las 35 delegaciones se presenta, en las gráficas 2 y 3.¹³ En 2011, la delegación con el mayor nivel de satisfacción fue Nuevo León, el 45% de los derechohabientes manifestaron sentirse “Muy satisfechos”, dicho porcentaje sobresale del resto de las cuales el porcentaje de derechohabientes “Muy satisfechos” es relativamente alto, como en Sinaloa (29%), en Colima y Baja California Sur (27%) y en Baja California y Chihuahua (26%). Las unidades con el mayor nivel de insatisfacción, son las que se ubican en las delegaciones DF zona norte y zona sur, con el 22% y 19% de derechohabientes “Insatisfechos” o “Muy insatisfechos”, respectivamente; seguidas de Hidalgo (18%) y Guanajuato (17%).

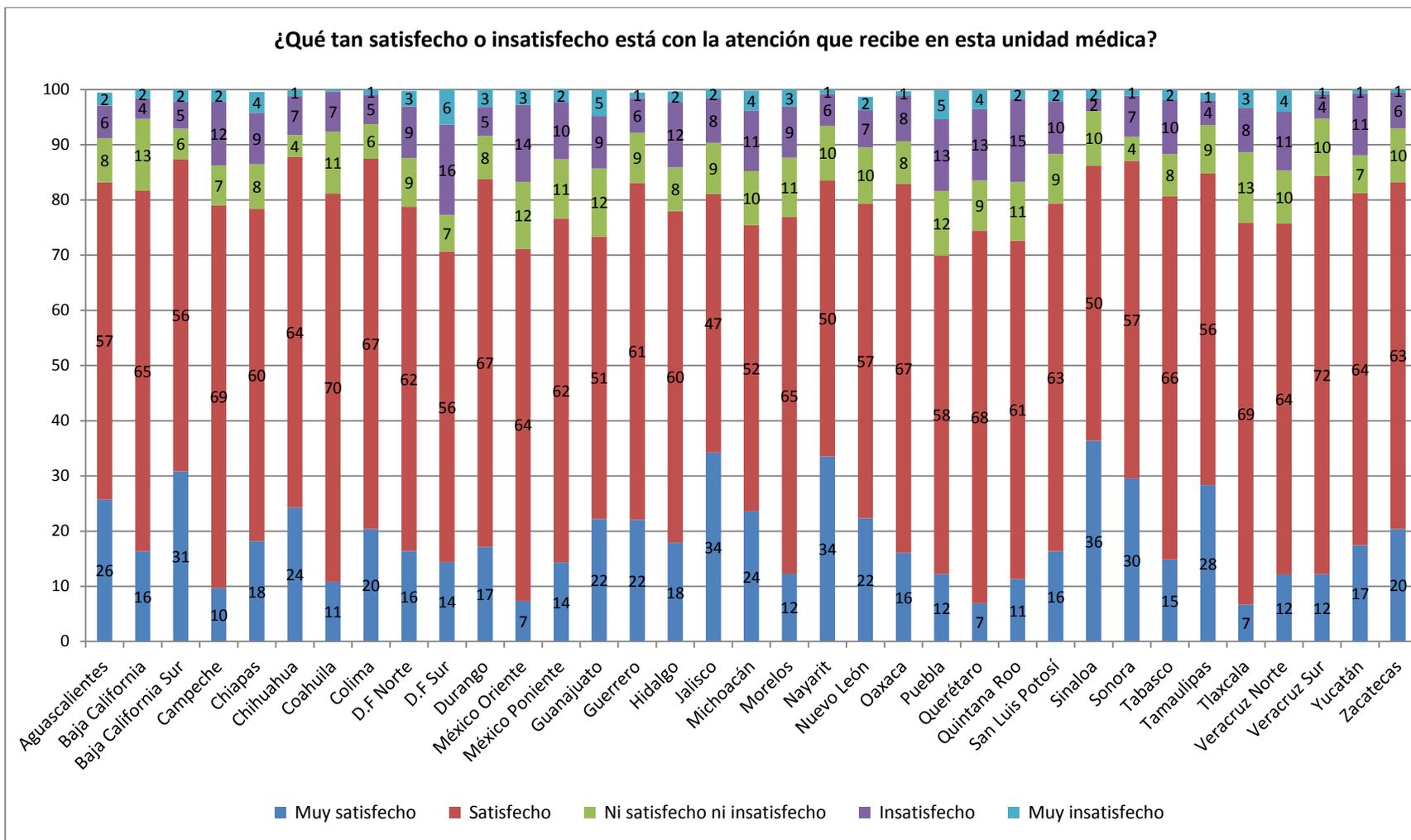
¹³ Para el año 2010, no se encuentra disponible una variable que indique la satisfacción por unidad médica, por lo que los resultados solo incluyen 2011 y 2012. Para el año 2011, se utilizó la encuesta de noviembre, dado que en la de julio tampoco se incluye dicha variable.

GRÁFICA 7.2 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2011-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2011.

GRÁFICA 7.3 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

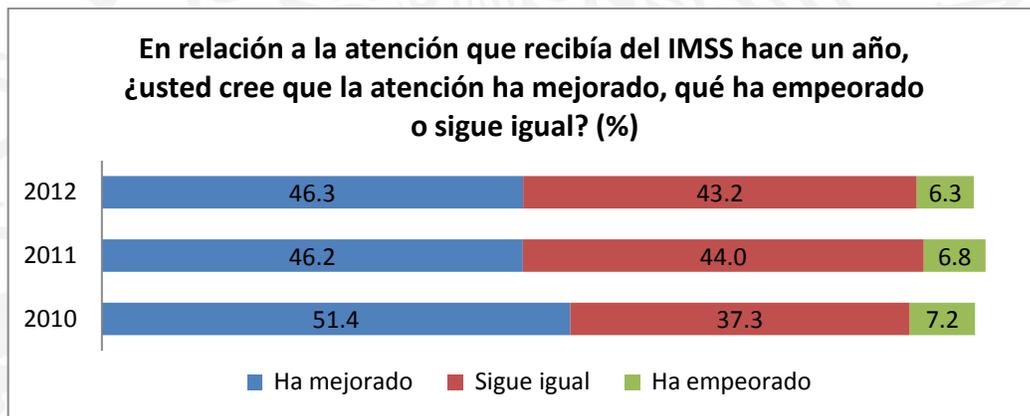


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios

En el año 2012, la satisfacción de las unidades de la delegación Nuevo León disminuyó, el porcentaje de derechohabientes “Muy satisfechos” fue del 22%, mientras que el mayor nivel de satisfacción fue para las delegaciones Sinaloa (36%), Nayarit y Jalisco (34%) y Baja California Sur (31%). Respecto al Distrito Federal, aumentó el nivel de derechohabientes “Insatisfechos” en la zona sur, siendo el estado que presenta mayor nivel de insatisfacción (22%).

Respecto a la comparación de la atención médica del IMSS un año antes, fue mayor el porcentaje de derechohabientes que señalaron una mejoría en el servicio en el año 2010, habiendo muy poca variación entre los resultados de 2011 y 2012.

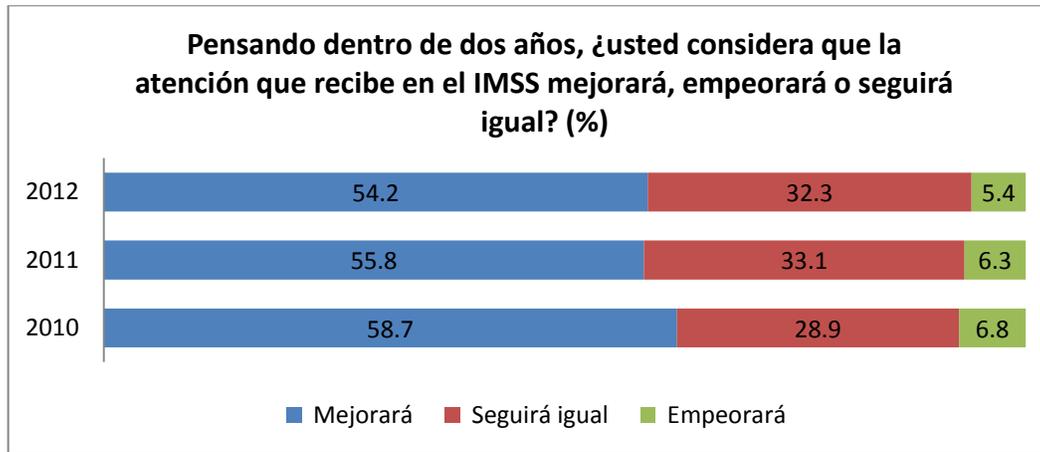
GRÁFICA 7.4 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

En cuanto a la expectativa de mejoría de la atención médica en el primer nivel de atención, los resultados no varían mucho entre los tres años, más del 50% de los derechohabientes opinaron que el servicio mejoraría, aunque de 2010 a 2012 dicho porcentaje disminuyó 4.5%.

GRÁFICA 7.5 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

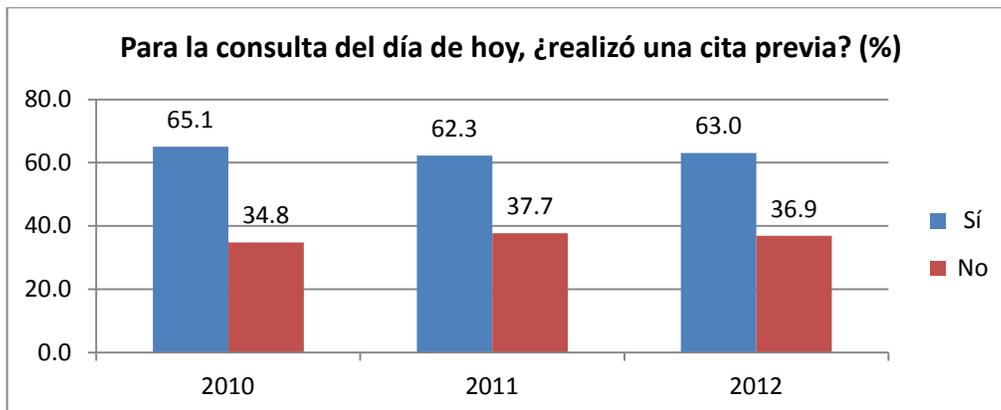
Hallazgos servicio médico Primer nivel

Con el fin de evaluar el nivel de satisfacción de los derechohabientes en el primer nivel de atención del IMSS, se presentan los principales resultados de la Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes, de los años 2010, 2011 y 2012, en relación al tiempo de espera y de acuerdo al problema de salud, de acuerdo a éste último se evalúa el nivel de satisfacción de los derechohabientes relacionándolo con la frecuencia a consulta médica y al nivel del surtimiento de medicamentos.

Tiempo de espera

El porcentaje de derechohabientes que han realizado cita previa en 2010, 2011 y 2012 se ha mantenido entre 62% y 65%. Para saber el tiempo de espera que pasan los derechohabientes para pasar a consulta, de acuerdo a si realizaron cita previa o no, se presenta la gráfica 7.

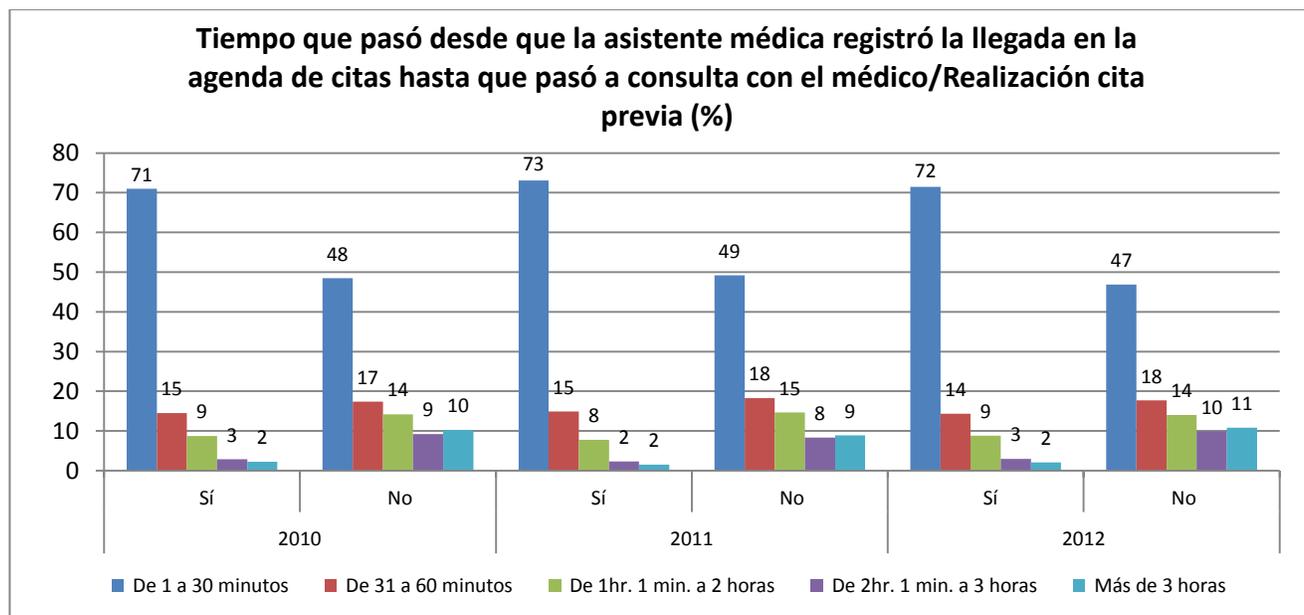
GRÁFICA 7.6 NÚMERO DE DERECHOHABIENTES QUE REALIZARON CITA PREVIA (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El tiempo de espera es mayor, cuando los derechohabientes no realizan cita previa. En los tres años de estudio, poco más del 70% de los pacientes que hizo cita previa esperó de 1 a 30 minutos, mientras que en promedio el 48% de los que no hicieron cita, es decir los pacientes espontáneos, esperaron el mismo lapso de tiempo. La menor diferencia entre los que hicieron cita o no, se da en el lapso de tiempo de 31 minutos a 1 hora, por ejemplo, en 2010 el 15% de los derechohabientes que hicieron cita y el 17% de los que no la hicieron esperaron dicho intervalo de tiempo. Las mayores diferencias de tiempo entre los que hicieron cita o no, se observan en el porcentaje de derechohabientes que esperaron de 2 hrs. en adelante, por lo que aumenta la probabilidad de un mayor tiempo de espera al no hacer cita.

GRÁFICA 7.7 TIEMPO DE ESPERA CONSULTA/CITA PREVIA (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Problema de salud

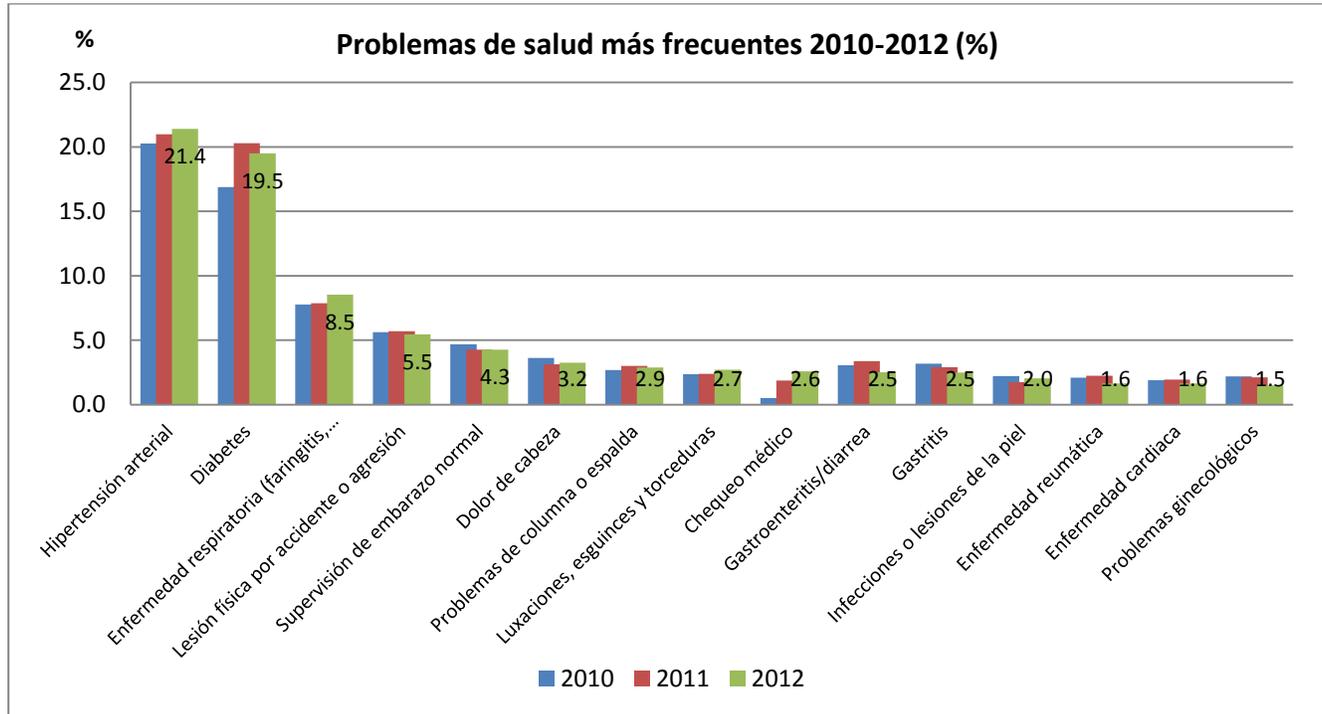
Con la finalidad de evaluar la satisfacción del primer nivel de atención, de acuerdo al tipo de padecimiento, en primer lugar se realiza una comparación del problema de salud de los derechohabientes de acuerdo a las Encuestas de Satisfacción del IMSS,¹⁴ el cuadro 1 del anexo, muestra el número y porcentaje de cada problema de salud para los tres años.

La enfermedad por la que asistieron el mayor número de derechohabientes a las unidades de primer nivel, fue por Hipertensión arterial, en promedio alrededor del 20% para los tres años, seguida de Diabetes. Cabe mencionar que la mayoría de las enfermedades, mantienen un porcentaje estable, lo que indica que relativamente no ha habido un aumento o disminución elevados en las enfermedades atendidas en el primer nivel, durante los tres años de estudio. En términos absolutos comparando 2010 y 2012, el mayor incremento fue para Diabetes, en 2011, la encuesta indica que 55,764 derechohabientes

¹⁴ La comparación entre los tres años, quedo sujeta a la lista de enfermedades citadas en cada encuesta, disminuyendo la especificación de un año a otro. En 2010, se especificaron 98 problemas de salud, en 2011 se hizo referencia a 30 y en 2012 a 20. Para el caso de "Problemas ginecológicos", con la finalidad de hacerlo equiparable a 2011 y 2012, el resultado para 2010 es la suma de ginecología, mastografía, dolor de senos y quistes. Sin embargo, para el caso de Chequeo médico, la cifra en 2010 es inferior a los dos años posteriores, dado el mayor número de motivos de consulta en dicho año, de los cuales varios podrían ser referentes a Chequeo médico, aunque no se registraron como tal.

asistieron a consulta familiar por dicho padecimiento aumentando a 66, 942 para 2012, es decir un aumento de 11,178 derechohabientes; seguida de Hipertensión arterial, aumentando en 6,441 pacientes.

GRÁFICA 7.8 LOS 15 PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR INCIDENCIA EN 2012 Y SU COMPARACIÓN CON 2010 Y 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Frecuencia consulta familiar

La frecuencia con la que asisten los derechohabientes a consulta familiar de acuerdo a su problema de salud, se muestra en el cuadro 2 del anexo. El problema de salud con mayor frecuencia de asistencia para los tres años es Atención de embarazo con problemas (alto riesgo), el 33%, 24% y 20% de los derechohabientes asistieron más de una vez al mes a consulta, en 2010, 2011 y 2012, respectivamente, lo cual fue seguido de Supervisión de embarazo normal.¹⁵

En 2010, las enfermedades que siguieron en cuanto a frecuencia a consulta médica, fueron Cáncer, Problemas de columna o espalda, Infecciones o lesiones de piel, Luxaciones,

¹⁵ Aunque Atención de embarazo con problemas (alto riesgo) y Supervisión de embarazo normal son motivos de consulta referentes al Pp E008 "Atención a la salud reproductiva", se incluyen para fines comparativos.

Enfermedades cardíacas y Enfermedad de la glándula tiroides; el 14% de los derechohabientes de la primera enfermedad y el 12% de los pacientes del resto de las enfermedades citadas, asistieron más de una vez al mes. En 2011, el 12% de los pacientes con Hernia y el 11% de los pacientes con Cáncer y con Lesión física por accidente o agresión, asistieron con dicha frecuencia. En 2012, las consultas más de una vez al mes por Cáncer aumentaron a 17%, seguidas de Lesión física por accidente o agresión (10%).

La mayoría de los derechohabientes encuestados asistieron a consulta familiar, una vez al mes, en promedio el 63%, 64% y 68% en 2010, 2011 y 2012, respectivamente. Para las enfermedades de Diabetes e Hipertensión arterial, en promedio el 88% de los pacientes asistieron una vez al mes a consulta en los tres años.

Para determinar cuáles son las enfermedades con la mayor frecuencia a consulta médica, se tomó en cuenta la suma de los derechohabientes por tipo de padecimiento, que asisten a consulta una vez al mes o más de una vez al mes. El cuadro 1 muestra las siete enfermedades por las que de acuerdo a dicho criterio los pacientes asistieron con mayor frecuencia a consulta y que coinciden en los tres años de estudio, sin tomar en cuenta la Atención de embarazo con problemas y la Supervisión de embarazo normal. Dichas enfermedades son Diabetes, Hipertensión arterial, Epilepsia, Enfermedad de la glándula tiroides, Enfermedades cardíacas, Enfermedades reumáticas y Cáncer. Mínimo el 80% de derechohabientes que padece dichas enfermedades, asiste una vez al mes o más de una vez al mes.

CUADRO 7.1 LOS SIETE PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA (%)

Problema de salud	Derechohabientes (%)			Derechohabientes que asistieron a consulta una vez al mes o más de una vez al mes (%)					
	2010	2011	2012	2010		2011		2012	
				Una vez al mes	Más de una vez al mes	Una vez al mes	Más de una vez al mes	Una vez al mes	Más de una vez al mes
Diabetes	16.9	20.3	19.5	87	8	86	8	91	4
Hipertensión arterial	20.3	21.0	21.4	87	6	88	6	89	4
Epilepsia	0.9	0.8	0.7	81	9	86	9	93	4
Enfermedad de la glándula Tiroides	0.7	2.2	1.0	76	12	78	9	77	5
Enfermedades cardíacas	1.9	2.0	1.6	75	12	80	7	86	6
Enfermedades reumáticas	2.1	2.2	1.6	75	7	72	8	76	7
Cáncerología	0.7	0.5	0.4	63	14	65	11	70	17
Total	43.5	49.0	46.2						

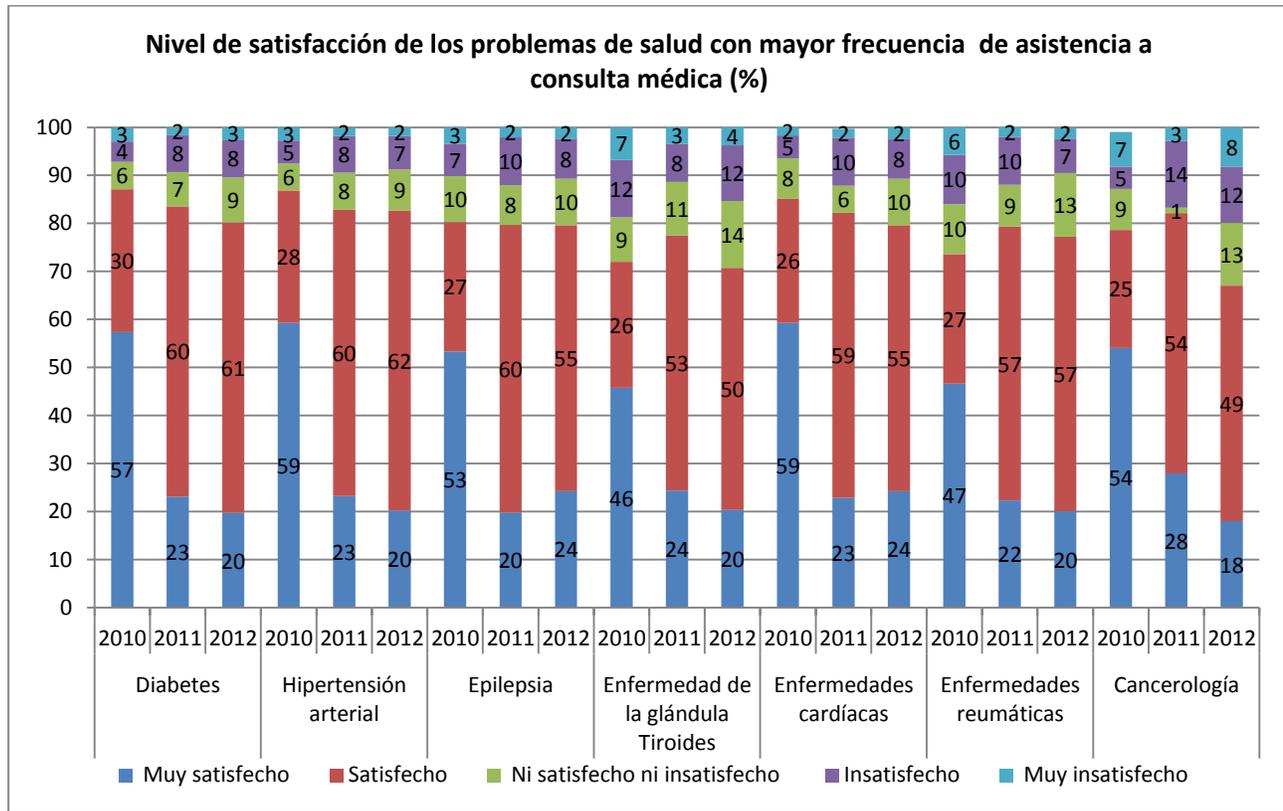
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El cuadro 7.1 indica en las tres primeras filas, el porcentaje de derechohabientes por problema de salud de acuerdo a las Encuestas de Satisfacción de cada uno de los tres años de estudio. Por lo tanto, en 2010 el 43.5% de los derechohabientes con dichas enfermedades acudieron a consulta una vez al mes o más de una vez al mes, en 2011 el porcentaje fue igual a 49% y en 2012, a 46.2%.

La comparación de la gráfica 8 con los resultados del cuadro 7.1, indican que los problemas de salud más frecuentes, Diabetes e Hipertensión arterial, también son los que presentan una mayor frecuencia en las consultas médicas. Sin embargo, no sucede lo mismo con las Enfermedades respiratorias, Lesiones físicas por accidentes y Dolores de cabeza, que son los problemas de salud que siguen en cuanto a frecuencia, ya que no requieren un número de consultas tan regular como Diabetes e Hipertensión.

Para efectos de una mejor evaluación de la satisfacción de los usuarios del IMSS, tomando en cuenta la enfermedad que padecen, se presenta un cuadro de las enfermedades con mayor frecuencia de asistencia a consulta médica (de acuerdo a los resultados del cuadro 7.1) y el nivel de satisfacción obtenido.

GRÁFICA 7.9 NIVEL DE SATISFACCIÓN DE ACUERDO A LOS PROBLEMAS DE SALUD CON MAYOR ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Para las siete enfermedades con mayor asistencia a consulta médica, el mayor nivel de satisfacción se presenta en el año 2010, alrededor del 50% de los derechohabientes o más, se manifestaban "Muy satisfechos", para 2011 y 2012, el porcentaje disminuyó, ubicándose entre 20% y 25%. Dichos resultados se relacionan con el cambio en las opciones de respuesta de la Encuesta de Satisfacción de 2010 respecto a las de 2011 y 2012.

Comparando solamente los años 2011 y 2012, predominan los derechohabientes que se sienten "Satisfechos" con un rango entre 50% a 60%. La mayoría de los pacientes con las enfermedades de mayor asistencia a consulta médica, mantuvieron sus niveles de satisfacción de un año a otro, los mayores cambios fueron para los que padecen la Enfermedad de la glándula tiroides y los de Cancerología. Para el primer caso, en 2011 el 11% de los derechohabientes estuvieron "Insatisfechos" o "Muy insatisfechos", en 2012, el porcentaje aumentó a 16%; para el segundo caso, aumentó de 17% a 20%, por lo que son

las dos enfermedades con el mayor nivel de insatisfacción, entre las siete citadas.

Considerando a todos los problemas de salud, independientemente de su frecuencia a consulta médica y agrupando en Derechohabientes Satisfechos a “Muy satisfechos” y “Satisfechos” y en Derechohabientes Insatisfechos a “Insatisfechos” y “Muy insatisfechos” el cuadro 2 presenta las 7 enfermedades ordenadas de acuerdo al mayor nivel de satisfacción, en cada uno de los tres años.

CUADRO 7.2 LAS SIETE ENFERMEDADES CON EL MAYOR NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CADA AÑO (2010, 2011 Y 2012) (%)

2010		2011		2012	
Motivo consulta	Derechohabientes satisfechos (%)	Motivo consulta	Derechohabientes satisfechos (%)	Motivo consulta	Derechohabientes satisfechos (%)
Chequeo médico	90	Diabetes	84	Hipertensión arterial	90
Diabetes	87	Supervisión de embarazo normal	83	Enfermedades cardíacas	87
Hipertensión arterial	87	Hipertensión arterial	83	Supervisión de embarazo normal	87
Gastritis	86	Enfermedades cardíacas	82	Diabetes	86
Enfermedades cardíacas	85	Cancerología	82	Epilepsia	85
Supervisión de embarazo normal	85	Chequeo médico	80	Chequeo médico	85
Dolor de cabeza	83	Epilepsia	80	Enfermedades reumáticas	83

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Los derechohabientes con el mayor nivel de satisfacción de acuerdo a su padecimiento, y que coinciden para los tres años de estudio, fueron los pacientes de Diabetes, Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca y Supervisión de embarazo normal, es decir, cuatro de los problemas de salud con mayor frecuencia a consulta médica. Asimismo, los cuatro coinciden en una disminución del porcentaje de pacientes satisfechos de 2010 a 2011 y después en un aumento, de 2011 a 2012. El mismo caso ocurrió con los pacientes que asistieron a Chequeo médico.

Por su parte el cuadro 3 presenta las siete enfermedades con el mayor nivel de insatisfacción en cada uno de los tres años de estudio. Las enfermedades con el mayor nivel de insatisfacción por parte de los derechohabientes que las padecen son Problemas de columna o espalda y Lesión física por accidente o agresión que coinciden para los tres años; para el primer padecimiento el porcentaje de derechohabientes insatisfechos ha disminuido de 2010 a 2012, y para el segundo, ha aumentado en el mismo periodo.

Entre los derechohabientes insatisfechos, se encuentran los que padecen la Enfermedad de la glándula tiroides y Cáncer, lo que confirma que son dos de los problemas de salud con mayor insatisfacción entre las enfermedades con mayor frecuencia de asistencia a consulta médica. No obstante que para el segundo caso, también fue una de las enfermedades con el mayor nivel de satisfacción, sin embargo, al aparecer como una de las siete enfermedades con más insatisfacción para el mismo año y dado que para 2012 incrementó el porcentaje de derechohabientes insatisfechos, se puede concluir una disminución de la satisfacción en cuanto a la atención médica del IMSS.

CUADRO 7.3 LAS SIETE ENFERMEDADES CON EL MAYOR NIVEL DE INSATISFACCIÓN EN CADA AÑO (2010, 2011 Y 2012) (%)

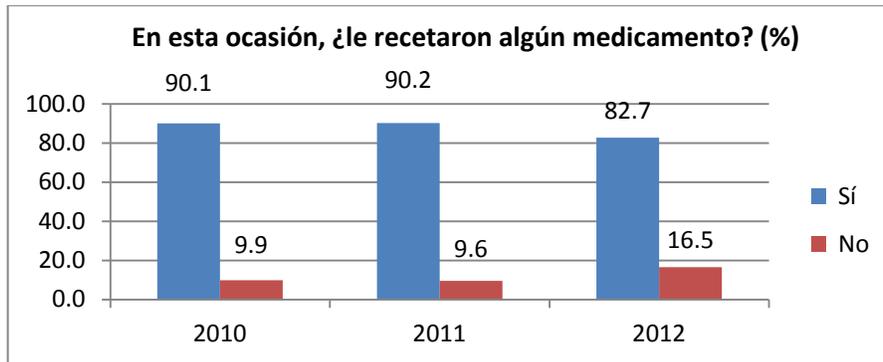
2010		2011		2012	
Motivo consulta	Derechohabientes insatisfechos (%)	Motivo consulta	Derechohabientes insatisfechos (%)	Motivo consulta	Derechohabientes insatisfechos (%)
Problemas de columna o espalda	19	Lesión física por accidente o agresión	17	Hernia	21
Enfermedad de la glándula Tiroides	19	Cancerología	17	Cancerología	20
Atención de embarazo con problemas (alto riesgo)	17	Problemas de columna o espalda	16	Lesión física por accidente o agresión	17
Gastroenteritis/diarrea	17	Gastroenteritis/diarrea	15	Problemas de columna o espalda	16
Enfermedad reumática	16	Problema ginecológico	15	Infecciones o lesiones de la piel	15
Ginecología	15	Fracturas, Luxaciones, esguinces y torceduras	14	Enfermedad de la glándula Tiroides	15
Lesión física por accidente o agresión	14	Infecciones o lesiones de la piel	13	Gastritis	14

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Surtimiento de medicamentos-Primer nivel de atención

Con el fin de evaluar algunos de los factores que pueden influir en el nivel de satisfacción de la atención médica del IMSS en el primer nivel de atención, esta sección presenta el nivel del surtimiento de medicamentos que otorga el IMSS a sus derechohabientes, de acuerdo a las Encuestas de Satisfacción de los años 2010, 2011 y 2012. En primer lugar se presenta el porcentaje de derechohabientes a quienes se les recetó algún medicamento, realizando una comparación para los tres años de estudio, para después relacionar el nivel del surtimiento de medicamentos con el problema de salud.

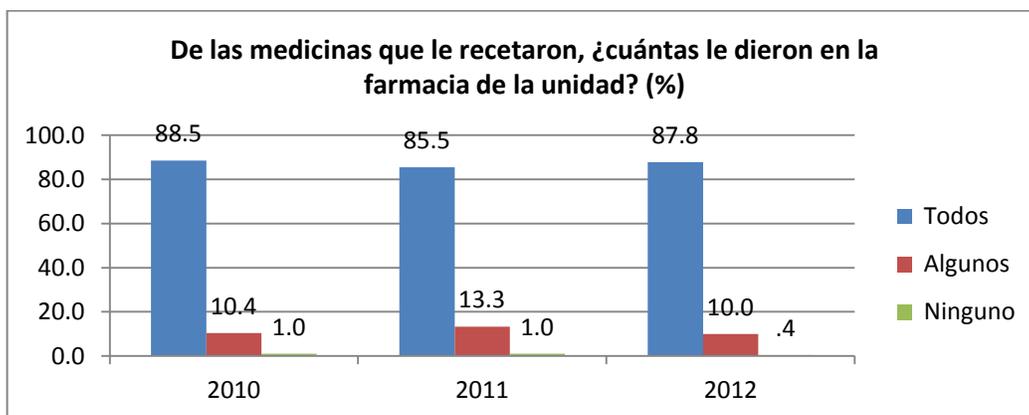
GRÁFICA 7.10 NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

De 2011 a 2012, el porcentaje de derechohabientes a quienes se le recetó un medicamento ha disminuido 7.5%, en contraste, el porcentaje no varió de 2010 a 2011. El total de derechohabientes a quienes se les recetó un medicamento en términos absolutos son 297,576 en 2010, 298,935, en 2011 y 283,719, en 2012. Al preguntarles a dicho número de derechohabientes, el número de medicinas que les dieron en la farmacia de la unidad, más del 85% en los tres años respondió que todas las medicinas, lo cual se aprecia en la siguiente gráfica.

GRÁFICA 7.11. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)

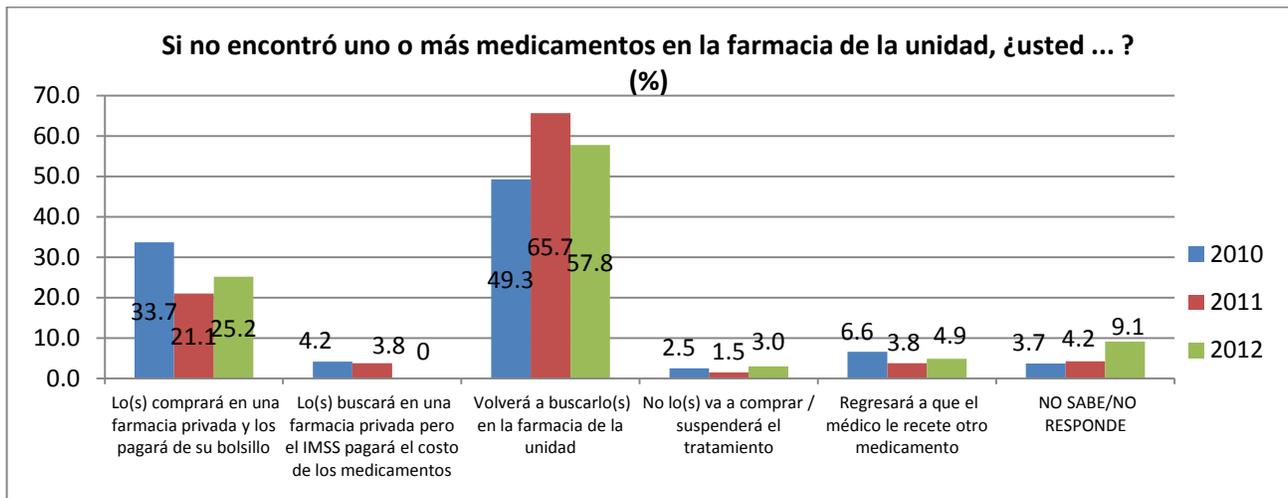


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Los derechohabientes que respondieron que les había hecho falta algún medicamento o todos, fue igual a 11.4%, 14.3% y 10.4% en cada año de estudio, respectivamente. Dichos porcentajes, son equivalentes a 34,055 derechohabientes en 2010, 42,553 en 2011 y a

29,435, en 2012; a quienes se les preguntó lo que hacen si no encuentran los medicamentos en la farmacia de la unidad, siendo la respuesta más frecuente “Volverá a buscarlos en la farmacia de la unidad”, seguida de “Los comprará en una farmacia privada y los pagará de su bolsillo.” Dado que en 2012, se eliminó la política del IMSS del pago de medicamentos a los derechohabientes, cuando éstos no los encontraban en la farmacia de la unidad, dicha opción presenta un porcentaje igual a 0% en dicho año.

GRÁFICA 7.12 ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Ahora bien, dado que a la mayoría de los derechohabientes se les otorga la mayoría de los medicamentos en las farmacias de las unidades médicas del IMSS, el siguiente cuadro muestra el porcentaje de derechohabientes por tipo de padecimiento y que fueron a quienes más les hicieron falta uno o más medicamentos.

CUADRO 7.4. LOS SIETE PROBLEMAS DE SALUD CON LA MAYOR DEFICIENCIA EN EL SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

2010		2011		2012	
Problema salud	Derechohabientes que les faltó uno o más medicamentos (%)	Problema salud	Derechohabientes que les faltó uno o más medicamentos (%)	Problema salud	Derechohabientes que les faltó uno o más medicamentos (%)
Hernia	26	Epilepsia	22	Enfermedades cardíacas	17
Enfermedad de la glándula Tiroides	23	Cancerología	21	Enfermedades reumáticas	17
Cancerología	16	Enfermedades cardíacas	21	Cancerología	16
Enfermedades cardíacas	16	Enfermedad de la glándula Tiroides	18	Problemas de columna o espalda	13
Enfermedades reumáticas	16	Enfermedades reumáticas	18	Epilepsia	12
Epilepsia	15	Hipertensión arterial	17	Diabetes	12
Hipertensión arterial	13	Problemas de columna o espalda	16	Enfermedad de la glándula Tiroides	12

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Las enfermedades con el menor nivel de surtimiento de medicamentos en la farmacia de la unidad médica y que coinciden para los tres años son: cáncer, Enfermedades Cardíacas, Enfermedad de la glándula tiroides, Epilepsia y Enfermedades reumáticas. De dichas enfermedades, la Enfermedad de la glándula tiroides y Cáncer son las que coinciden con la lista de los problemas de salud con el mayor nivel de insatisfacción, por lo que el nivel de surtimiento de medicamentos podría ser uno de los factores que influyen en su nivel de satisfacción, aunque no se puede generalizar para todos los problemas de salud, dado que los pacientes con Epilepsia y Enfermedades cardíacas, también son de los más satisfechos.

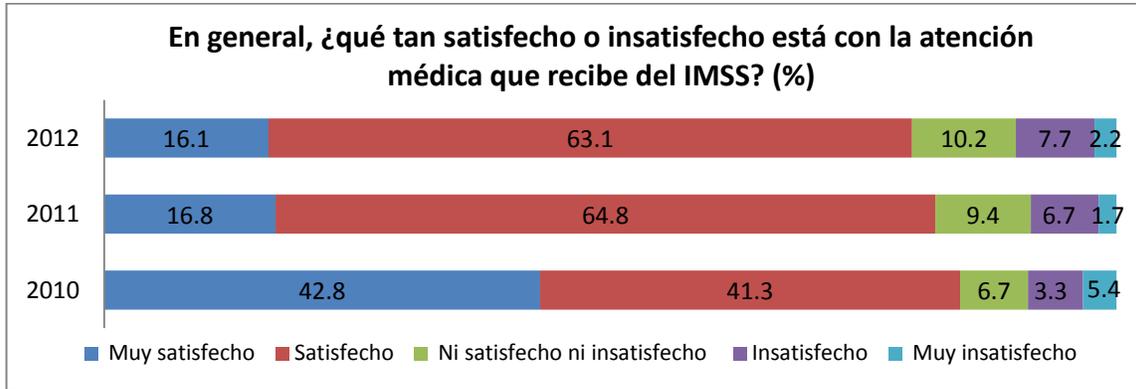
7.1.2. ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Para el segundo nivel de atención, el nivel de satisfacción respecto a la atención médica del IMSS, también presenta una notable disminución de 2010 a 2011, en el caso del nivel de satisfacción más alto. Lo cual se asocia, como en el primer nivel de atención, a la diferencia en las opciones de respuesta, ya que en las encuestas de 2010 la opción "Satisfecho" se incluyó como "Algo satisfecho" por lo que se asume que los encuestados eligieron con mayor frecuencia la opción "Muy satisfecho" en 2010 y "Satisfecho" en 2011 y 2012.

Por ende, tomando en cuenta el porcentaje de usuarios que se encuentran Satisfechos ("Muy satisfechos" y "Satisfechos") el 84.1% en 2010, el 81.6% en 2011 y el 79.2%, en 2012, se puede concluir que alrededor del 80% de los derechohabientes en los tres años de estudio,

se encontraron satisfechos con la atención médica del segundo nivel de atención.

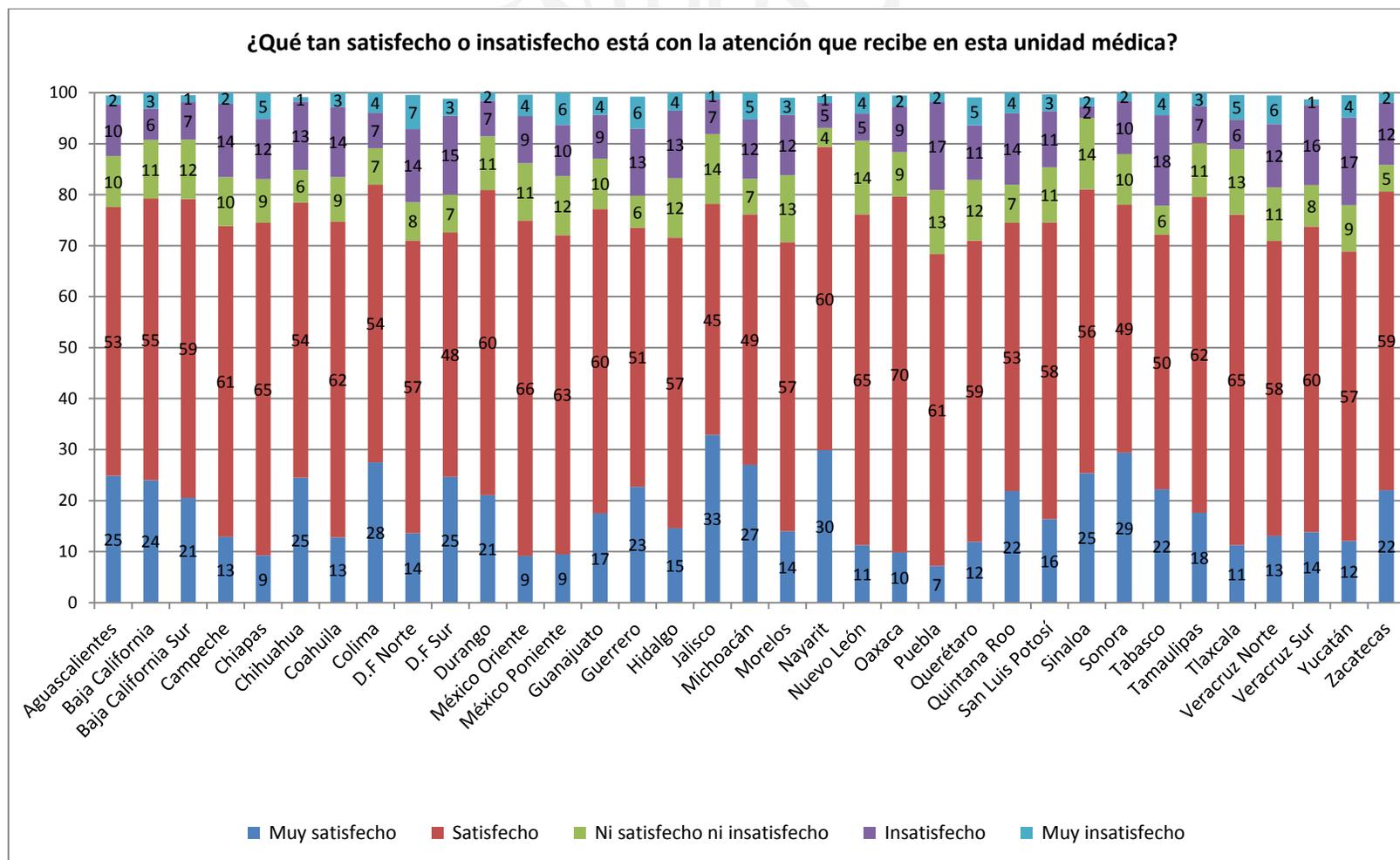
GRÁFICA 7.13. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

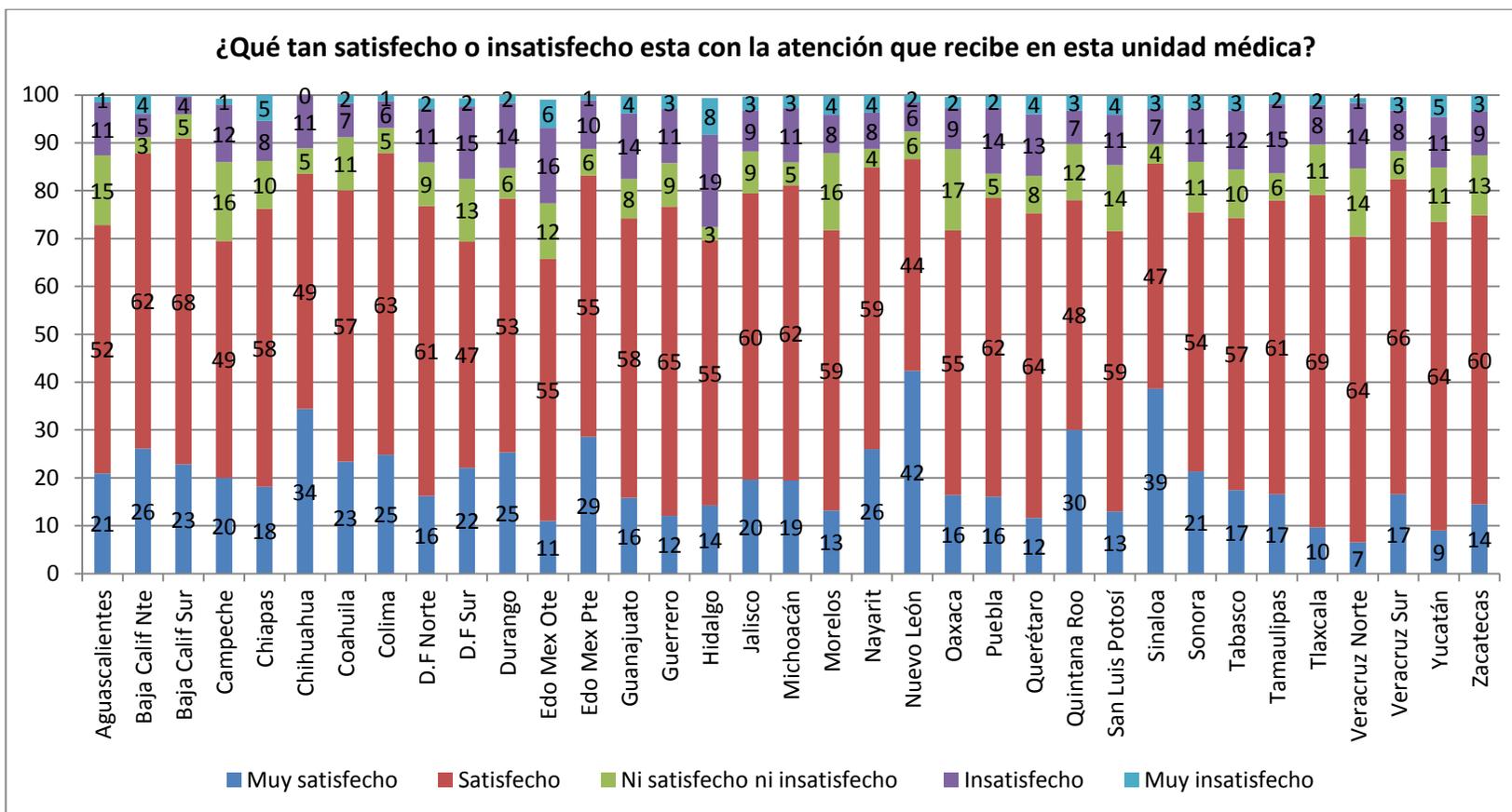
Respecto al nivel de satisfacción por delegación, las unidades del segundo nivel de atención del IMSS mejor evaluadas en el año 2010, fueron las unidades de las delegaciones de Nuevo León, Sinaloa, Chihuahua, Baja California y Baja California Sur, mientras que las unidades con los menores niveles de satisfacción se encuentran en las delegaciones del Estado de México zona Oriente e Hidalgo.

GRÁFICA 7.14. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

GRÁFICA 7.15 SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR DELEGACIÓN, 2012-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

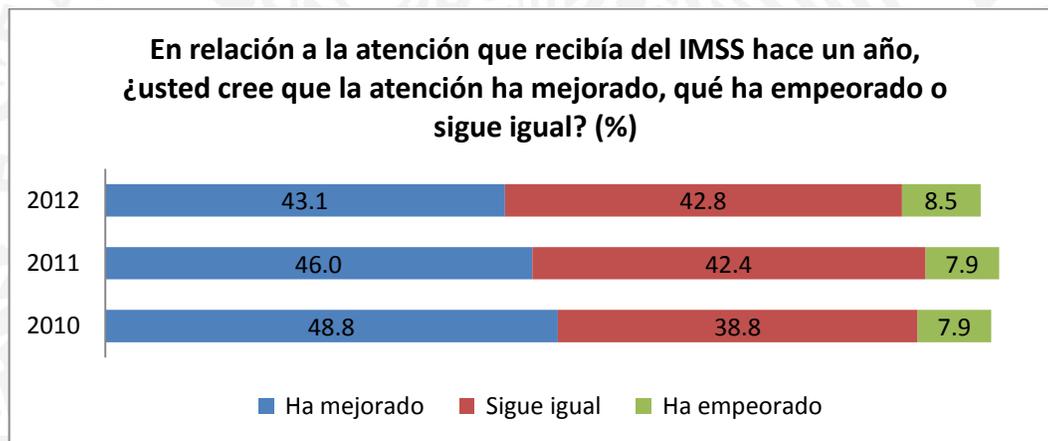


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2011.

En el año 2012, las unidades médicas con los mayores niveles de satisfacción se ubican en las delegaciones de Jalisco, Nayarit, Sonora y Colima. Por su parte, las unidades con los mayores niveles de insatisfacción fueron las que se ubican en Tabasco, DF zona norte, Yucatán, Guerrero, DF zona sur y Puebla. El nivel de insatisfacción de 2011 a 2012 aumentó, ya que fue mayor el número de estados con unidades médicas que presentaron un mayor porcentaje de derechohabientes “Insatisfechos” o “Muy insatisfechos.”

Respecto a la comparación del servicio un año antes de la realización de la encuesta, la mayor parte de los derechohabientes opinó que había mejorado sobre todo para 2010, ya que en 2011 y 2012, el porcentaje de pacientes que pensaban que el servicio seguía igual, presenta menor diferencia respecto al que pensaba que había tenido una mejoría.

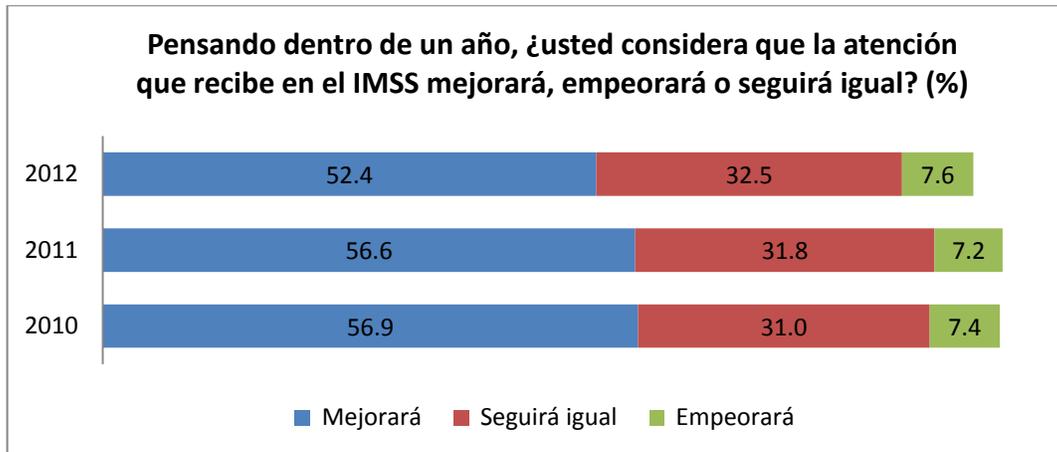
GRÁFICA 7.16. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Por su parte, para los tres años de estudio, más del 50% de los derechohabientes consideraron que en un año la atención médica mejoraría. Por lo tanto, las expectativas del segundo nivel de atención del IMSS, se mantuvieron favorables.

GRÁFICA 7.17. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Hallazgos servicio médico segundo nivel

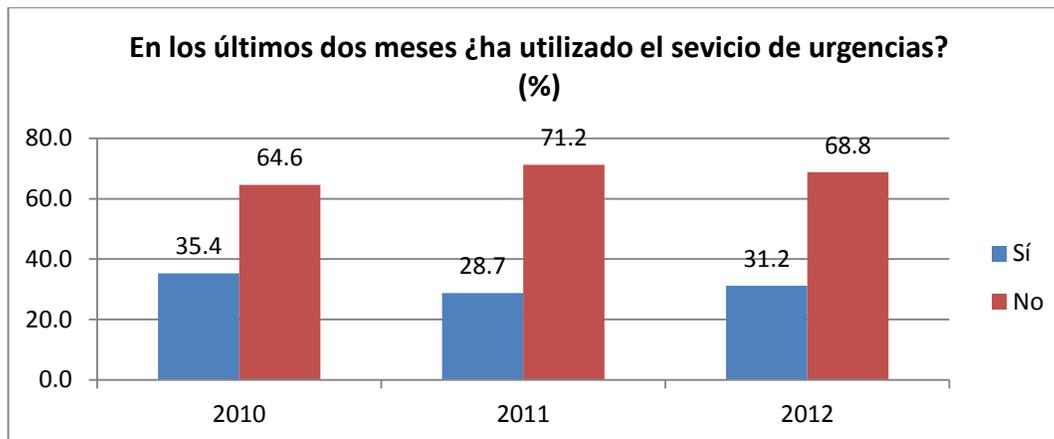
Para el caso de la evaluación de la satisfacción por parte de los derechohabientes en las unidades médicas de segundo nivel, las comparaciones para los tres años de estudio se basan sobre todo en los servicios que utilizaron y en el nivel de satisfacción que obtuvieron, dado que no hay una especificación de los problemas de salud, para los años 2011 y 2012.

Los servicios de segundo y tercer nivel son Servicio de urgencias, Servicio de Cirugía y Hospitalización, para cada uno se presenta el porcentaje de derechohabientes que utilizaron cada servicio y la calificación otorgado por los usuarios respecto al servicio, así como aspectos relevantes de cada servicio, relacionados sobre todo con la prevención y en general, asociados al logro de metas del Pp E002.

Servicio de Urgencias, Segundo nivel de atención médica

El porcentaje de derechohabientes que utilizó el servicio de urgencias para cada año en el tiempo señalado, se encuentra en un rango entre 28.7% a 35.4%, lo que en términos absolutos es igual a 29,841 derechohabientes en 2010, 24,418 en 2011 y 27,832 en 2012.

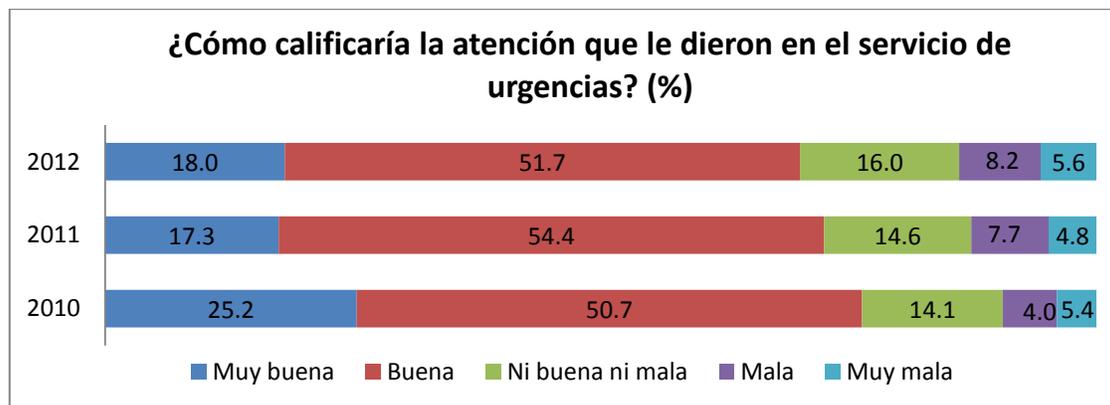
GRÁFICA 7.18. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS-SEGUNDO NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los derechohabientes que utilizaron el servicio de urgencias en los tres años, calificaron el servicio como “Bueno”, aunque de 2010 a 2012, disminuyó el porcentaje de usuarios que calificaron como “Muy buena” a la atención en dicho servicio.

GRÁFICA 7.19. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

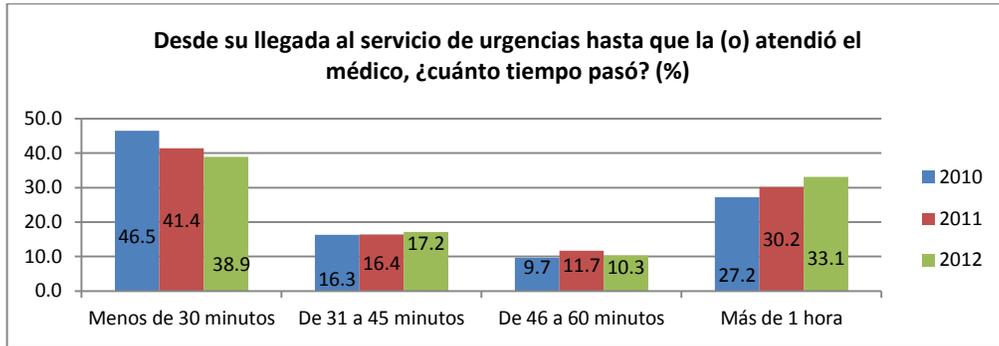


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Con el objetivo de analizar la eficacia del servicio de urgencias, se realiza una comparación para los tres años de estudio, del tiempo que paso de la llegada de los usuarios al servicio de urgencias hasta que fueron atendidos por el médico. El tiempo de espera más frecuente es menos de 30 minutos, sin embargo, también lo es más de una hora, aunque con menor porcentaje. De 2010 a 2011 y de 2011 a 2012, el porcentaje de derechohabientes que

esperaron a ser atendidos menos de 30 minutos disminuyó y aumentó el porcentaje de los que esperaron más de una hora, los que esperaron de 31 minutos a 60 minutos, no presenta mucha variación entre los tres años.

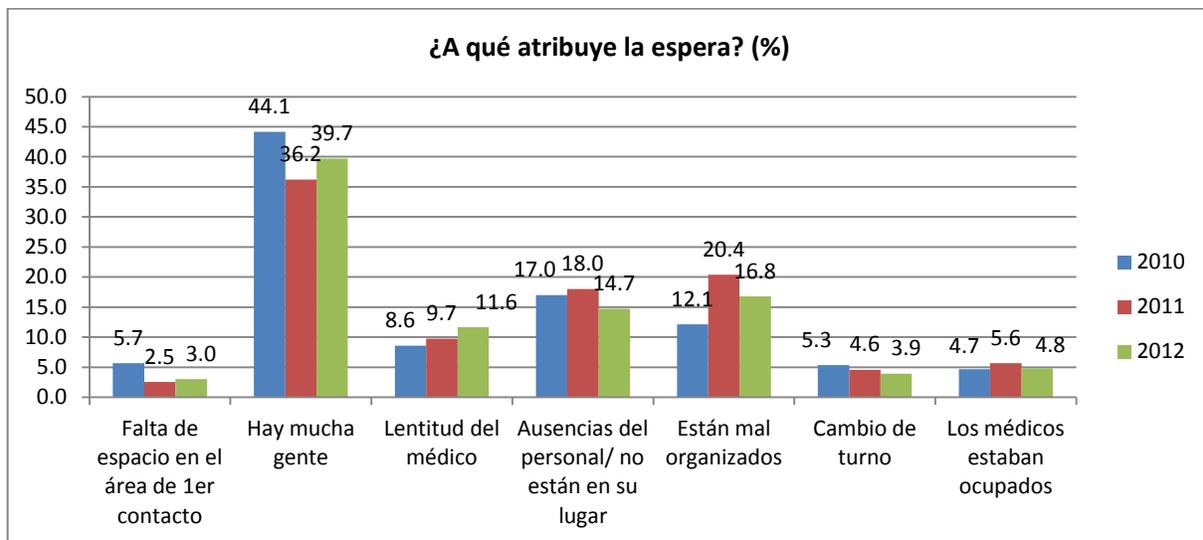
GRÁFICA 7.20. TIEMPO DE LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Dado que es importante determinar los cuellos de botella que puedan existir en este servicio que se caracteriza por tener como principal objetivo el ofrecer una atención oportuna, se presenta el motivo al que atribuyen los derechohabientes el tiempo de espera en el servicio de urgencias.

GRÁFICA 7.21. MOTIVOS DEL TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS DE ACUERDO A LOS DERECHOHABIENTES

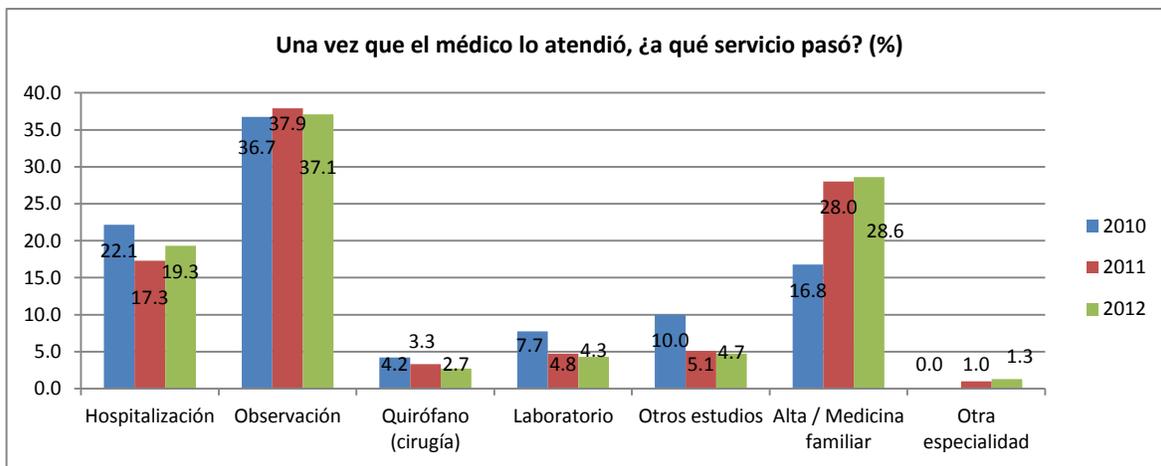


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

En términos generales, respecto a los motivos del tiempo de espera, las menciones más frecuentes son el que Hubiera mucha gente, la Mala organización y las Ausencias del personal.

Con el fin de determinar si la urgencia por la que asistieron los derechohabientes a una unidad médica de segundo nivel era justificada, se presenta el servicio al que pasaron los derechohabientes una vez que el médico los atendió en el servicio de urgencias (Gráfica 21) y después se presenta una gráfica que relaciona el tiempo de espera desde la llegada al servicio de urgencias hasta que fueron atendidos por el médico, respecto al servicio al que pasaron después (Gráfica 22). La gráfica 21 muestra que la mayor parte de los derechohabientes pasaron a Observación, seguido de los que fueron dados de Alta y que fueron enviados a Medicina familiar y en tercer lugar sigue el porcentaje de derechohabientes que fueron Hospitalizados.

GRÁFICA 7.22. SERVICIOS A LOS QUE PASARON LOS DERECHOHABIENTES DESPUÉS DE SER ATENDIDOS EN URGENCIAS

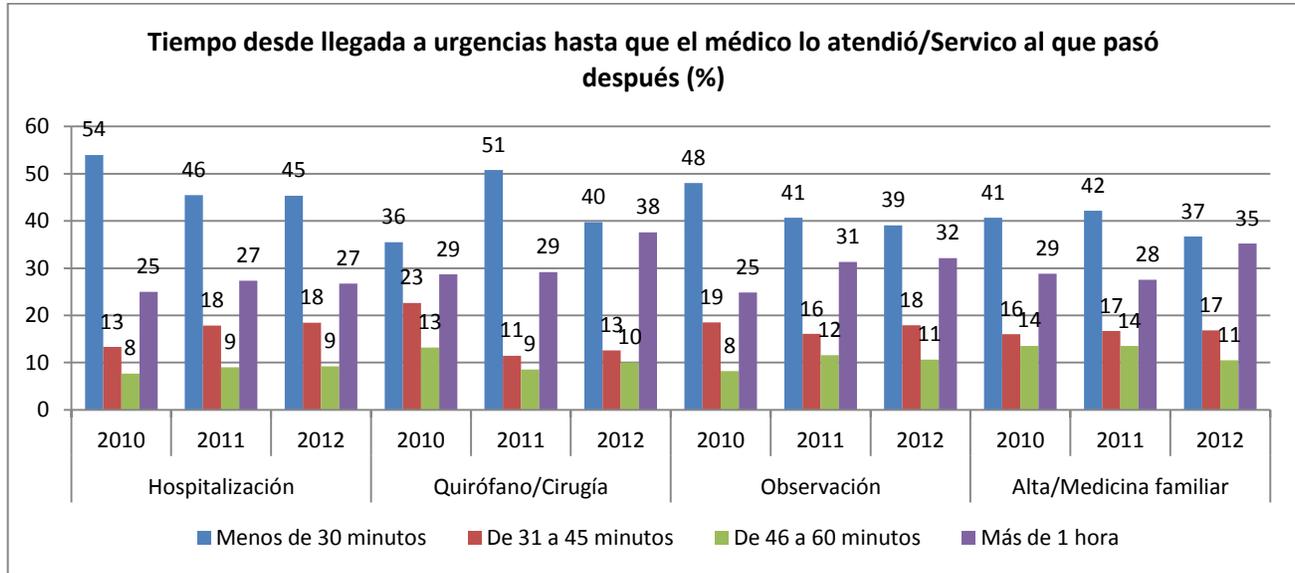


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La gráfica 22, muestra que los pacientes que pasaron a Hospitalización y a Quirófano/Cirugía, una vez que fueron atendidos por el médico, fueron los que esperaron el menor lapso de tiempo desde su llegada al servicio de urgencias (Menos de 30 minutos). Sin embargo, entre el 25% y 27% de los que fueron hospitalizados esperaron Más de 1 hora, asimismo el 29% de los que pasaron a Quirófano, en 2010 y 2011, esperaron dicho lapso de tiempo, además el porcentaje aumentó a 38% en 2012. Por ende, aunque si tienden a ser menores los lapsos de tiempo que esperan los pacientes que llegan a urgencias por motivos de mayor gravedad (Hospitalización y Cirugía) no se puede determinar gran diferencia en

los tiempos de espera de acuerdo al motivo por el que los pacientes llegan a urgencias.

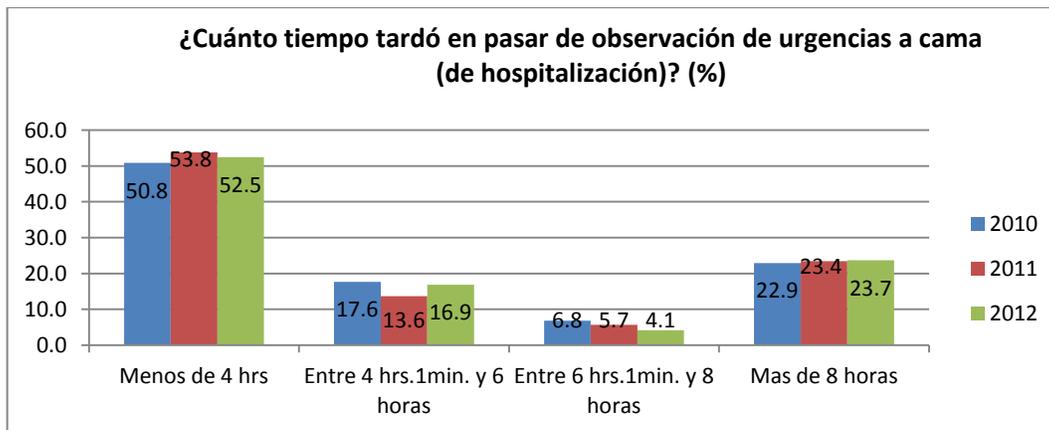
GRÁFICA 7.23. TIEMPO LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO/SERVICIO AL QUE PASO EL DERECHOHABIENTE



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

A los derechohabientes que fueron hospitalizados, se les preguntó cuánto tiempo pasó en que se les diera cama en la unidad médica, lo cual se muestra en la siguiente gráfica. Poco más del 50% esperaron Menos de 4 horas, aunque el tiempo de espera que sigue en frecuencia es de Más de ocho horas, para los tres años de estudio.

GRÁFICA 7.24. TIEMPO PARA PASAR DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN

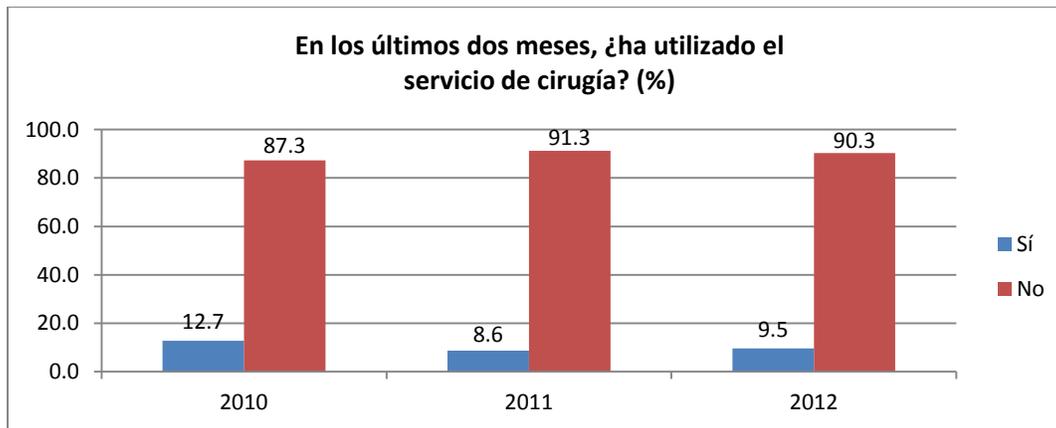


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Servicio de Cirugía, Segundo nivel de atención médica

El porcentaje de derechohabientes que ha utilizado el servicio de cirugía, para cada año, en los últimos dos meses antes de la entrevista, se mantuvo en un rango de 8.6% a 12.7%. En 2010, el número de pacientes que utilizaron el servicio de cirugía en cada periodo fueron 10,739 en 2010, 7,308 en 2011 y 8,522 en 2012.

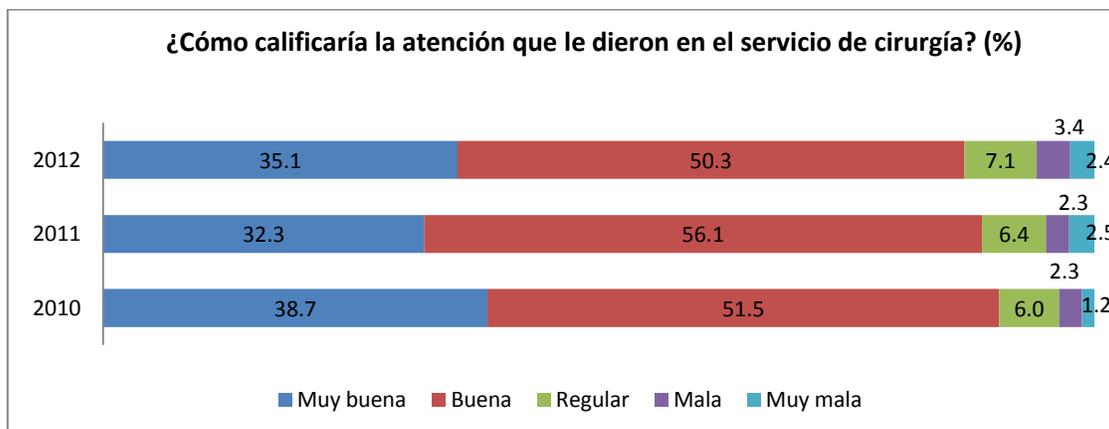
GRÁFICA 7.25. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA-SEGUNDO NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La calificación al servicio de cirugía no presenta gran variación entre los tres años, la mayoría de los derechohabientes, más del 50%, califica al servicio como "Bueno", y menos del 6% lo califican de "Malo" y "Muy malo."

GRÁFICA 7.26. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

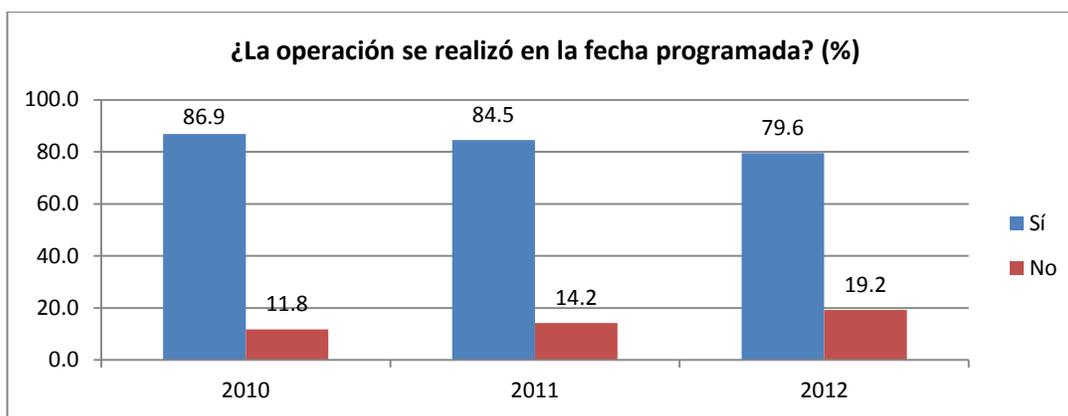


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Con el fin de evaluar la eficiencia del segundo nivel de atención se presentan cuestiones asociadas a la capacidad de atención en tiempo y calidad.

Respecto a la realización de la operación en la fecha programada, la mayor parte de los derechohabientes indicó que sí se realizó a tiempo, más del 80% en 2010 y 2011. No obstante para el año 2012, dicho porcentaje disminuyó y aumentó porcentaje de pacientes a quienes no operaron en la fecha programada, respecto a los dos años anteriores.

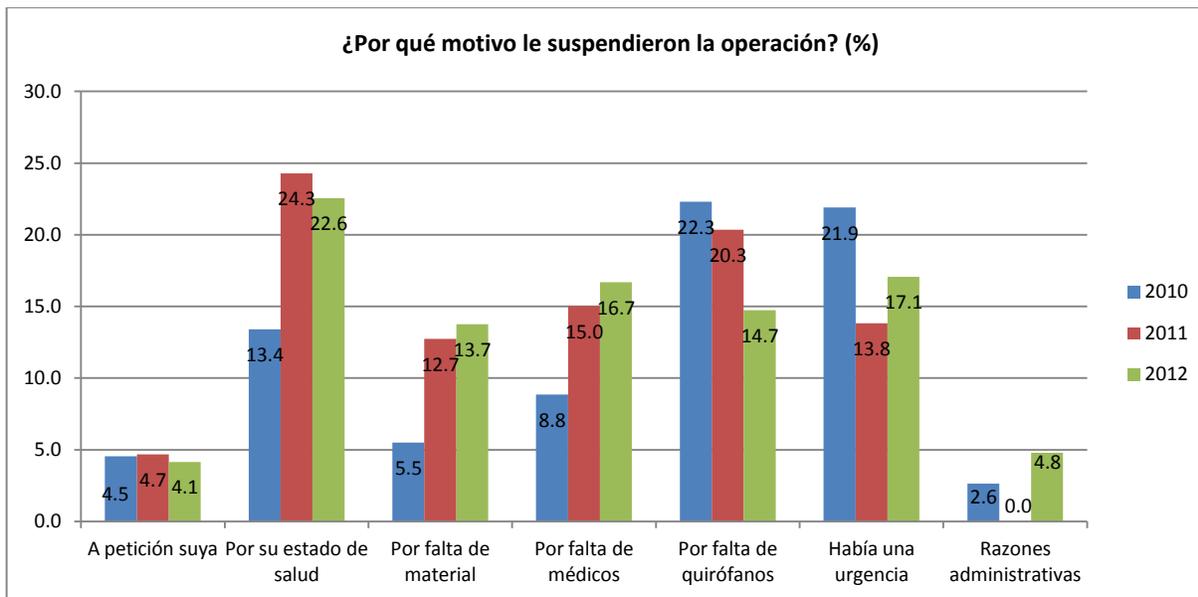
GRÁFICA 7.27. REALIZACIÓN OPERACIÓN FECHA PROGRAMADA



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

A los derechohabientes que no operaron en la fecha programada, que en término absolutos fueron igual a 1,269, 1,035 y 1,639 personas en 2010, 2011 y 2012, respectivamente; se les preguntó el motivo de la suspensión de la operación, siendo los más frecuentes Por su estado de salud, Por falta de quirófanos y porque Había una urgencia en el hospital.

GRÁFICA 7.28. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Los motivos asociados a la falta de personal e infraestructura de las unidades hospitalarias, representan un alto porcentaje en los atrasos de las operaciones, tal como lo muestra el cuadro 5. Incluso el porcentaje de derechohabientes a quienes les suspendieron su operación dada la falta de recursos hospitalarios, ha aumentado en 2011 y 2012, respecto a 2010.

CUADRO 7.5 MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS POR FALTA DE RECURSOS HOSPITALARIOS

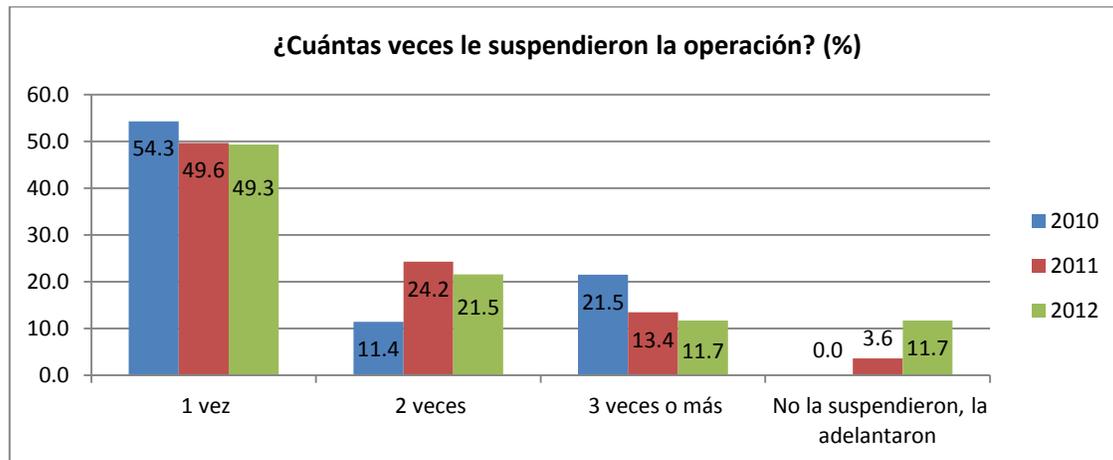
Motivo	Derechohabientes que les han suspendido su operación (%)		
	2010	2011	2012
Por falta de material	5.5	12.7	13.7
Por falta de médicos	8.8	15.0	16.7
Por falta de quirófanos	22.3	20.3	14.7
Había una urgencia	21.9	13.8	17.1
Total	58.5	61.9	62.2

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Las veces que les fue suspendida la cirugía a los derechohabientes, se muestra en la siguiente gráfica, de acuerdo a la cual alrededor del 50% respondieron que solo una vez les

fue suspendida, el porcentaje de pacientes a quienes se les ha cancelado la operación 1 y 3 veces o más en 2010, es mayor respecto a 2011 y 2012. En el último año, al 11.7% de los que se sometieron a cirugía se les pudo adelantar la operación.

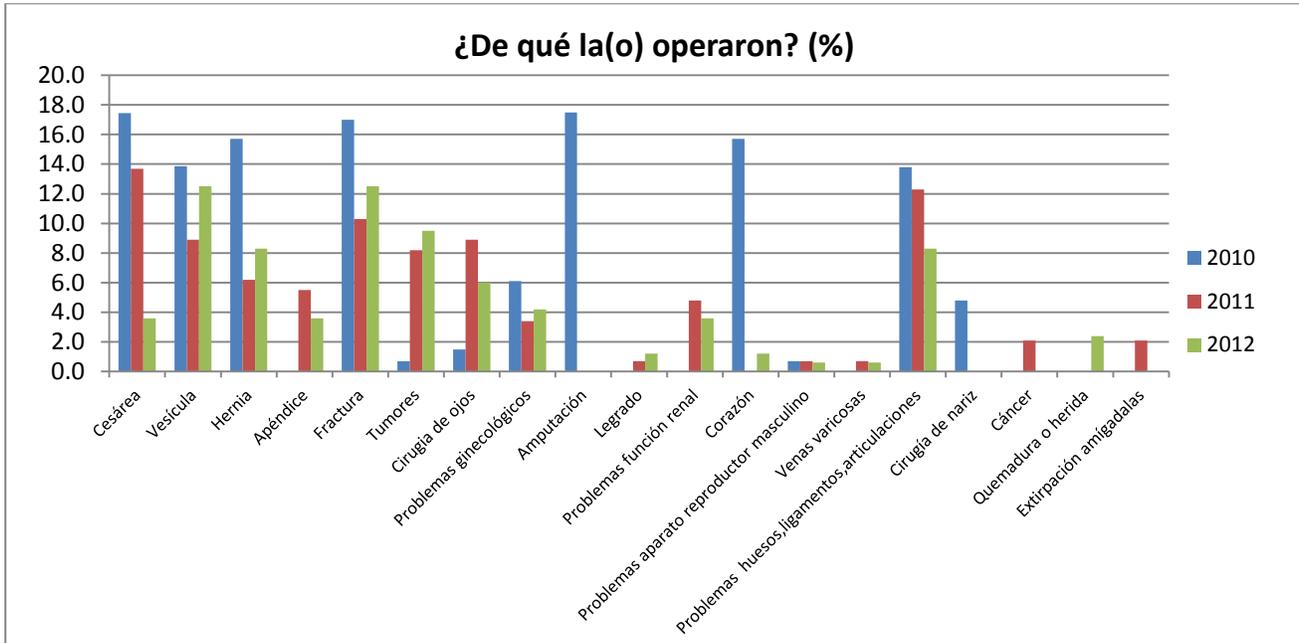
GRÁFICA 7.29. VECES QUE FUE SUSPENDIDA LA OPERACIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Los padecimientos que requirieron de cirugía, se muestran en la siguiente gráfica, aunque la comparación, quedo sujeta a la variación de los padecimientos de un año a otro y a fallas de especificación. Los problemas de salud por los que fue necesario operar y con mayor frecuencia, fueron por Cesárea, Vesícula, Hernia, Apéndice, Fractura, Tumores, Problemas de huesos, ligamentos y articulaciones, Problemas ginecológicos y Cirugías de los ojos.

GRÁFICA 7.30. CIRUGÍAS REALIZADAS EN 2010, 2011 Y 2012 (%)



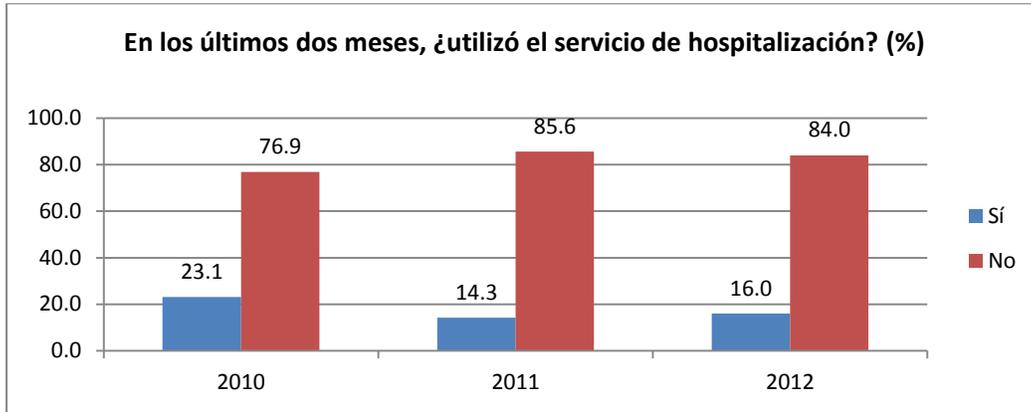
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Cabe mencionar que las cirugías de ojos, amputaciones, problemas de la función renal y las operaciones del corazón, se asocian frecuentemente a problemas crónico degenerativos, lo cual se relaciona con la alta frecuencia de los problemas de salud del primer nivel, Diabetes e Hipertensión arterial, aunque para el caso del segundo nivel de atención, no se tiene el registro del problema de salud específico.

Servicio de Hospitalización, Segundo nivel de atención médica

El porcentaje de derechohabientes que utilizó el servicio de hospitalización en cada periodo de los tres años, presenta un rango entre 14.3% a 23.1%, lo que equivale a 19,501, 12,121 y 14,258 derechohabientes en 2010, 2011 y 2012, respectivamente.

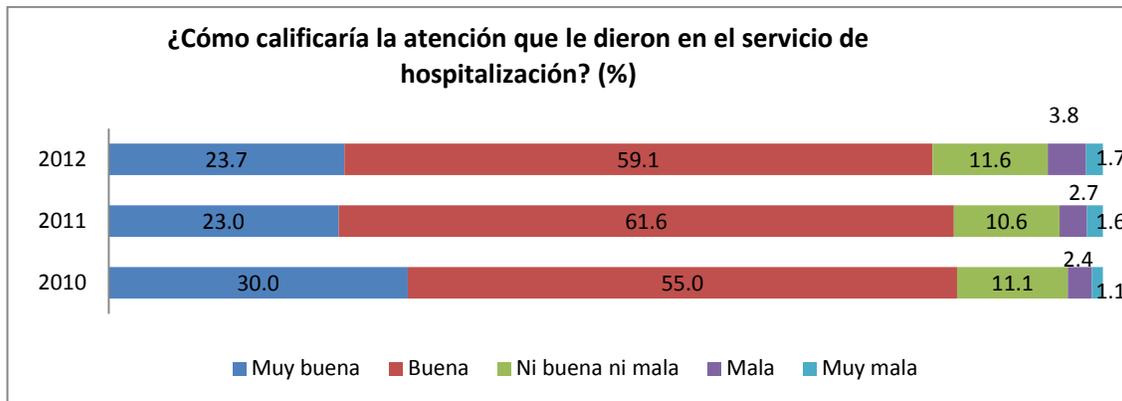
GRÁFICA 7.31. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN-SEGUNDO NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El servicio de hospitalización, fue calificado en su mayoría como "Bueno", seguido de "Muy Bueno", ambos representan al 85% de pacientes en 2010, 84.6% en 2011 y 82.8% en 2012.

GRÁFICA 7.32. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Para saber el número de noches promedio que pasaron los derechohabientes en el servicio de hospitalización en los tres años del estudio, se presenta el siguiente cuadro, con los principales estadísticos descriptivos.

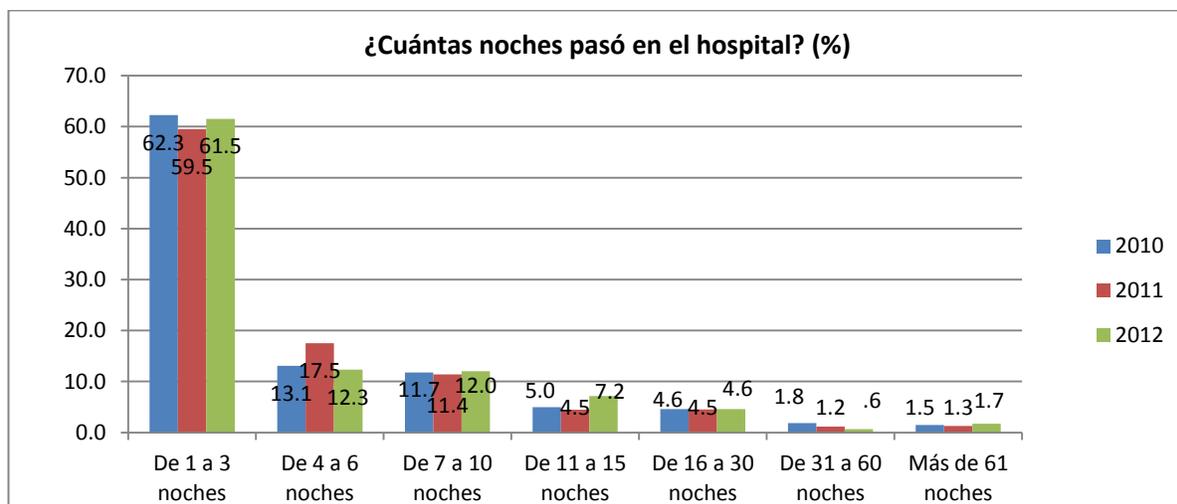
CUADRO 7.6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL

¿Cuántas noches pasó en el hospital?			
	2010	2011	2012
Media	5.57	5.17	5.09
Moda	1	1	1
Desviación estándar	8.94	7.26	6.39
Rango	82	99	59
Mínimo	1	1	1
Máximo	83	100	60

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El número de noches promedio en el hospital en los tres años, fue de 6 noches en 2010 y 5 en 2011 y 2012, sin embargo, no son promedios suficientemente explicativos, ya que el rango es muy amplio, el año con menor dispersión en los datos es 2012, es decir tanto su rango como su desviación estándar son menores. El número de noches que pasan los pacientes en el hospital con mayor frecuencia, fue igual a una noche para los tres años del estudio; en 2010, el 30% de los derechohabientes hospitalizados estuvieron una noche, mientras que en 2011, fue el 23% y en 2012 el 28%. La mayor parte de los derechohabientes pasan entre 1 a 6 noches, como lo indica la siguiente gráfica.

CUADRO 7.7. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL (%)

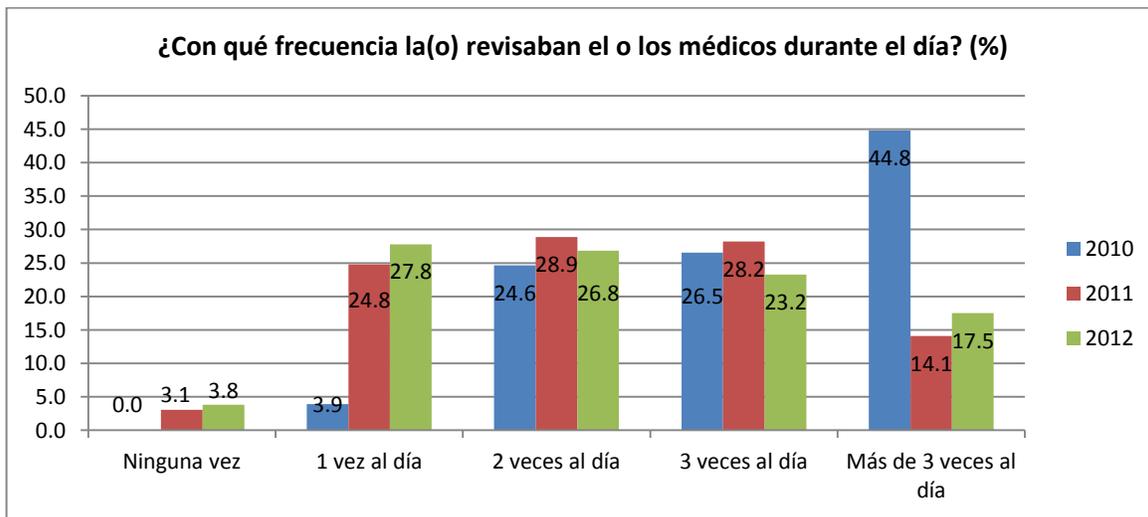


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Aproximadamente el 60% de derechohabientes que se hospitalizaron entre 2010 y 2012, pasaron de 1 a 3 noches en el hospital. El porcentaje de pacientes que pasaron de 4 hasta 6 noches, fue mayor en 2011, mientras que no hubo mucha variación entre los tres años de los que pasaron de 7 a 10 noches. Dado que el porcentaje de derechohabientes que pasan más de 11 noches es bajo, entonces se puede concluir que la mayor parte de los derechohabientes que se hospitalizan, pasan de 1 a 10 noches en el hospital, dicho porcentaje fue igual a 87.1% en 2010, 88.5% en 2011 y 85.8% en 2012.

Para saber la calidad en el servicio de hospitalización, se presenta la frecuencia de revisión de los médicos durante el día, la gráfica indica que en 2010, era más frecuente que los médicos revisaran a los pacientes en el día más de tres veces, aunque los derechohabientes que respondieron que eran revisados dos y tres veces en el día, fue igual a 51.2% en 2010, 57.1% en 2011, y 50.1% en 2012, lo cual es buen indicativo de la atención por parte del personal médico, aún con la disminución de la revisión más frecuente para 2011 y 2012.

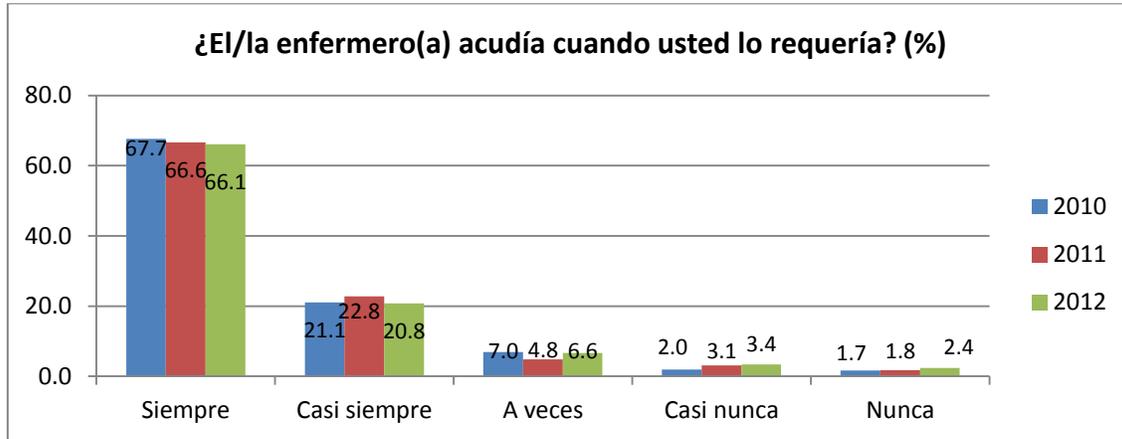
GRÁFICA 7.33. NÚMERO DE REVISIONES AL DÍA POR LOS MÉDICOS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

De acuerdo a los pacientes hospitalizados, el personal de enfermería, sí se mantuvo al pendiente de ellos, ya que el 88.7%, el 89.4 % y el 86.9% de los derechohabientes, en 2010, 2011, y 2012, respectivamente, afirmó que los(as) enfermeros(as) acudían a ellos cuando les requerían Siempre o Casi siempre.

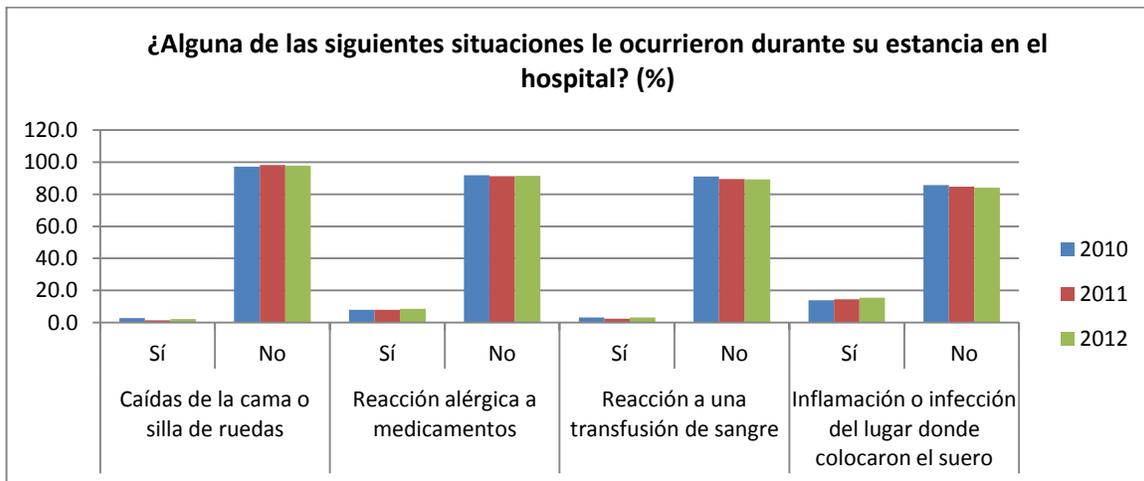
GRÁFICA 7.34. FRECUENCIA DE REVISIÓN POR PARTE DEL (LA) ENFERMERO (A)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

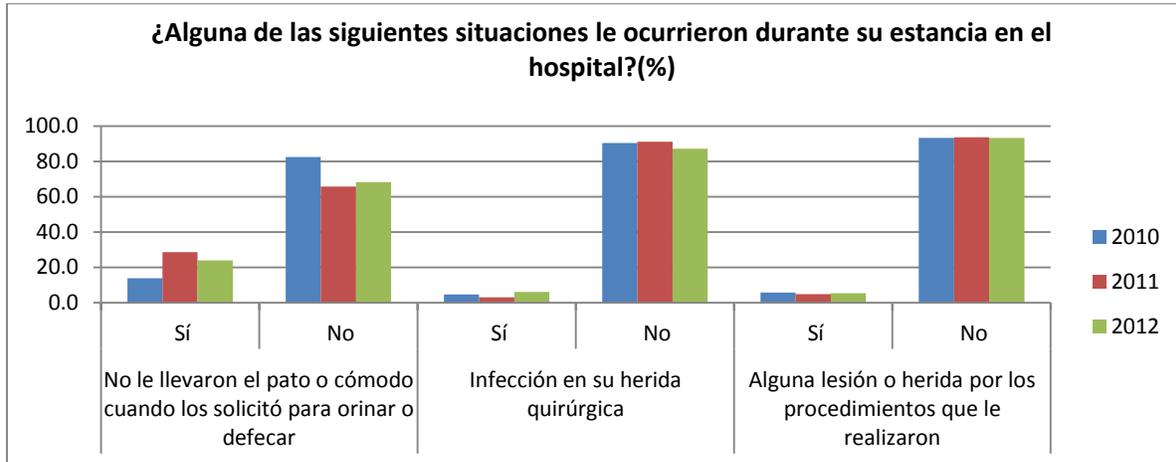
Para evaluar la seguridad de los pacientes al ser hospitalizados en las unidades del IMSS, en el segundo nivel de atención, se presentan las siguientes gráficas que resumen los resultados de algunas de las situaciones que ocurrieron en su estancia en el hospital.

GRÁFICA 7.35. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (PRIMERA PARTE)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

GRÁFICA 7.36. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (SEGUNDA PARTE Y ÚLTIMA)



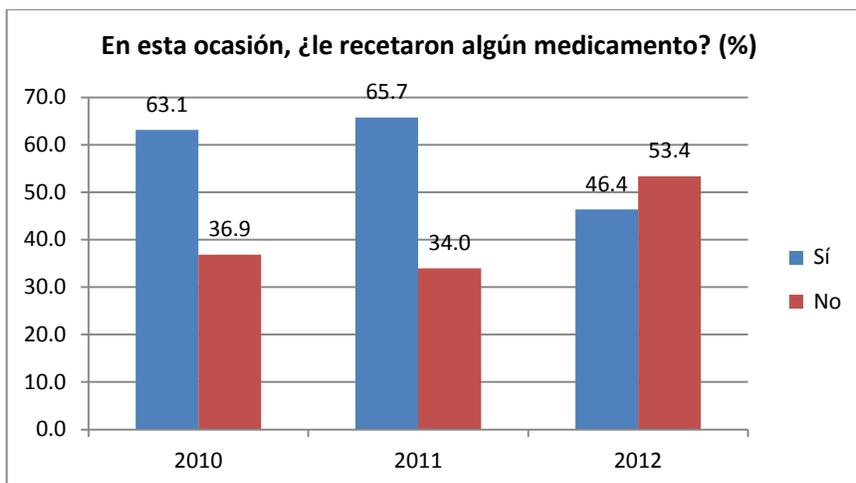
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de las situaciones que se mencionan en los gráficos, se presentaron pocas veces, siendo los más frecuentes, "Inflamación o infección del lugar donde colocaron el suero", ocurriéndole a cerca del 15% de los pacientes hospitalizados en los tres años y "No le llevaron el plato o cómodo cuando los solicitó para orinar o defecar", que aumentó su frecuencia en 2011 y 2012, siendo igual a 28.5 y 23.9%, en cada año.

Surtimiento de medicamentos-Segundo nivel de atención

Es menor el porcentaje de derechohabientes a quienes se les recomendó uno o más medicamentos, respecto a los resultados del primer nivel de atención. En el segundo nivel se les recetó medicamentos en promedio al 64.4% de los derechohabientes en 2010 y 2011, en 2012, el porcentaje disminuyó, llegando a ser menor al 50%.

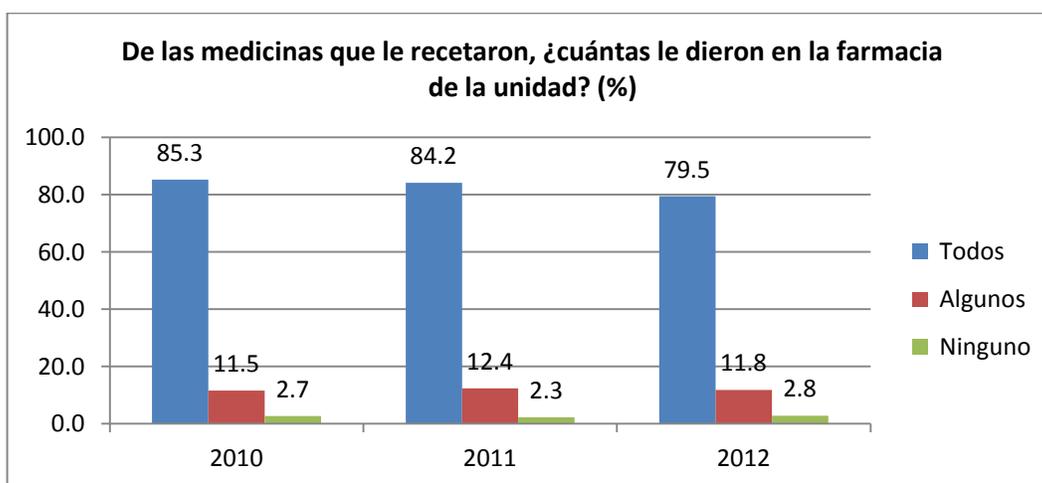
GRÁFICA 7.37. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

El mayor nivel de surtimiento de medicamentos en los tres años de estudio, se mantuvo cercano o superior al 80%, siendo muy bajo el porcentaje de derechohabientes a quienes no se les dio ningún medicamento, menor al 3%. Sin embargo, si se toma en cuenta los pacientes a quienes no se les dio algún medicamento y se suman a los que no se les otorgó ningún medicamento, la cifra es igual a 14.2%, 14.7% y 14.6% en 2010, 2011 y 2012, respectivamente.

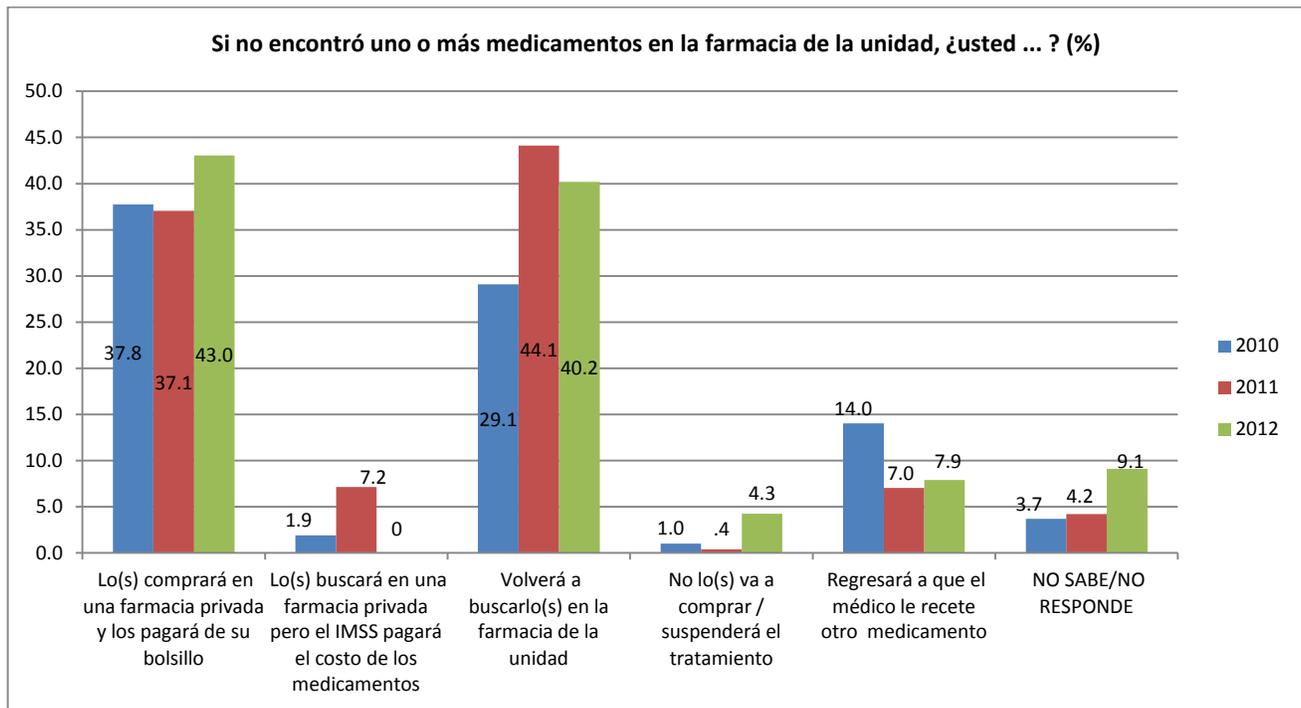
GRÁFICA 7.38. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los derechohabientes que no encontraron uno o más medicamentos en la farmacia de la unidad, contestaron que “Comprarían los medicamentos en una farmacia privada” o que “Volverían a buscarlos en farmacia de la unidad.” En 2010, fue mayor el porcentaje de pacientes quienes dijeron que “Regresarían a que el médico les recete otro medicamento, mientras que en 2012, aumentó el porcentaje de derechohabientes que mencionó que “No compraría el medicamento o suspendería el tratamiento.”

GRÁFICA 7.39. ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

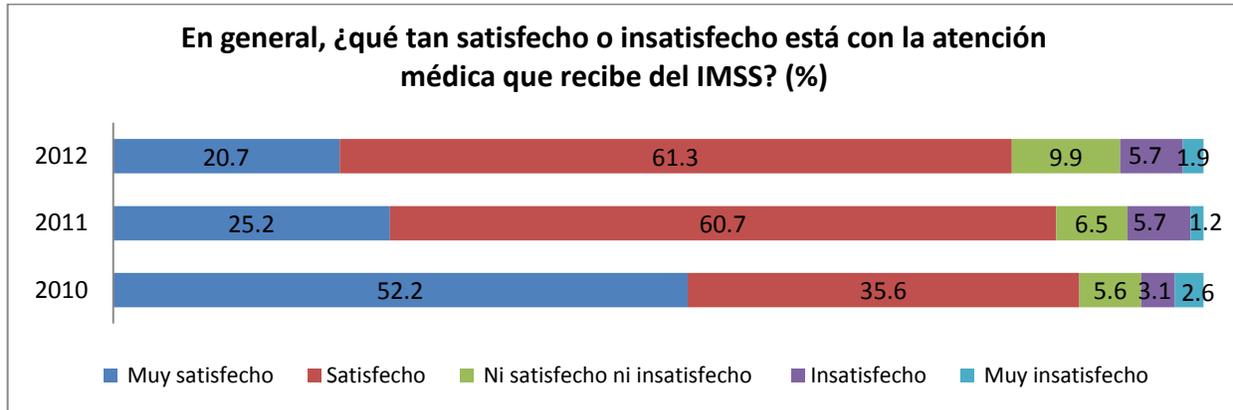
7.1.3. ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

La atención médica en el tercer nivel de atención de IMSS, presentan una relevante disminución en el nivel de satisfacción más alto, en 2010, el 52.2% de los derechohabientes se sentían “Muy satisfechos” mientras que en 2011, dicho porcentaje bajo a poco menos de la mitad, siendo igual a 25.2% y en 2012 igual a 20.7%. Lo anterior, al igual que en los casos de primer y segundo nivel, se atribuyen a la diferencia en las opciones de respuesta “Algo Satisfecho” en 2010 y “Satisfecho” en 2011 y 2012.

En 2011 y 2012, es mayor el porcentaje de pacientes “Insatisfechos” o “Muy insatisfechos”,

siendo igual a 7% y 7.6%, respectivamente, en comparación con 2010, lo cual fue igual a 5.7%.

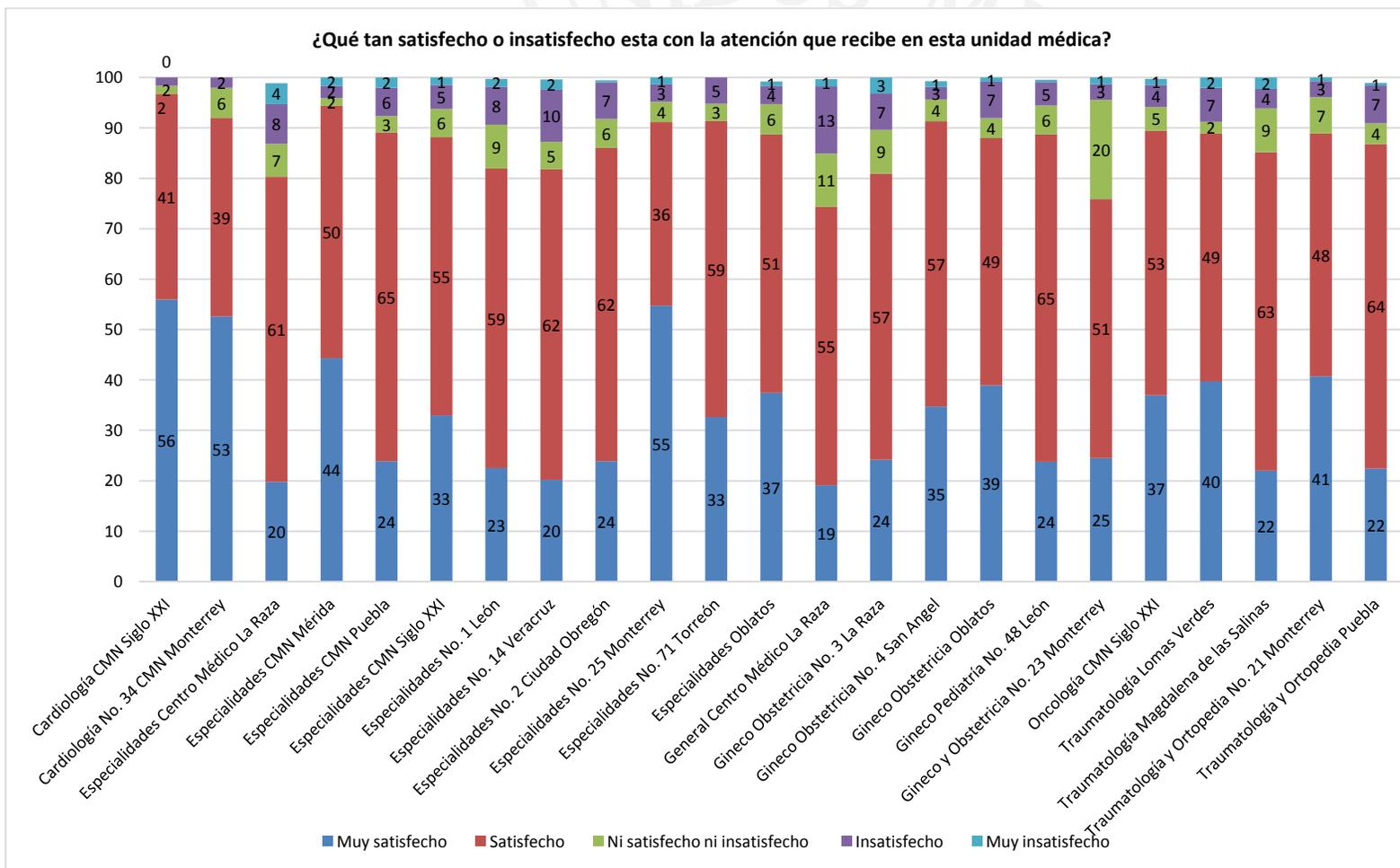
GRÁFICA 7.40. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

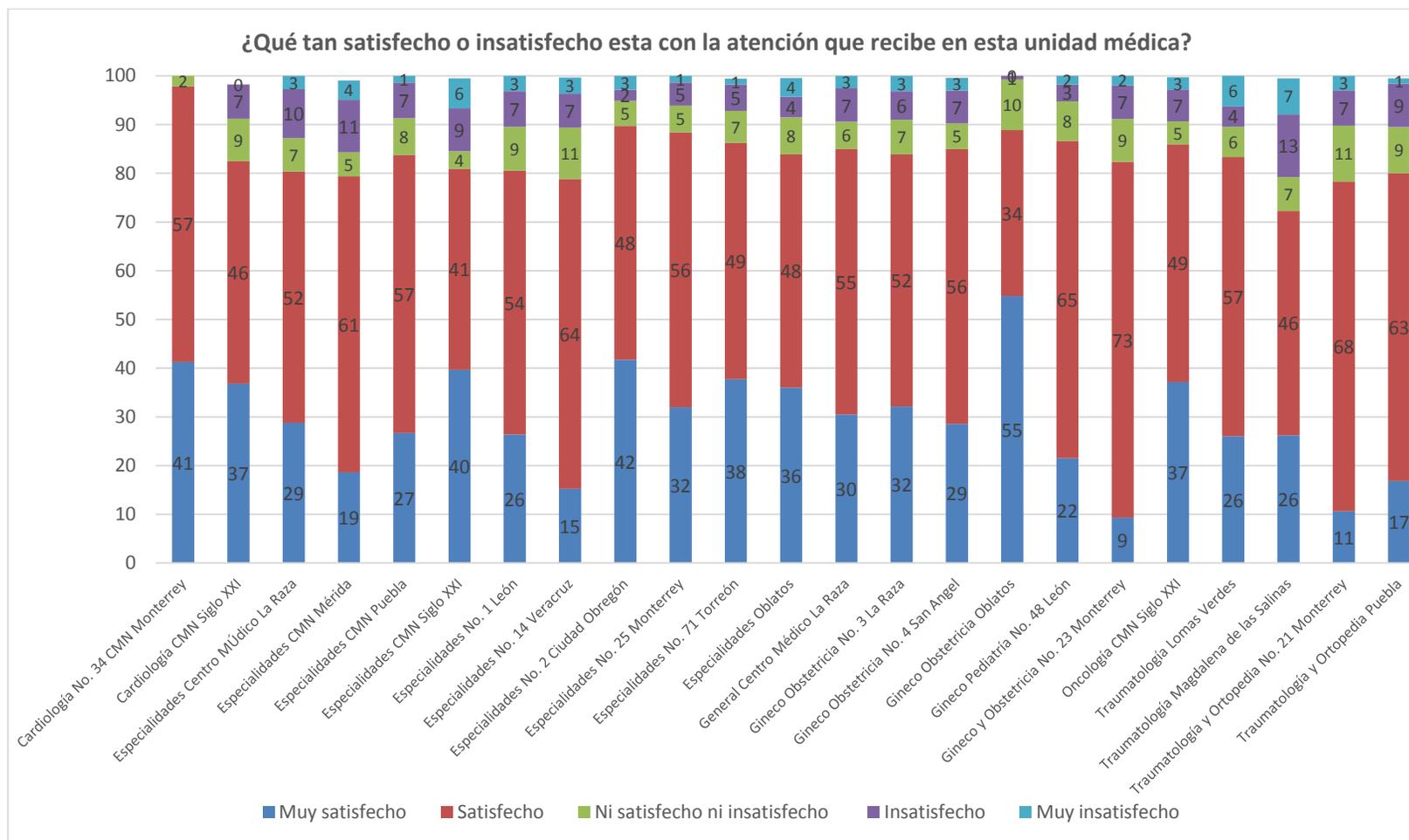
Respecto a la comparación del nivel de satisfacción por la ubicación de la unidad médica en cada una de las 35 delegaciones, a diferencia del primer y segundo nivel de atención, los resultados para el tercer nivel se presentan por unidad médica. Las unidades mejor evaluadas en 2011, fueron la Unidad de Especialidades No. 25 de Monterrey, la Unidad de Cardiología Siglo XXI y La Unidad de Cardiología No. 34 en Monterrey, mientras que la peor evaluada fue el Centro Médico la Raza.

GRÁFICA 7.41 . SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD MÉDICA, 2011-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

GRÁFICA 7.42. SATISFACCIÓN ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD MÉDICA, 2012- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

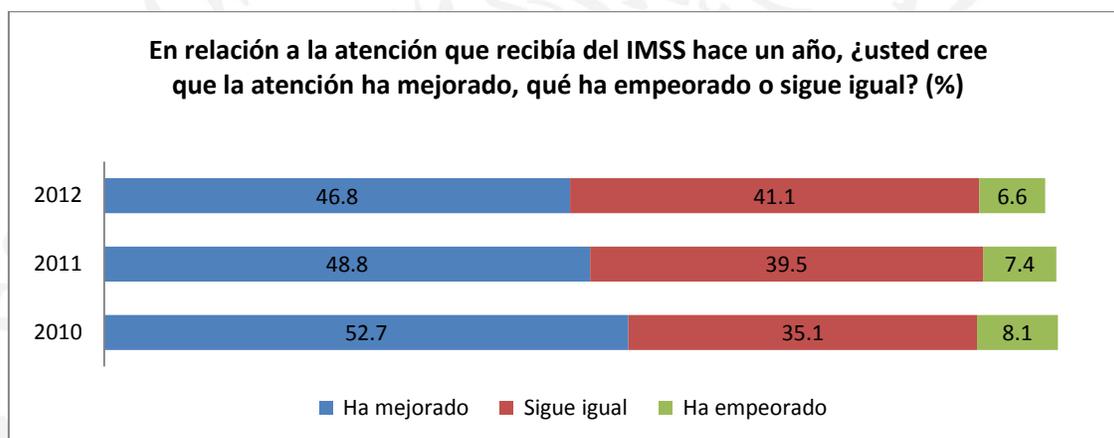


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

En 2012, las unidades mejor evaluadas fueron la unidad de Gineco Obstetricia Oblatos, Unidad de Cardiología No. 34 Monterrey y la Unidad de Especialidades No. 2 Ciudad Obregón. La unidad con el menor nivel de satisfacción fue la Unidad de Traumatología Magdalena de las Salinas.

Respecto a la comparación del servicio que recibían en el año de estudio, en relación al anterior, la mayoría de los derechohabientes mencionó que la atención médica "Ha mejorado", siendo relativamente mayor dicho porcentaje en 2010.

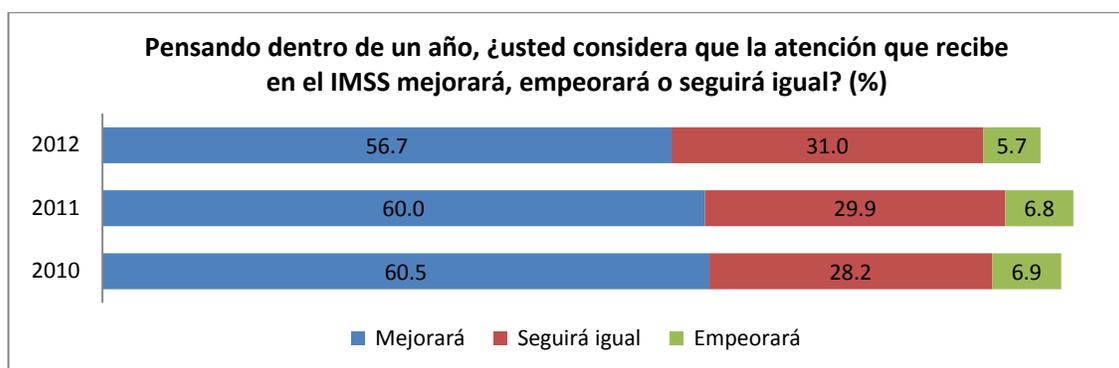
GRÁFICA 7.43. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ANTERIOR-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto a las expectativas del servicio del tercer nivel de atención, el 60% de los usuarios consideró en 2010 y 2011, una mejoría en el servicio, el porcentaje disminuyó a 56.7% para 2012. No obstante, el porcentaje de derechohabientes que opinaron que el servicio empeoraría, fue relativamente menor en 2012.

GRÁFICA 7.44. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL AÑO ENTRANTE-TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

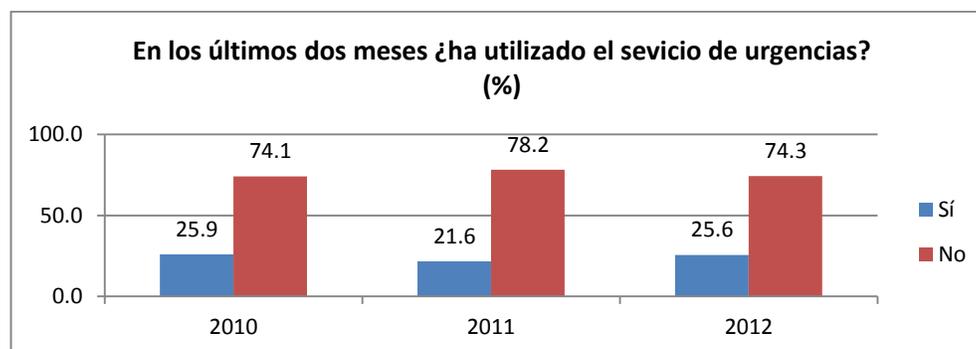
Hallazgos en el servicio médico de tercer nivel

Al igual que en el caso del segundo nivel de atención, el servicio médico en el tercer nivel de atención del IMSS, será evaluado de acuerdo a diversos aspectos de los servicios (Servicio de urgencias, Servicio de Cirugía y Hospitalización) utilizados por los derechohabientes, en 2010, 2011 y 2012 y que se asocian a las especificaciones de los objetivos del Pp E002.

Servicio de urgencias, Tercer nivel de atención

El número de derechohabientes que utilizó el servicio de urgencias en las unidades médicas de tercer nivel, fue igual a 3,329, en 2010, 2,430 en 2011 y 3,505 en 2012.

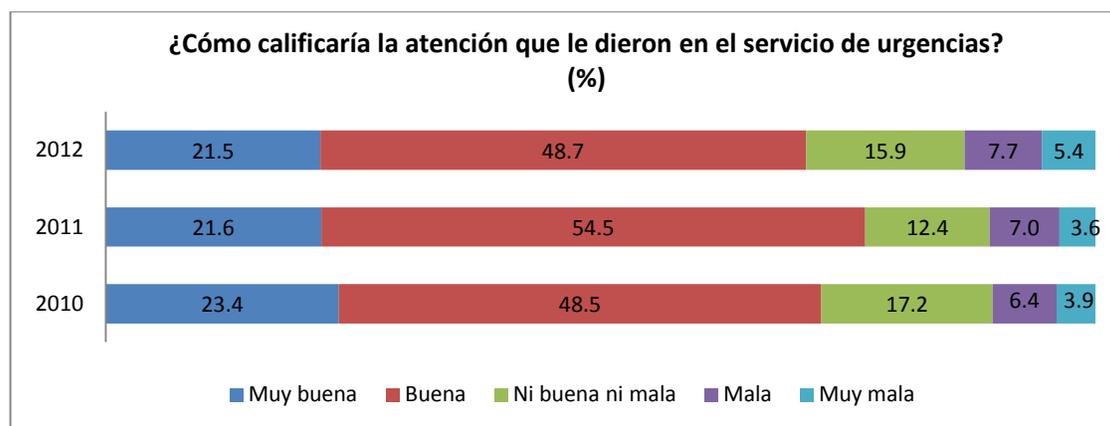
GRÁFICA 7.45. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS-TERCER NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los usuarios calificaron a la atención en el servicio de urgencias como "Buena", seguida de "Muy buena", la variación en los porcentajes entre los tres años no es pronunciada, por lo que la calidad en el servicio de acuerdo a esta pregunta se ha mantenido.

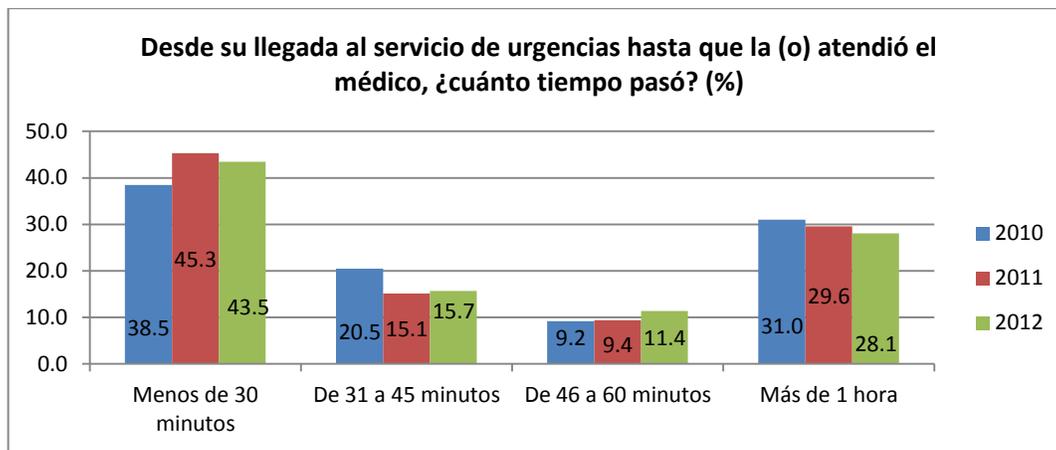
GRÁFICA 7.46. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-201

El tiempo de tuvieron que esperar los derechohabientes hasta ser atendidos por un médico, se muestra en la siguiente gráfica, la cual, al igual que en el caso del segundo nivel de atención, señala que el tiempo esperado por la mayoría de los pacientes fue Menos de 30 minutos, seguido por más de 1 hora.

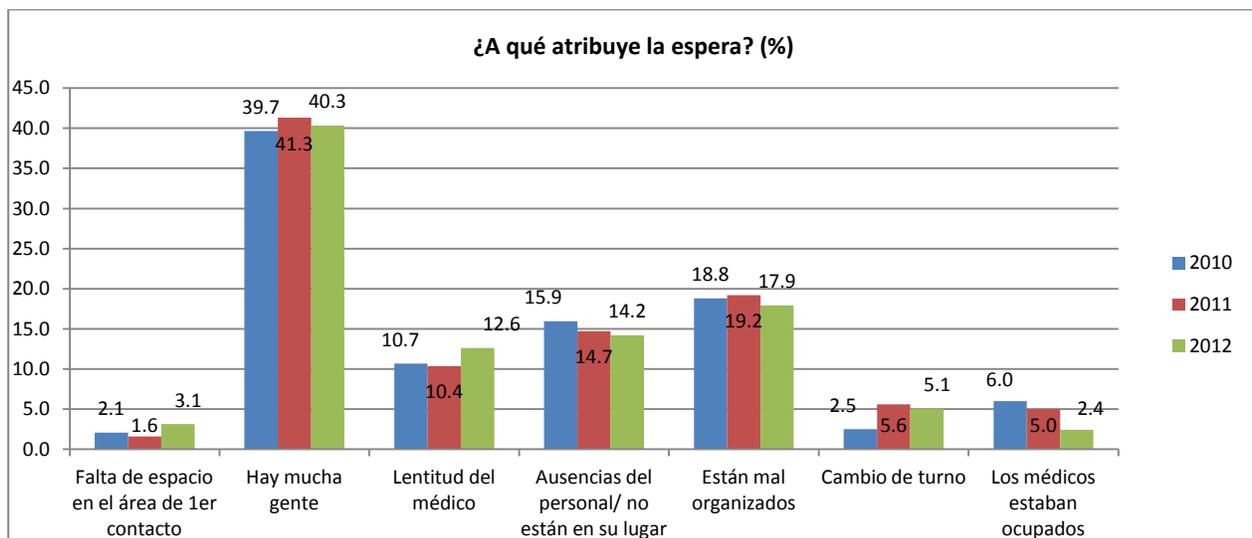
GRÁFICA 7.47. TIEMPO DE LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayoría de los derechohabientes atribuyeron el tiempo de espera a que Había mucha gente, seguido de la Mala organización, Ausencias del personal y en comparación con el segundo nivel de atención, fue mayor el porcentaje de derechohabientes que lo atribuyeron a la Lentitud del médico.

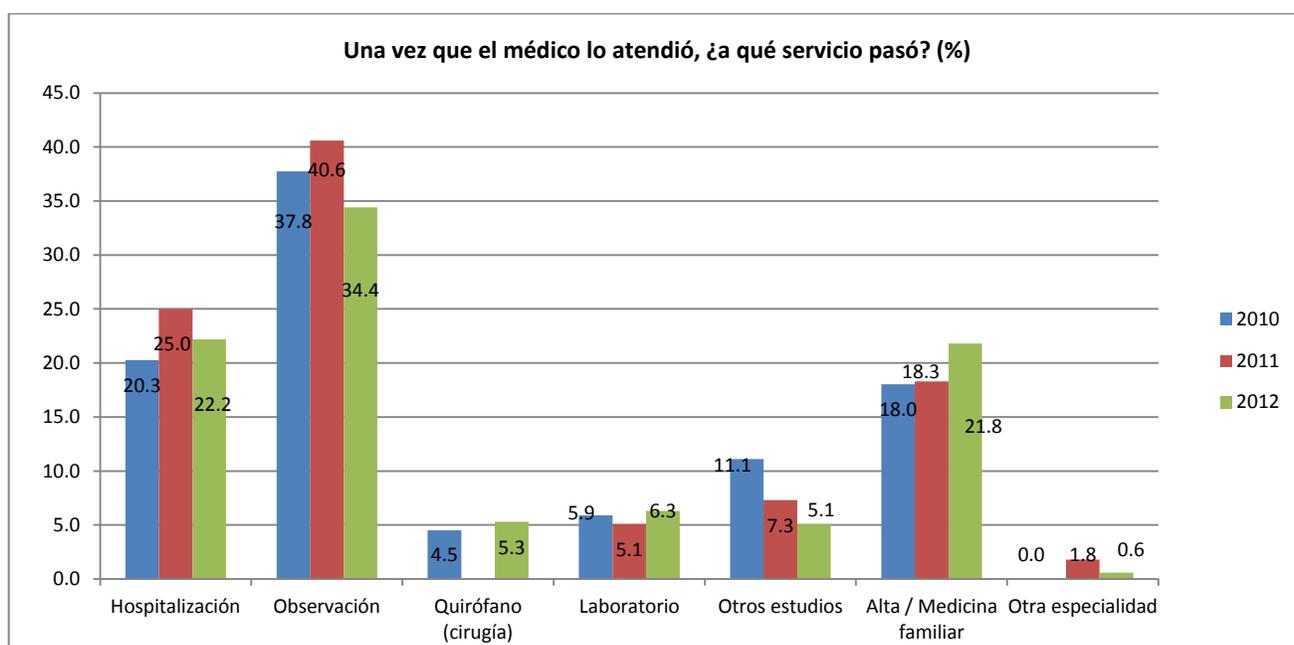
GRÁFICA 7.48. MOTIVOS DEL TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS DE ACUERDO A LOS DERECHOHABIENTES



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Una vez que fueron atendidos por el médico, la mayoría de los derechohabientes pasaron a Observación, Hospitalización o fueron dados de alta. La gráfica 49, muestra además del servicio al que pasaron, el tiempo que esperaron antes de ser atendidos por el médico.

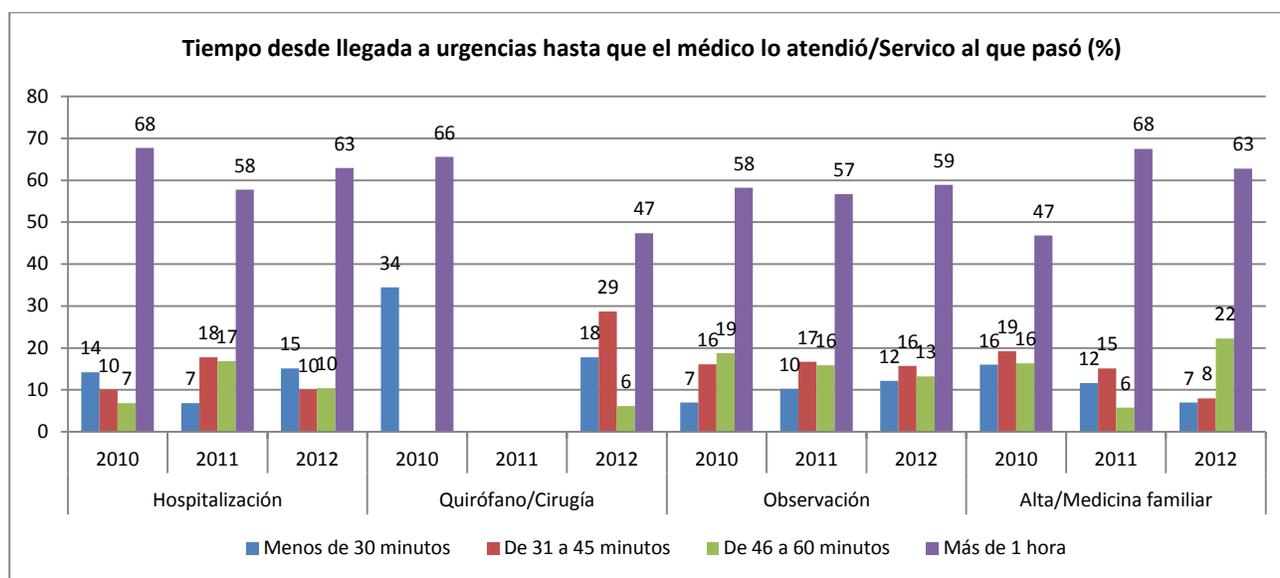
GRÁFICA 7.49. SERVICIOS A LOS QUE PASARON LOS DERECHOHABIENTES DESPUÉS DE SER ATENDIDOS EN URGENCIAS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

De acuerdo a la gravedad del motivo por el que llegaron al servicio de urgencias, la gráfica 49, muestra que no hay mucha diferencia en el tiempo que los pacientes esperaron a ser atendidos, lo que resalta es que la mayoría de los pacientes esperaron más de una hora en ser atendidos por el médico, lo que difiere de los resultados del segundo nivel de atención.

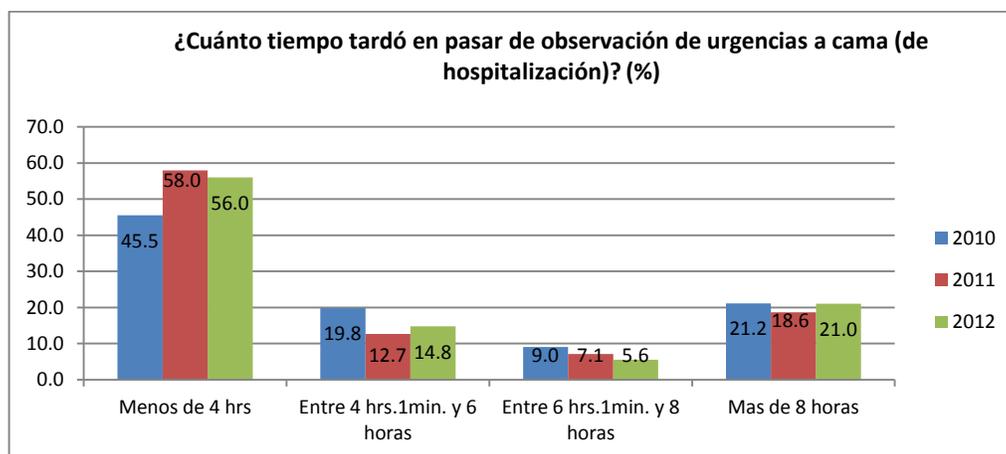
GRÁFICA 7.50. TIEMPO LLEGADA SERVICIO DE URGENCIAS-ATENCIÓN MÉDICO/SERVICIO AL QUE PASO EL DERECHOHABIENTE



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

De los derechohabientes que pasaron de observación de urgencias a ser hospitalizados, en su mayoría tardaron menos de 4 horas, aunque los porcentajes de mención para los tres años, ubican como segundo tiempo en frecuencia, la espera de más de 8 horas.

GRÁFICA 7.51. TIEMPO PARA PASAR DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN

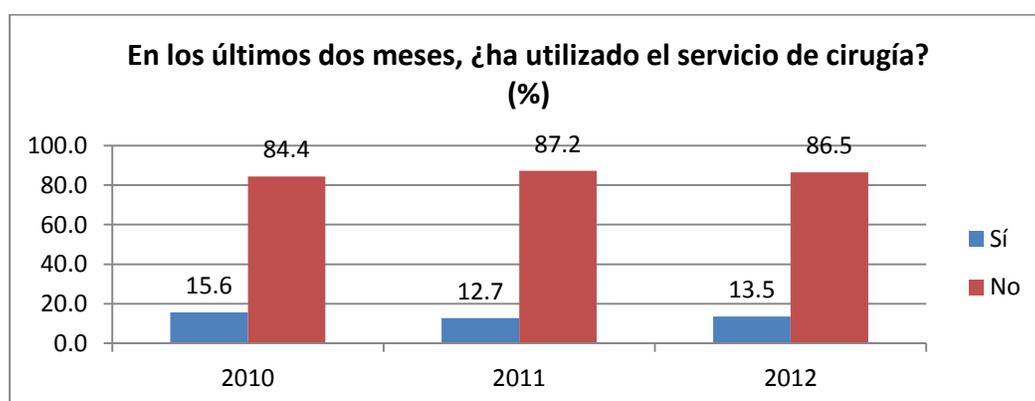


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Servicio de Cirugía, Tercer nivel de atención médica

En el tercer nivel de atención, el porcentaje de derechohabientes que uso el servicio de cirugía, fue igual a 2,013, 1,424 y 1,842 personas en 2010, 2011 y 2012, respectivamente, lo que representa, los porcentajes de usuarios del servicio de cirugía que se muestran en el siguiente gráfico.

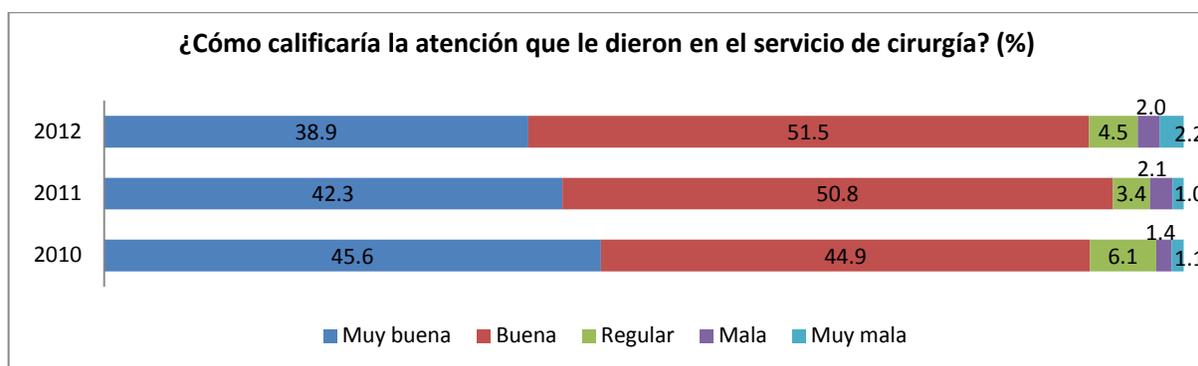
GRÁFICA 7.52. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA-TERCER NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto a la calificación del servicio de cirugía en el tercer nivel de atención, el porcentaje de derechohabientes que lo evaluaron como "Muy bueno", ha disminuido de 2010 a 2012, siendo mayor el porcentaje de usuarios que lo califican como "Bueno." El porcentaje de usuarios que califican al servicio como "Regular", "Malo" y "Bueno", se mantiene por debajo de 10% en los tres años.

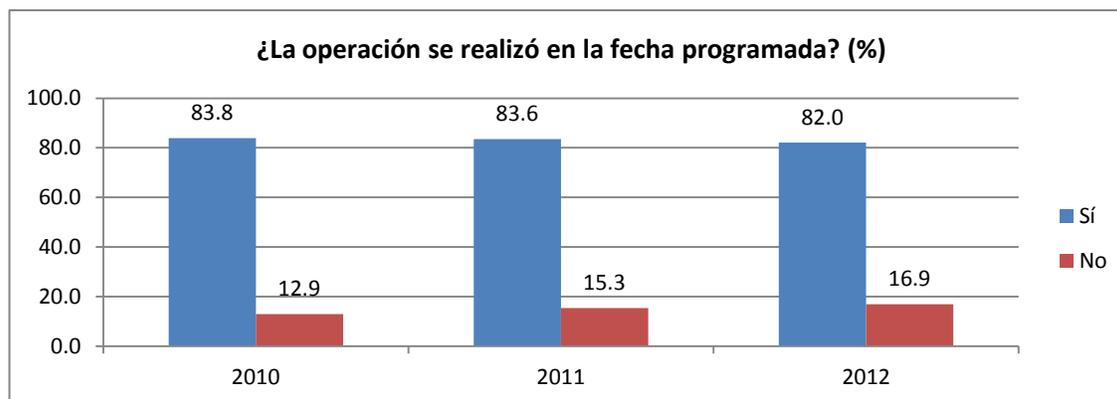
GRÁFICA 7.53. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Más del 80% de los derechohabientes que fueron operados afirmaron que la operación se realizó en la fecha programada, lo cual es un buen indicador, de la eficiencia del área.

GRÁFICA 7.54. REALIZACIÓN OPERACIÓN FECHA PROGRAMADA

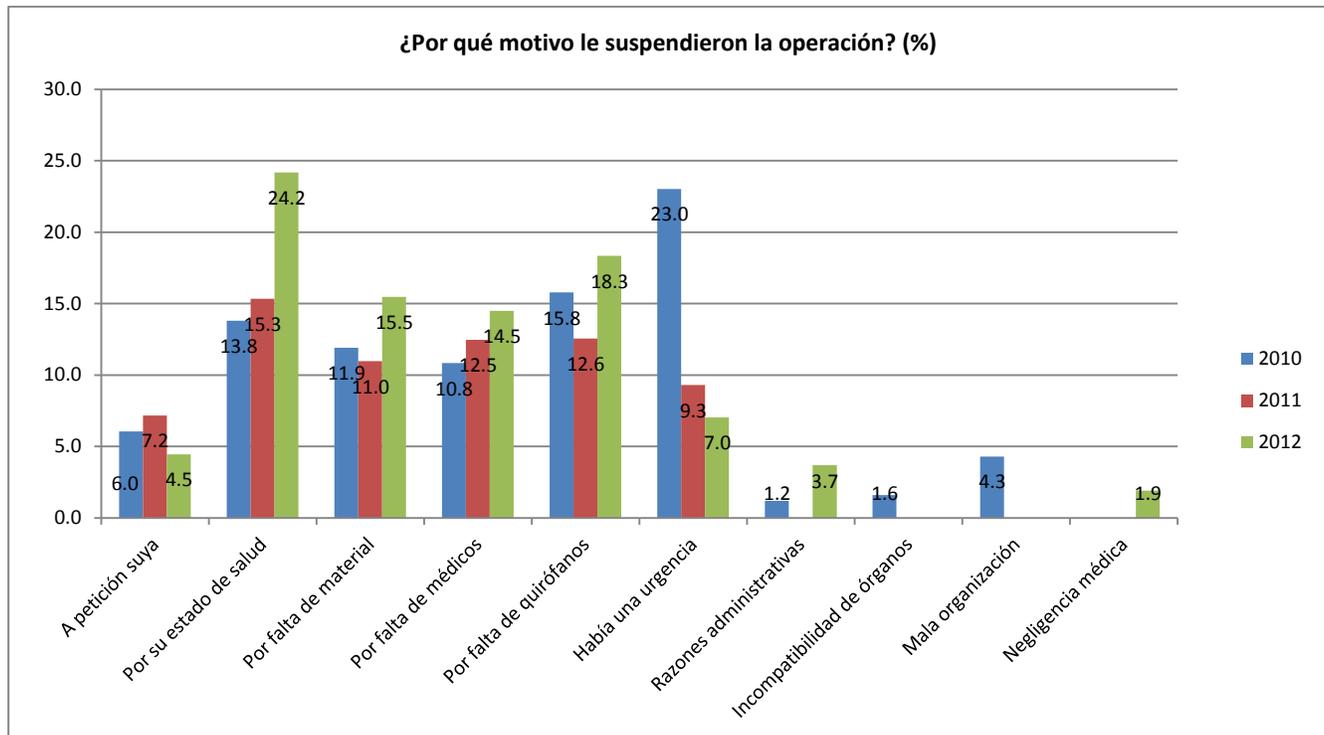


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Con la finalidad de conocer los motivos por los cuales se les suspendió la operación a los derechohabientes, se presenta la siguiente gráfica, en la cual se puede observar que los motivos más frecuentes fueron Por su estado de salud y los relacionados a falta de personal e infraestructura de las unidades médicas, lo cual es similar a los resultados del servicio de cirugía en el segundo nivel de atención. Sin embargo, se añaden motivos no mencionados en el segundo nivel, como lo son la Incompatibilidad de órganos, la Mala organización en la

unidad y la Negligencia médica, aunque con porcentajes menores a 5%.

GRÁFICA 7.55. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto a los motivos por los cuales se les suspendió la operación a los derechohabientes asociados a la falta de recursos hospitalarios, el mayor porcentaje fue en 2010, lo cual difiere con los resultados del segundo nivel de atención, en donde el mayor porcentaje de los atrasos de las cirugías ocurrieron en 2011 y 2012.

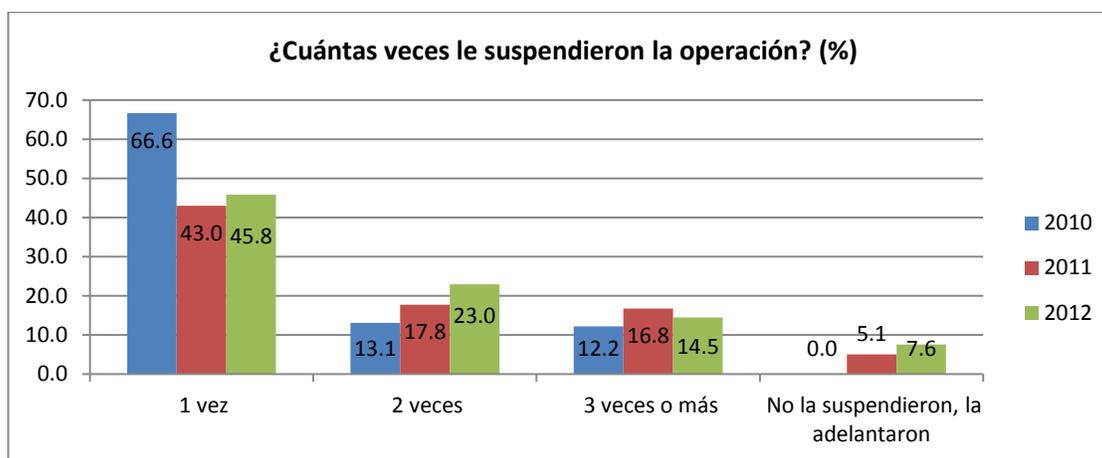
CUADRO 7.8. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS CIRUGÍAS POR FALTA DE RECURSOS HOSPITALARIOS

Motivo	Derechohabientes que les han suspendido su operación (%)		
	2010	2011	2012
Por falta de material	11.9	11.0	15.5
Por falta de médicos	10.8	12.5	14.5
Por falta de quirófanos	15.8	12.6	18.3
Había una urgencia	23.0	9.3	7.0
Total	61.5	45.3	55.3

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto al número de veces que fue suspendida la operación en el tercer nivel de atención del IMSS, la mención “1 vez” presenta un porcentaje mayor en 2010, por lo que el número de cancelaciones de las operaciones aumentaron en 2011 y 2012, respecto a 2010. Aun así, al igual que en el segundo nivel de atención, el año 2012, presenta el mayor porcentaje de cirugías que se pudieron adelantar.¹⁶

GRÁFICA 7.56. VECES QUE FUE SUSPENDIDA LA OPERACIÓN



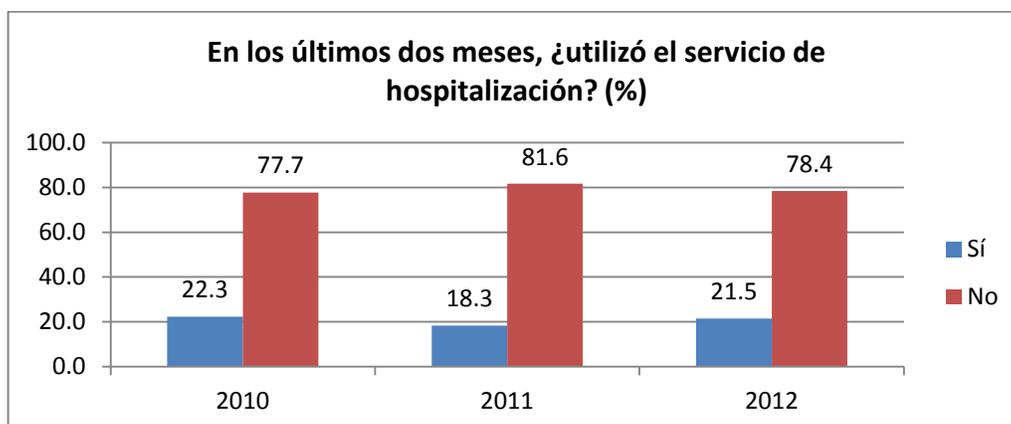
Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

¹⁶ En el caso del tercer nivel, el motivo de operación de cirugía, quedó pendiente de revisión dada la heterogeneidad de las respuestas, entre los tres años.

Servicio de Hospitalización, Tercer nivel de atención médica

El número de derechohabientes que utilizó el servicio de hospitalización en el periodo establecido, fue igual a 2,868 en 2010, 2,053 en 2011 y 2,944 en 2012.

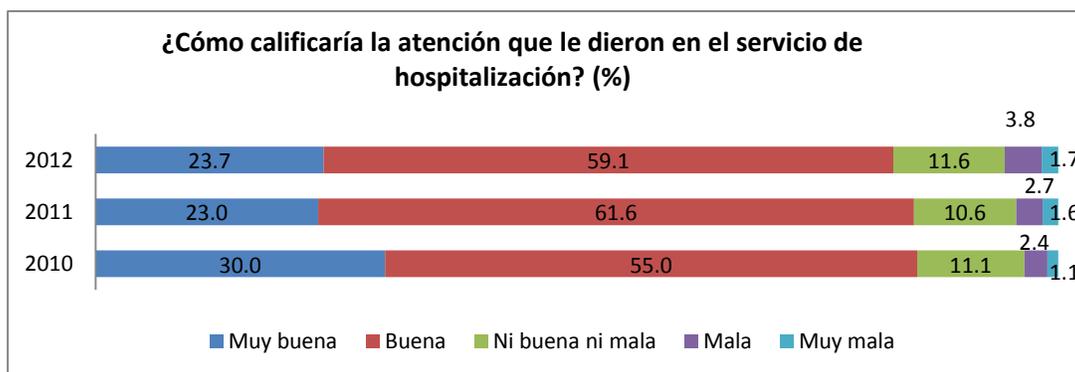
GRÁFICA 7.57. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN-TERCER NIVEL (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Respecto a la calificación del servicio de hospitalización en el tercer nivel de atención, la mayor parte de los usuarios, consideran al servicio como "Bueno" y "Muy bueno", ambas calificaciones representan poco más del 85% de los derechohabientes que usaron el servicio, en los tres años.

GRÁFICA 7.58. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La comparación del número de noches promedio que los derechohabientes pasaron hospitalizados en 2010 y 2012, así como el resultado de los demás estadísticos descriptivos, se muestran en la siguiente tabla. Para el caso del año 2011, no se dispone de datos más que como serie de clases y frecuencias, no siendo posible saber el dato mínimo ni máximo, así como la media y desviación estándar, ya que la última clase se presenta abierta.

El número de noches de hospitalización con mayor frecuencia, fueron 3 y 2 noches, en 2010 y en 2011, respectivamente, lo que representó al 17.6% y en 2012 al 18.4% de los derechohabientes que fueron hospitalizados. Dado que para ambos años se tiene un rango amplio, el número de noches promedio de hospitalización, igual a 7 y 7.5 noches, para cada año, no son lo suficientemente explicativas dada la gran dispersión de los datos.

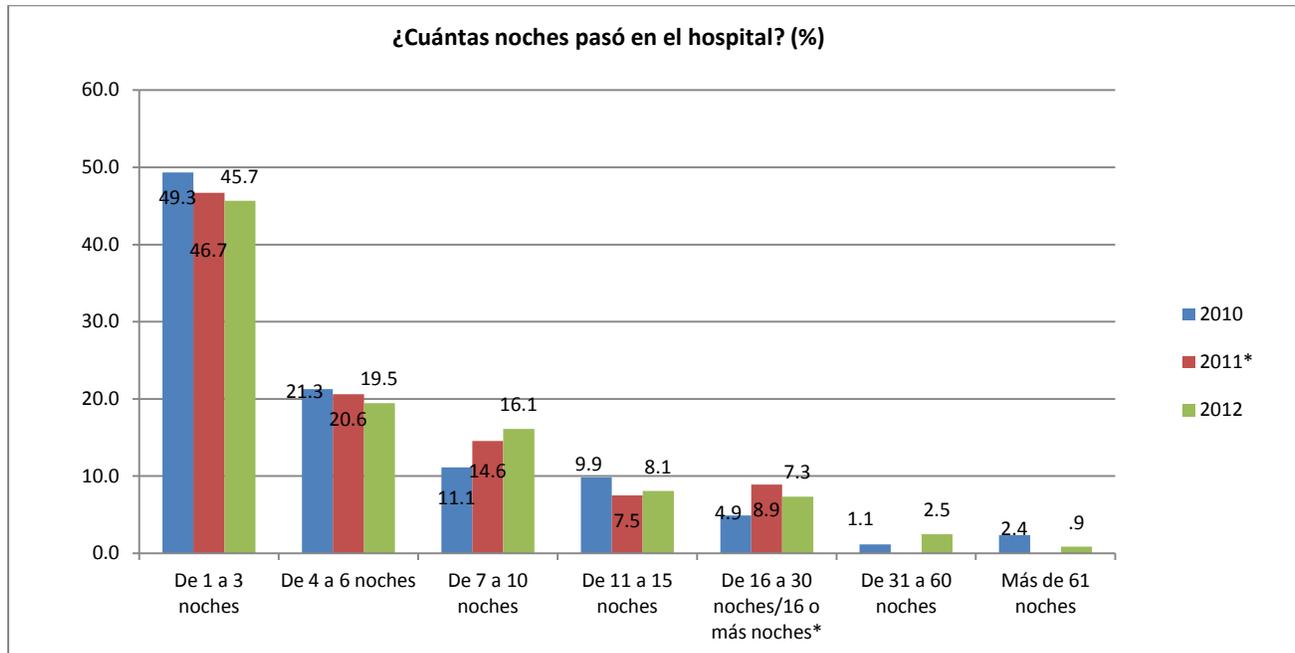
CUADRO 7.9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL

¿Cuántas noches pasó en el hospital?			
	2010	2011	2012
Media	6.96	ND	7.47
Moda	3	ND	2
Desviación estándar	13.41	ND	10.51
Rango	239	ND	119
Mínimo	1	ND	1
Máximo	240	ND	120

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

La mayor parte de los derechohabientes que se hospitalizaron en cada año del estudio, aproximadamente entre el 46% a 49% pasaron De 1 a 3 noches en el hospital. El 81.7% de los derechohabientes hospitalizados en 2010, el 81.9% en 2011 y el 81.2% en 2012, pasaron entre 1 a 10 noches en el hospital. Respecto a 2010 y 2012, es posible saber el porcentaje de pacientes que pasaron De 31 a 60 noches y Más de 61 noches en el hospital, sin embargo, la información para 2011, solo especifica hasta "De 16 o más noches."

GRÁFICA 7.59. NÚMERO DE NOCHES EN EL HOSPITAL (%)

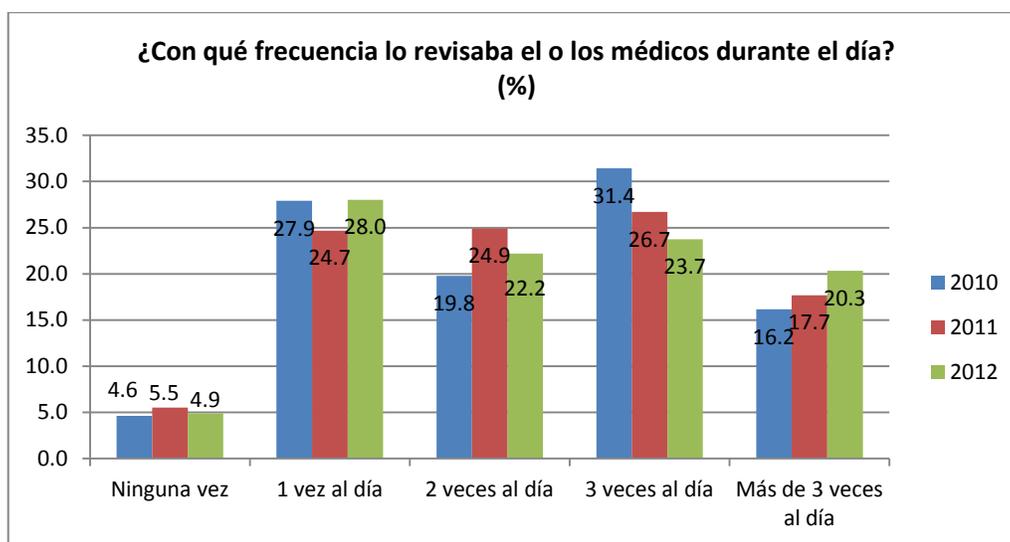


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

*Última clase que se especifica en el caso del año 2011

Por su parte, los derechohabientes que fueron hospitalizados, aseguraron que los médicos si los revisaban con frecuencia, siendo bajo el porcentaje de pacientes que respondieron que no eran revisados, comparados con los que respondieron que fueron revisados entre 1 a 3 veces al día.

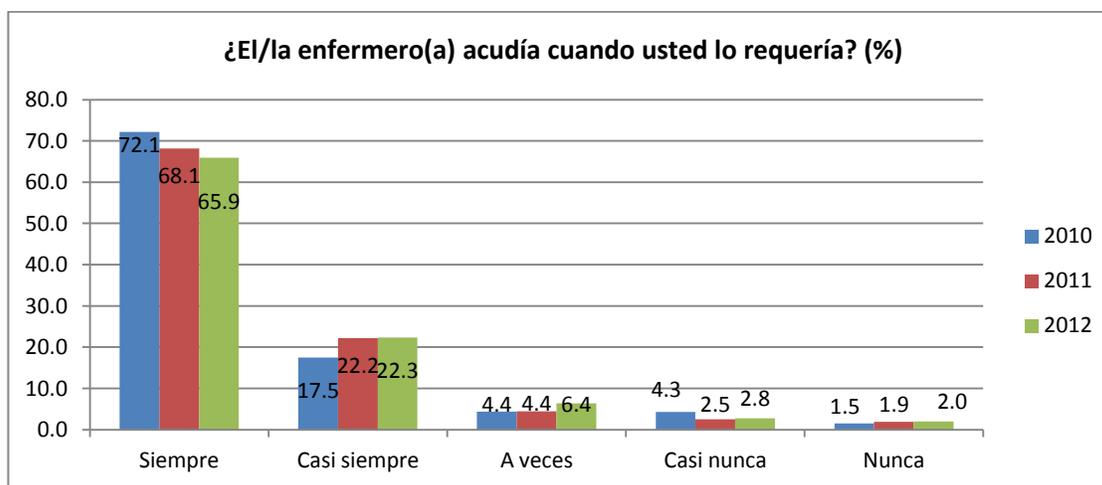
GRÁFICA 7.60. NÚMERO DE REVISIONES AL DÍA POR LOS MÉDICOS



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Asimismo, la frecuencia con la que acudieron las enfermeras cuando eran requeridas por los pacientes, fue registrada por poco más del 88% de los derechohabientes como "Siempre" y "Casi siempre", en los tres años.

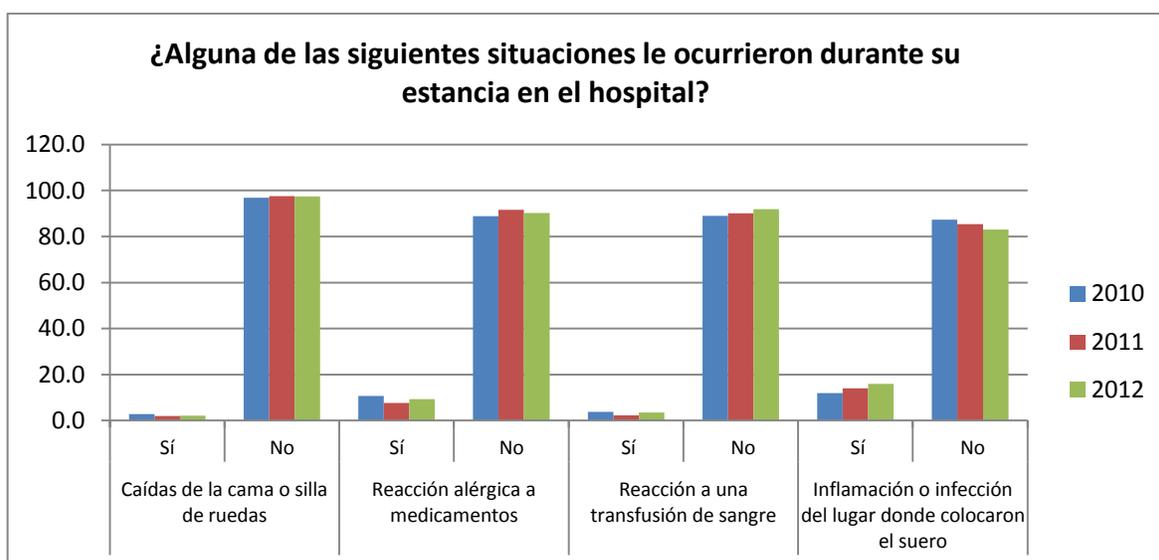
GRÁFICA 7.61. FRECUENCIA DE REVISIÓN POR PARTE DEL(LA) ENFERMERO(A)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

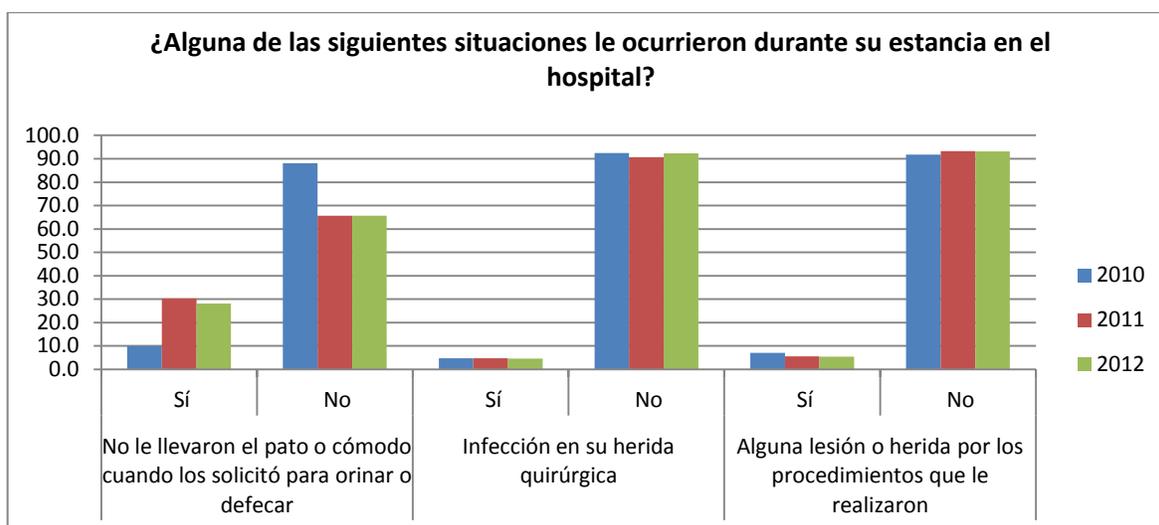
Al igual que en el caso del segundo nivel de atención, las situaciones que más les ocurrieron a los derechohabientes hospitalizados, fueron “Inflamación o infección en el lugar en donde les colocaron el suero” y que “No les llevaron el plato o cómodo cuando lo solicitaron para orinar o defecar.” La primera situación les ocurrió en promedio al 14% de los pacientes hospitalizados y la segunda les ocurrió al 10% en 2010 y casi al 30% en 2011 y 2012.

GRÁFICA 7.62. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (PRIMERA PARTE)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

GRÁFICA 7.63. SITUACIONES ESTANCIA HOSPITAL (SEGUNDA PARTE Y ÚLTIMA)

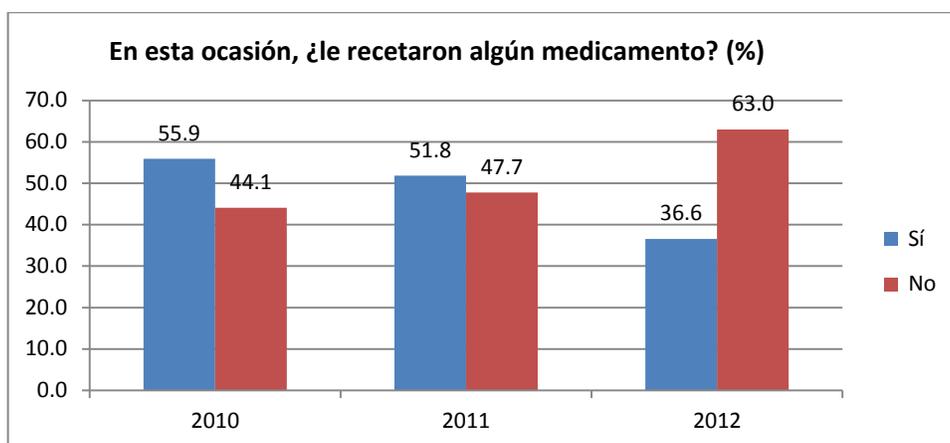


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Surtimiento de medicamentos-Tercer nivel de atención

Al igual que en el segundo nivel de atención, el porcentaje de derechohabientes a los cuales les recetaron uno o más medicamentos, disminuyó en 2012, mientras que en 2010 y 2011, a más del 50% se les recetó algún medicamento, el porcentaje disminuyó a 37% en el último año de estudio.

GRÁFICA 7.64. NÚMERO DE DERECHOHABIENTES A QUIENES SE LES RECETÓ UNO O MÁS MEDICAMENTOS (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Alrededor del 80% de los derechohabientes a quienes se les recetó uno o más medicamentos, se les dio todos en la farmacia de la unidad. No obstante en 2011 y 2012, aumentó el porcentaje de pacientes a quienes les hicieron falta alguno o todos los medicamentos, respecto a 2010.

GRÁFICA 7.65. NIVEL DE SURTIMIENTO EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA (%)

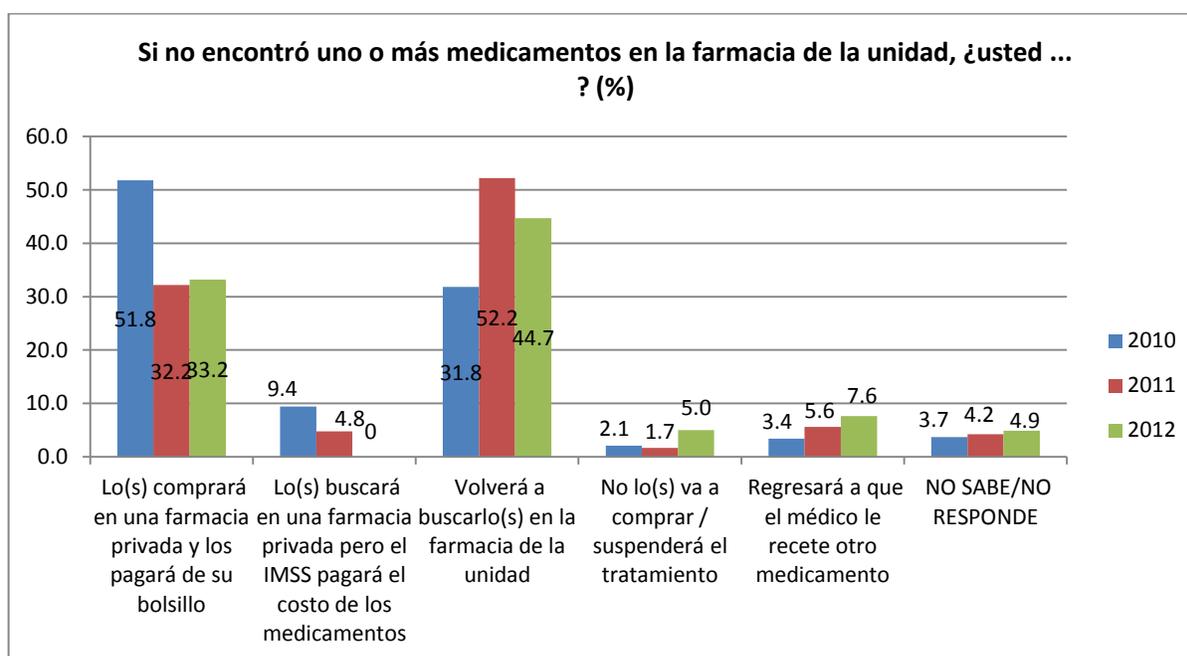


Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

Ante la falta de uno o más medicamentos, los derechohabientes señalaron como las

opciones con mayor frecuencia que Volvería a buscarlos en la farmacia de la unidad, sobre todo en 2011 y 2012, o que los Compraría en una farmacia privada, como en el caso de la mayoría de los pacientes que acudieron a una unidad de tercer nivel en 2010.

GRÁFICA 7.66. ALTERNATIVAS ANTE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2012.

7.2. VALORACIÓN GLOBAL DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

El diseño y operación de los procesos debe ser adecuado para prevenir, detectar, abatir y remediar los riesgos a los que están sujetos las operaciones que se requieren llevar a cabo para cumplir con los propósitos del Pp.

Los riesgos están configurados por los componentes que se señalan a continuación. En primer lugar por la amenaza, que se conforma por actos, hechos u omisiones que de ocurrir pueden generar un daño; asimismo, por el factor de exposición, que es una valoración relativa que indica qué tan grave es la amenaza que recae en el proceso o área en particular, y equivale al impacto del daño ya sea probable o real, esto último en caso de que se materialicen los actos, hechos u omisiones en cuestión; también, por la probabilidad

de ocurrencia de que en efecto si sucedan los actos, hechos u omisiones; finalmente, por la estimación del daño, la cual resulta de la valoración conjunta del impacto y de la probabilidad de ocurrencia.

Se pueden mencionar principalmente dos tipos de riesgos, aquellos que dependen de la suficiencia e idoneidad del sistema de control interno instrumentado por la institución para organizar y controlar los procesos y aquellos que son inherentes a la naturaleza específica de la actividad a cargo del Pp, es decir la prestación de la atención médica curativa.

Valoración conforme al control interno

En cuanto al sistema de control interno, el diseño debe sujetarse a objetivos específicos como el de cumplir con las leyes, normas y regulaciones aplicables; garantizar la efectividad y eficiencia de las operaciones y actividades; contar con información suficiente y confiable para la toma de decisiones y proteger los bienes tangibles e intangibles de la institución.

Teniendo en mente estos objetivos y con el fin de examinar la situación del control interno aplicable al Pp evaluado, se revisó la información a la cual se hace referencia en el apartado 6. del presente estudio, relativa a la descripción y análisis de los procesos operativos del Pp, sub apartados correspondientes a las atribuciones por ley, identificación y equivalencia de procesos, medición de atributos y validación de procesos operativos, asimismo la información del presente apartado referida a las encuestas de satisfacción de los usuarios y la recopilada con motivo de las reuniones de trabajo y visitas a las áreas y unidades a cargo de la operación del programa. En este sentido se hizo énfasis en el proceso de entrega de servicios pero también se consideró su articulación con los procesos de planeación estratégica, programación y presupuestación; solicitud de servicios, producción o compra de bienes o servicios, seguimiento a usuarios y monitoreo de servicios y satisfacción de usuarios.

En primer lugar, se pudo observar que los documentos normativos vinculados al Pp establecen las definiciones y disposiciones para regular el diseño, operación y seguimiento del programa; disponen del fundamento jurídico para llevar a cabo los actos administrativos y operativos respectivos y de los mecanismos para cumplir con las obligaciones legales y reglamentarias aplicables; asimismo, cuentan con los elementos de autorización y

actualización, delimitación de los ámbitos de competencia y de la división del trabajo de los participantes en el programa (áreas normativas, delegaciones y unidades médicas, principalmente), así como la secuencia de las actividades para desarrollar las operaciones sustantivas (procedimientos).

En general, no se observan duplicidades en las funciones de las áreas a cargo del programa que pudieran generar situaciones de ineficiencia o de contradicción en los cursos de acción, que a su vez pongan en peligro la consecución de las metas programadas o propicien incumplimientos normativos. De hecho, se aprecia que las áreas actúan primordialmente con base en una cultura funcional que enfatiza ámbitos de competencia estrictos; sin embargo también están presentes algunos elementos de la cultura de procesos, a partir de los cuales es posible generar una mayor sinergia y reforzar la articulación de los procesos, tanto sustantivos como de apoyo, en tramos de control específicos.

Respecto de esto último, y en torno de la necesidad de desarrollar una mayor retroalimentación entre las áreas competentes, se debe mencionar al proceso de programación y presupuestación, ya que se tuvo conocimiento de algunos casos de costos que se clasifican con cargo al Pp pero que no corresponden a las actividades que se desarrollan conforme a su ámbito de competencia, como son los recursos del centro de costos "Tococirugía" que son inherentes a la atención ginecobstétrica, para la cual existe un programa presupuestario determinado.

También, en cuanto al costeo se requiere revisar el procedimiento para la autorización de centros de costos y en su caso generar el documento normativo respectivo, con el fin de mejorar la regulación del proceso de autorización y conformación de centros de costos y la debida identificación, dotación, administración y aplicación de recursos humanos y materiales, instalaciones, presupuestos y estrategias y el debido registro y manejo de información y adscripción orgánica. Cabe señalar que este proceso debe contemplar lo que debe llevar a cabo cada unidad médica en lo particular pero también debe haber una valoración sistémica según la cual se establezcan de forma uniforme y clara los atributos, tipología, escalas y parámetros de operación, características y nomenclatura de los centros de costos, a fin de que se cuente con el instrumento para explicar la configuración del catálogo de centros de costos existentes y se pueda dar cabida de

forma ágil de nuevas categorías de centros de costos conforme lo ameriten las necesidades de operación y se justifique por el cumplimiento estricto de los requisitos para su apertura.

A su vez, se detectó la necesidad de vincular los avances que el IMSS ha registrado en materia de costeo prospectivo con el costeo de las acciones del Pp, toda vez que ya se cuenta con grupos relacionados con el diagnóstico y cédulas médico-económicas.

Lo anterior debe aportar elementos de solución a los problemas que las unidades médicas señalaron en torno del sistema de presupuestación que se base en el requisitado de la "proforma", los cuales se mencionan a detalle más adelante y que derivan de un costeo histórico y del prorrateo del presupuesto para determinar las asignaciones de cada unidad médica. En función de dicha situación es recurrente que de un año a otro no se atiendan algunos requerimientos de recursos que provienen de las necesidades de operación reales que plantea la demanda de servicios por parte de la población atendida.

En lo que se refiere a la articulación del proceso de entrega de servicios con el de seguimiento a usuarios y monitoreo de servicios, se destaca de forma especial la importancia que tiene el objetivo de contar con información suficiente y confiable para la toma de decisiones, por lo que se debe tomar en cuenta la situación del sistema de gestión de información. No obstante que, también se hará mención de este tema con motivo de abordar la naturaleza específica de la prestación de la atención médica curativo, en este punto se hace mención de que en algunos casos se presenta discontinuidad de los procesos, ya que en la extracción, explotación, consulta y formulación de reportes de información de la atención otorgada a la población atendida, se requiere la intervención permanente de la División de Información en Salud, ya que las áreas usuarias de la información no cuentan con aplicaciones analíticas que permitan la formulación de reportes y la visualización de datos de forma más autónoma, asimismo, la información obra en distintas bases de datos y no se cuenta con un repositorio o almacén de datos único y se requieren de diversos procesos de extracción y aplicación de catálogos para identificar y manipular los atributos, finalmente, el procesamiento de información no está totalmente automatizado.

A partir de la medición de atributos y de la validación de procesos operativos se pudo verificar la situación de eficacia y eficiencia de los procesos y el cumplimiento del objetivo

del sistema de control interno en tales términos. En el primer caso, y fundamentalmente para el proceso de entrega de servicios, se consideraron los resultados alcanzados por nueve indicadores de seguimiento del presupuesto de egresos de la federación, ya que se pudo corroborar que para los años evaluados la mayoría presentó mejores niveles y mayor grado de homogeneidad de delegaciones y unidades médicas de alta especialidad, a lo que es necesario agregar, con base en lo señalado en el apartado relativo al contexto en el que opera el Pp, que también la mayoría de dichos indicadores cumple con las metas y se encuentran el rango superior. Todo lo anterior refleja en suma que estos procesos han mejorado en términos de eficacia, eficiencia, calidad y suficiencia en la entrega de los servicios médicos a los derechohabientes. En lo conducente, lo anterior se confirmó mediante la validación de procesos operativos con base en las encuestas de satisfacción de los usuarios, mediante las cuales éstos señalaron el cumplimiento del proceso y lo calificaron y con ello también se observó la articulación del proceso de entrega de servicios con el de satisfacción de los usuarios.

Por su parte, mediante el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios fue posible verificar que el sistema de control interno ha permitido resguardar de forma razonable, salvo las situaciones que se señalan, el bien intangible que representa la confianza y aceptación depositada por los usuarios en los servicios de atención médica otorgados por la institución; derivado de dicho análisis en su oportunidad se presentan conclusiones y recomendaciones aplicables a los procesos de entrega de servicios, difusión y satisfacción de usuarios.

Valoración conforme a la naturaleza específica de la prestación de atención curativa

Como su denominación lo indica, el Pp evaluado está dedicado a la atención curativa. El proceso que corresponde a esta actividad es el de entrega de servicios y se desarrolla fundamentalmente a través de la consulta y la hospitalización.

Se observó en los documentos normativos respectivos que los procesos de atención médica que involucra a la consulta y la hospitalización se articulan mediante etapas, fases y modalidades, según la clase de actividades que sea necesario agrupar por su secuencia y especialización; también, los procedimientos indican la interacción entre procesos y la toma de decisiones médicas ante opciones del curso de acción. Todo lo anterior, está determinado por las vías generales de atención sanitaria de la población derechohabiente,

en cuanto al funcionamiento que se requiere llevar a cabo para aplicar medidas preventivas, de detección y de curación de padecimientos y la restitución de las condiciones de salud y tratamiento de los casos de complicaciones y urgencias.

En este sentido, los procedimientos están diseñados para ejecutar los procesos generales de atención médica, por lo que el detalle de la atención para cada tipo de padecimiento así como la trayectoria que se debe seguir para cada paciente desde que surgen y se reportan los síntomas de la enfermedad, se estudia el padecimiento, se prescribe el tratamiento y se restituyen las condiciones de salud, se señala en las guías de práctica clínica.

Los procedimientos de atención médica cuentan con una configuración básica que cubre de forma sistematizada los aspectos elementales del desarrollo de dicha actividad conforme a su naturaleza. Por lo anterior los procesos se apegan a una secuencia de actividades sustantivas relativas a la valoración médica y terapéutica, la aplicación de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, trabajo social, enfermería, referencia y contra referencia, hospitalización y cirugía, principalmente. Estas actividades sustantivas están apoyadas por actividades de archivo clínico, abastecimiento de medicamentos e insumos, autorización y dotación de recursos a centros de costos, mantenimiento y mejora de instalaciones, principalmente.

Ahora bien, aunque en lo elemental el marco normativo es funcional y su definición es acorde al cumplimiento de los propósitos del Pp, por guardar una relación lógica con la naturaleza específica de su actividad, es necesario subrayar en qué forma, en la práctica, los procesos de atención médica enfrentan los riesgos inherentes a la misma, los cuales se pueden agrupar convencionalmente en riesgos derivados de la insuficiencia o inadecuada distribución de recursos para prestar dicha atención o derivados de errores humanos en la toma de decisiones clínicas.

En primer lugar se deben mencionar cuatro elementos que determinan el factor de exposición de los procesos y áreas del Pp evaluado y la capacidad de respuesta de los mismos, a saber, el alto nivel de especialización de la atención médica que ofrece el IMSS, tanto en especialidades como en sub especialidades médicas, e incluso niveles subyacentes; la complejidad de la operación por requerir la concurrencia y combinación de varios niveles médicos, centros de costos, servicios, instancias y actividades para prestar

atención a un paciente; la diferenciación técnica, administrativa y territorial de delegaciones y unidades médicas en términos de variables como equipamiento, especialidades médicas, intervenciones sanitarias otorgadas, estructuras orgánicas, personal y recursos asignados, etcétera; el elevado volumen de población atendida, el cual por lo demás no se distribuye de forma homogénea entre las delegaciones, unidades médicas, y servicios y áreas de las unidades médicas; finalmente, la diversidad y mutación de las características demográficas y epidemiológicas de la población atendida. Como se aprecia, estos factores generan escenarios altamente cambiantes que deben ser solventados por la estructura de la atención médica y la operación del Pp.

También, se debe señalar que por facultades reglamentarias la Dirección de Prestaciones Médicas está a cargo de normar la mejora y rediseño de los procesos y sistemas operacionales relativos a la prestación de servicios médicos; generalizar y normar aquellas acciones de calidad que se compruebe mejoran los procesos correspondientes; asimismo, administrar los proyectos de cambio orientados a la mejora de la gestión clínica y a la satisfacción del usuario de las prestaciones médicas.

En este contexto, con la finalidad de contar con un parámetro respecto del cual valorar la situación de los procesos de atención médica del IMSS, el presente estudio se refiere a la denominada gestión clínica como paradigma de organización de los procesos sujetos a evaluación, sin que ello implique una adopción mecánica e imperativa del mismo, pero teniendo en cuenta que en la práctica el Pp ya presenta diversos elementos clave de dicho modelo.

Según Del Llano y Pinto (2011), la gestión clínica es la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente; agregan que las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto.

A fin de visualizar el funcionamiento del sistema sanitario los autores citados proponen tres niveles organizativos, uno macro, relativo al sistema nacional de salud y al diseño de la política sanitaria por parte del Estado, y a él son adheridos a modo de agentes, los representantes del gobierno, administrativos, los gestores, los pacientes y los médicos,

fundamentalmente; el nivel meso, en el cual se desenvuelve principalmente la función de los gestores a través de la planificación, dirección, organización, coordinación y control encaminadas a permitir que la organización o institución en su conjunto se comuniquen; en tercer lugar, el nivel micro, en el que actúan los profesionales sanitarios para restaurar los niveles de salud de los pacientes.

Por su parte, Colomer (2011) establece que el cambio de perfil epidemiológico, la evolución tecnológica y la evolución de sistemas integrales de asistencia sanitaria en un entorno de gestión empresarial, como es el caso de los Estados Unidos de América, han provocado una profunda revisión de la organización de la gestión sanitaria y clínica basada en la atención de episodios y la promoción de la gestión organizada por procesos, con el fin de garantizar la máxima continuidad de la atención.

Abundando en lo anterior, el objetivo es contar con sistemas institucionales más transversales para atender de mejor forma los escenarios de salud por los cuales atraviesa el paciente, desde la prevención de la enfermedad, su detección, control en caso de ser crónica o atención en caso de ser aguda, restitución de condiciones de salud o bien aplicación de medidas de limitación del daño en caso de complicaciones o urgencias.

En palabras de Morlote (2002), se trata de contar con estructuras sencillas ágiles y flexibles.

Considerando lo antes expuesto, se pudo identificar que en el caso del IMSS, la operación del Pp implica en efecto tres niveles organizativos en donde las áreas normativas (nivel meso) llevan a cabo las funciones de planificación, dirección, organización, coordinación y control y el nivel micro propiamente la entrega de la atención médica, para lo cual se estructura el primer, segundo y tercer nivel de atención médica, en el que participan delegaciones y unidades médicas.

En lo que toca a las unidades de primer y segundo nivel éstas se coordinan con la delegación médica que corresponde a la circunscripción, mientras que las unidades médicas de alta especialidad gozan de un régimen de desconcentración que les permite operar directamente algunos procesos o sub procesos como el ejercicio presupuestal y la planeación y programación de recursos, sin embargo lo hacen en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas.

Se puede mencionar que los tres niveles de atención médica y las delegaciones y unidades médicas del IMSS conforman una red asistencial en los términos planteados por Colomer (2011), ya que actúan en un marco geográfico de población definido para cada bloque de proceso; se conoce la relación y características de los recursos que están integrados en las mismas; disponen de instrumentos para dar continuidad asistencial y cuentan con equipos y profesionales asistenciales en los aspectos administrativos y clínicos.

En este sentido, con motivo de las reuniones de trabajo con las áreas a cargo del Pp se tuvo conocimiento de que las unidades médicas combinan recursos de atención para resolver los casos a los que se enfrentan, ya sea movilizándolo médicos o pacientes para otorgar el servicio requerido, ello a partir de la configuración inicial de cada unidad médica dotada de equipamiento, especialidades y auxiliares de diagnóstico y tratamiento específicos.

Aunque esta forma de operar ayuda a compensar las diferencias entre la demanda y oferta de atención médica ante casos particulares, se pudo advertir como factor de amenaza del proceso la sobrecarga de pacientes que afecta a algunas unidades. A manera de ejemplo, aunque la tasa de ocupación hospitalaria (total de días paciente en unidades hospitalarias respecto del total de días cama en unidades hospitalarias) se redujo de 85.68 en 2010 a 85.52 en 2012, en éste último año se presentan delegaciones como Morelos y Veracruz Norte que rebasan la ocupación plena y Yucatán, Durango y Querétaro que están cercanas de rebasarla,¹⁷ asimismo, en el caso particular de algunos servicios de auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, las unidades médicas atienden la demanda de pacientes remitidos por otras unidades de la circunscripción o circunscripciones contiguas, por lo que la sobrecarga e insuficiencia de recursos tiene un impacto diferenciado al interior de cada unidad.

Es conveniente relacionar dicha situación con lo señalado en el Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2011, en el sentido de que en 2010 y 2011 se concluyó la actualización del esquema de Regionalización de los Servicios Médicos del IMSS considerando las variables de inicio de operación de nuevas unidades en las zonas médicas; modificación de vías de comunicación que favorezcan la accesibilidad a los servicios; fortalecimiento de la capacidad instalada y redistribución poblacional. Valorando lo anterior, es necesario agregar que, aunado a la redistribución de población atendida,

¹⁷ Conforme a los datos de la Memoria Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012.

también es importante que en las sucesivas actualizaciones de la regionalización se considere si en función de las escalas de atención algunas unidades de primer nivel podrían pasar a ser de segundo nivel, y a su vez, algunas de segundo nivel pudieran ser consideradas de tercer nivel, con las implicaciones que resulten aplicables en cuestión de dotación de recursos y del régimen de desconcentración.

También, de forma adicional a la necesidad de dar seguimiento a la configuración de los volúmenes de atención a nivel regional, se requiere revisar la articulación de los procesos a cargo de las unidades de primer nivel respecto de las de segundo y tercer nivel. En particular entre las de primero y segundo nivel, ya que éstas últimas están afectadas por una mayor carga de pacientes. En este sentido, en 2012 el segundo nivel tuvo una carga de 148,133 pacientes por unidad médica, según los datos de población atendida, mientras que en 2010 dicha carga fue 140,877 pacientes; por su parte, en 2012 el primer nivel tuvo una carga de 26,978 pacientes por unidad médica y en 2010 esta fue de 24,427 pacientes.¹⁸

Los procesos que deben ser reforzados en el primer nivel con un enfoque de control preventivo son los de prevención, detección oportuna y control de padecimientos, especialmente los relativos a la transición demográfica y epidemiológica, diabetes e hipertensión, con el fin de evitar, a partir de la anticipación de la atención, que con motivo de que se presenten complicaciones y urgencias, la población tenga que recurrir al segundo nivel de atención, con lo cual se deberá apoyar la reducción de los efectos negativos en salud y de los costos de atención, además de lograr el objetivo inmediato de abatir la amenaza de sobrecarga de pacientes.

Al nivel micro, y aplicando los argumentos sobre los que discurre el análisis de la gestión clínica por parte de Morlote (2002), se destacan los siguientes rasgos y al mismo tiempo se señala la situación que guarda respecto de ellos el IMSS, en lo que se refiere al Pp evaluado:

Uno de los aspectos más definitorios de la organización con base en la gestión clínica es considerar al paciente como elemento nuclear para la organización. Sujeto a este parámetro, se estima que la organización de las unidades médicas a partir de servicios fragmenta la asistencia a un paciente concreto dentro de un mismo proceso, como consecuencia se obtiene que el médico se ve obligado a unificar funcionalmente los

¹⁸Conforme a los datos de la Memoria Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012.

servicios existentes (por ejemplo los auxiliares de diagnóstico y de tratamiento) o segregar algunos de sus componentes a fin de que se otorgue la atención requerida, de tal forma que el médico se convierte simultáneamente en un factor de oferta y de demanda de los procesos de atención médica y ello puede generar insatisfacción por parte del mismo en torno de dicha forma de organización. En suma, se espera que la organización del proceso de atención posibilite acortar el camino que sigue el paciente desde que aparecen los síntomas hasta que se completa su estudio, se aplica el tratamiento indicado y éste da resultados.

El nuevo paradigma organizacional prescribe en este caso la alternativa de organización con base en unidades de gestión clínica con un enfoque de integración de tramos de control y de autonomía, para lo cual se requiere formular un acuerdo de gestión y del involucramiento de los profesionales de la salud. Cabe mencionar dos factores que comprometen la viabilidad de esta alternativa en el momento actual del IMSS, primero la situación del sistema de gestión de información, sobre la cual se abundará más adelante, y en segundo término, la rotación de personal por jubilación y la escases de candidatos para cubrir vacantes de algunas especialidades, centros de costo y unidades médicas, según lo externado por las áreas a cargo del Pp en reuniones de trabajo y en las visitas a dichas unidades. A pesar de tales circunstancias, tal como lo expresan los autores mencionados, las unidades referidas no son la única forma de hacer gestión clínica, por lo que es conveniente regresar en todo momento a la definición básica de dicho concepto y actuar con base en evidencia científica para organizar el proceso de atención pensando en el paciente.

Las unidades médicas del IMSS se organizan de forma funcional, en cuerpo de gobierno, dirección, subdirecciones, jefaturas, coordinaciones y departamentos, según sea el caso, y el elemento básico de la configuración organizacional es el centro de costo, en el cual se articulan los procesos y estrategias con los recursos humanos y materiales, instalaciones y presupuestos asignados. Estos centros de costos corresponden a los servicios médicos como son los relativos a hospitalización, consulta de medicina familiar, consulta de especialidades, quirófanos, atención médica continua, laboratorio clínico, terapia intensiva, nutrición y

dietética, por mencionar algunos con mayor importancia relativa según los costos del Pp.¹⁹

Lo anterior implica que en un mismo proceso intervengan diferentes áreas y en ciertas situaciones incluso diferentes unidades médicas, ello debido a la especialidad de los servicios que demanda la atención que se debe otorgar a algunos pacientes, pero también debido a la insuficiente capacidad de respuesta de algunos centros de costo para suplir dicha demanda. Si bien ello se ha atenuado con la instrumentación de estrategias como la de servicios integrales o subrogados, también ha sido motivo para que en algunos casos el paciente se tenga que desplazar de una unidad médica a otra a fin de completar su proceso de detección, control o curación de padecimientos, con la consecuente desconexión de procesos operativos.

Cabe subrayar que lo antes señalado no implica el incumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos, ya que se da al amparo del trámite de referencia y contra referencia, sin embargo en algunos casos repercute en que incluso se tiene que regresar al paciente a la unidad médica de origen ya que en la unidad médica de destino tampoco hay posibilidad de brindarle el servicio.

El IMSS incluyó en su Memoria Estadística indicadores que pueden ser usados para la medición global de algunos de los aspectos que cooperan a que los procesos de atención médica no interrumpan el flujo previsto de las acciones curativas o que incluso lo lleguen a abreviar, principalmente por que se dispone de los medios para otorgar dicha atención. Tal es el caso del Porcentaje de pases a especialidades en relación a consultas de medicina familiar que pasó de 5.92% a 6.15% de 2010 a 2012; el Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en relación a egresos, que pasó de 70.63% a 75.31% en los años mencionados; el Porcentaje de cirugías ambulatorias en relación a intervenciones quirúrgicas, el cual evolucionó de 38.35% a 39.64% en el periodo citado; los Estudios de laboratorio clínico practicados por 1000 derechohabientes adscritos médico familiar cuyo total fue de 3,818 en 2010 y de 4,766 en 2012; los Estudios de radiodiagnóstico practicados por 1000 derechohabientes que fueron 347 en 2010 y 354 en 2012.²⁰ A éstos hay que añadir el Porcentaje de surtimiento de medicamentos en delegaciones, que como se indicó más arriba pasó de 96.93% a 96.66% y el Porcentaje de surtimiento de medicamentos en UMAE

¹⁹ Ver el estudio de Evaluación en materia de Costo-Efectividad 2010-2012, Programas Presupuestarios E002 Atención Curativa Eficiente y E008 Atención a la Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social.

²⁰ Conforme a los datos de la Memoria Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012.

que fue de 97.82% en 2010 y 99.67% en 2012.

A su vez, se debe mencionar que las áreas a cargo del Pp cuentan con indicadores contenidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos que también pueden ser usados para medir la dimensión de continuidad de los procesos de atención curativa.

En el caso del primer nivel de atención figuran los de Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar, en unidades de 5 y más consultorio; Porcentaje de derechohabientes que esperan menos de 30 minutos para recibir consulta de medicina familiar en la modalidad de cita previa, en unidades de 5 y más consultorios; Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar; Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno; Porcentaje de derechohabientes referidos al segundo nivel de atención por Medicina Familiar.

Para el segundo nivel de atención se disponen asimismo de los indicadores Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel; Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas realizadas no concertadas en unidades de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud; Porcentaje de cirugía ambulatoria en unidades de segundo nivel; 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; e Índice de subsecuencia en consulta de especialidades en unidades de segundo nivel.

En lo que hace al tercer nivel de atención se cuenta con los indicadores de Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación, del servicio de admisión continua o urgencias, en Unidades Médicas de Alta Especialidad; 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; Índice de subsecuencia en consulta de especialidad en Unidades Médicas de Alta Especialidad; y Oportunidad quirúrgica electivas no concertadas realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud.

Por otra parte, como tendencia que conduce a una mayor conexión de procesos operativos y también a poner en primer término al paciente por delante de las limitantes

que impone la estructura departamental vigente, se puede mencionar las estrategias instrumentadas por el IMSS en materia de triage en los servicios de urgencias; de atención ambulatoria; asimismo, de acciones extramuros como es la visita domiciliaria de trabajadoras sociales y enfermeras a población remisa que debe estar bajo control médico; finalmente, la dotación de equipos de ventilación y de diálisis para ser usados en los domicilios de los pacientes.

Particularmente las dos primeras estrategias han derivado en la formulación y aplicación del procedimiento específico que norma y generaliza estas acciones de calidad que mejoran el proceso de atención médica y su capacidad de respuesta, asimismo evitan costos innecesarios y riesgos de infecciones nosocomiales.

Respecto de la tercera estrategia destaca por estar relacionada con el problema del rol que juegan los pacientes en el proceso de atención curativa al que están sometidos y que en su oportunidad se traduce en su grado de apego a las prescripciones y tratamientos diagnósticos y terapéuticos. En este sentido, Del Llano y Pinto (2011) definen el rol del paciente en términos de una mayor autonomía, asumir responsabilidades de comportamiento saludable y participar en la toma de decisiones y uso sensato de los recursos escasos. Por lo tanto, la estrategia referida busca incidir en la cultura de los pacientes respecto de su autocuidado y actitud activa, lo cual es relevante tanto para los momentos iniciales de su atención como para los más avanzados, ya que se tuvo conocimiento en las visitas a unidades médicas que un factor de diferimiento de cirugías, y de desconexión del proceso, se produce cuando el paciente se descompensa por problemas preexistentes de diabetes e hipertensión.

De igual forma, se puede mencionar los acuerdos de gestión para el fortalecimiento financiero y administrativo de las unidades médicas de alta especialidad, según lo referido en el Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012 se incorporaron cinco unidades médicas a esta iniciativa en 2011 con la participación de las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Administración y Evaluación de Delegaciones y de Finanzas, los acuerdos tienen como objetivo regular, controlar y apoyar las actividades operativas y directivas de las unidades en cuestión para mejorar la calidad de la planeación, programación, ejecución y control del presupuesto. No obstante, no se indica algún componente especialmente orientado a la práctica clínica y a la organización del

proceso de entrega de servicios.

También en el Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, se menciona que, en cumplimiento del artículo 25 del Reglamento para la Administración de los Recursos y en el contexto del Programa de Administración de Riesgos Institucionales, se han llevado a cabo durante el lapso 2007 a 2011 las evaluaciones de riesgos como el Análisis costo beneficio de consulta familiar en sexto y séptimo día (2010), Automedicación en enfermedades respiratorias (2010), El costo financiero del sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva de la pérdida de años de vida saludable a causa de enfermedades asociadas (2007), Enfermedades de alto impacto financiero (2007, 2008, 2009, 2010 y 2011), Enfermedades de atesoramiento lisosomal (2011), Incremento de la esperanza de vida de la población derechohabiente (2011) y Las nuevas patologías y las enfermedades emergentes (2009). Cabe mencionar que este tipo de estudios es importante porque aportaría información que permite articular estrategias de solución a problemáticas y con ello fortalecer la articulación de los procesos relevantes, sin embargo, las áreas a cargo del diseño, planeación, programación, seguimiento y operación del Pp no hicieron referencia de los mismos como parte del diagnóstico y árbol de problemas del programa o como elementos consultados para la toma de decisiones que se toman con motivo de la ejecución de los procesos de atención médica.

El segundo aspecto definitorio de la gestión clínica que se identifica en el presente estudio es la estandarización de la práctica clínica que debe desempeñarse dentro de lo admitido por la evidencia científica y debe perseguir el objetivo de garantizar un acceso igual de los usuarios del sistema al mismo tipo de atención, al mismo nivel de calidad y a los mismos costos.

Según la doctrina consultada, lo anterior se logra mediante la formulación y uso de las guías de práctica clínica, principalmente, y también con la instrumentación de un modelo de calidad a partir de estándares y normas en la materia.

Cabe mencionar que si bien previamente se expusieron elementos relacionados con la suficiencia y distribución de recursos para la prestación de la atención médica, el aspecto que se presentará a continuación está más estrechamente relacionado con el abatimiento del riesgo de error humano en la toma de decisiones médicas, para lo cual sin embargo se parte del supuesto de que el paciente si se apeg a al tratamiento y prescripción del.

El IMSS cuenta con un inventario de 688 guías de práctica clínica de forma conjunta con las otras instituciones del sistema nacional de salud de México, 452 de las cuales son atribuibles al IMSS en lo particular.

Según la información disponible en el portal del IMSS (Dávila Torres, 2014), "la importancia de las guías de práctica clínica radica en que permiten incorporar el análisis sistematizado de la información disponible más relevante para la toma de decisiones clínicas al utilizar conceptos de medicina basada en la evidencia".

Asimismo, se subraya que "contribuyen también a disminuir la variabilidad no justificada en la selección de estrategias de diagnóstico y tratamiento, son importantes para la gestión y políticas en salud dado que son punto de partida para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos, además de ser instrumentos para la actualización y capacitación del personal de salud. Pueden por tanto contribuir a la contención de costos sin afectar la calidad en la atención. Por lo que su correspondencia con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberá aplicarse con apego al Cuadro Básico Institucional".

Con relación a las guías de práctica clínica, en las visitas a unidades médicas los integrantes del cuerpo de gobierno indicaron que supervisan de forma sistemática y cotidiana su estricta aplicación, sin embargo, no se tuvo referencia sobre la revisión de su cumplimiento mediante la práctica de inspecciones de gabinete y de campo o de auditorías clínicas a las que se sometan las unidades médicas, en el marco de un programa de entes y rubros a verificar, seleccionados a partir de criterios de exposición al riesgo, importancia relativa e impacto social.

Por ser parte del sistema nacional de salud al IMSS le son aplicables las normas oficiales mexicanas de salud, que implican obligaciones que deben cumplir los establecimientos que prestan servicios de salud en cuanto a la prevención, tratamiento, manejo y control de padecimientos; procedimientos médicos; equipos e instrumentos médicos y quirúrgicos, por mencionar algunos ejemplos. En cuanto a ello, con motivo de las visitas a unidades médicas, el personal a cargo externó que la carencia de insumos, instalaciones, personal y la obsolescencia de equipos entraña riesgos de incumplimientos de las normas referidas.

El último aspecto que es factible destacar en el presente estudio es el de la situación del sistema de gestión de información, ya que si bien en la literatura de gestión clínica no se

aborda como un asunto a la par de los dos mencionados previamente, si tiene un alcance transversal al determinar la factibilidad de nuevas formas organización de los procesos y para otorgar una atención médica de calidad. En el primer caso, la instrumentación de las unidades de gestión clínica y en general de estructuras más sencillas ágiles y flexibles, requieren de información confiable y adaptada a la gestión clínica, lo cual conduce al segundo aspecto, ya que se requiere de información no sólo en torno de la eficiencia de las acciones a cargo sino también en torno de la calidad de los servicios, con base en la cual sea posible tomar decisiones médicas adecuadas para conseguir el mejor beneficio para el paciente y una mejor coordinación y cooperación entre los niveles asistenciales y unidades médicas.

Para su operación el Pp evaluado cuenta con un sistema de gestión de información cuya configuración presenta variaciones entre las unidades médicas, ya que mientras en las unidades de primer nivel se cuenta con un expediente electrónico único, que tiene como objetivo integrar los sistemas de atención médica y de estadística para permitir el seguimiento del historial de los pacientes, el mismo no está totalmente instrumentado en los otros dos niveles de atención, lo cual hace que el proceso de captura de datos se haga de forma manual en la mayoría de las unidades médicas y sólo en algunas de forma automatizada. Lo antes señalado influye en que la estructura de la información no esté orientada a la organización de los datos por celdas para cada paciente, por lo que la información de las bases de datos se presenta por totales y subtotales de acuerdo a los atributos de cada una de ellas. En este sentido, se presentan restricciones para poder operar la consulta y generación de reportes de información de forma multidimensional, explotar los datos de la práctica clínica y efectos de salud al nivel del paciente o grupos de pacientes y visualizarlos a partir de diversos atributos y darles seguimiento en el tiempo.

7.3. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES CUELLOS DE BOTELLA, BUENAS PRÁCTICAS Y FORTALEZAS

Adicionalmente a la recopilación de información en reuniones de trabajo sostenidas con las áreas a cargo del Pp y de la información de gabinete, se realizaron visitas a las Unidades Médicas a cargo del Pp E002 Atención Curativa Eficiente, ubicadas en el Distrito Federal, con el objetivo de apreciar la operación al nivel de las unidades médicas con las que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para ello se contó con antecedentes

como son los manuales de organización y los procedimientos, con la información de las actividades y efectos del programa, así como con la explicación de dichos elementos, todo ello proporcionado por las áreas centrales del IMSS.

En este sentido, la información que se captó a raíz de la visita, ilustró circunstancias que en la práctica se relacionan con la operación del programa mencionado y con ello se pudo identificar y tipificar de manera razonable algunas condiciones variantes de los procesos respectivos.

Se visitaron tres unidades médicas, del primero, segundo y tercer nivel de atención y se sostuvo una reunión con el cuerpo de gobierno y personal operativo a cargo de los procesos operativos.

Las visitas se llevaron a cabo el día 29 de octubre de 2013, a la Unidad Médica Familiar Número 120 ubicada en Calzada Ignacio Zaragoza 1812, Distrito Federal; el 30 del mismo mes y año, al Hospital General de Zona Número 25, ubicado en Calzada Ignacio Zaragoza 1840; y el primero de noviembre del mismo año, al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza, ubicado en Calzada Vallejo y Jacarandas S/N.

De la información recabada destacan de forma enunciativa los aspectos que se exponen en primer lugar en el presente apartado, relativos a las fortalezas y mejores prácticas, así como puntos críticos y áreas de oportunidad, los cuales están asociados a diversas repercusiones en términos del cumplimiento de los objetivos del Pp, al manejo de la información presupuestal, así como en cuanto al comportamiento de los costos y los efectos de sus intervenciones.

En segundo lugar, con base en la información derivada de las visitas a unidades médicas, así como la recabada y analizada a lo largo del estudio de evaluación se despliega en el presente apartado el análisis FODA del Pp examinado.

Finalmente, y en tercer lugar, en el presente apartado también se detalla la propuesta de modificación a la normatividad del Pp E002 "Atención curativa eficiente".

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES CUELLOS DE BOTELLA Y BUENAS PRÁCTICAS O FORTALEZAS.

Para realizar la identificación y descripción de los cuellos de botella, buenas prácticas o fortalezas se utilizó información de la gestión operativa del programa, así como de la que fue proporcionada directamente por los principales operadores del programa, mediante las entrevistas realizadas en las visitas de campo a las Unidades Médicas.

CUELLOS DE BOTELLA

En el Modelo de Términos de Referencia se definen los cuellos de botella como aquellos procedimientos o situaciones que obstaculizan la transformación de los insumos del proceso en los productos y que tienen consecuencias en procesos subsecuentes y, por lo tanto, en el logro de los objetivos del programa.

Los cuellos de botella identificados que se describen fueron los mencionados por los operadores y los detectados al contrastar la normatividad y la operación en la práctica del propio programa:

PRIMER NIVEL:

- 1) En el proceso de consulta familiar se detectó que en el sistema de cita previa para consulta de medicina familiar no todos los pacientes aceptan dicha opción aún con la promoción que se hace, ya que algunos pacientes no cumplen o llegan tarde, lo cual está asociado a la falta de educación y cultura en cuanto a la forma de acceder a los servicios de salud. La modalidad de cita que presenta más fallas, por parte de los pacientes es la de vía telefónica, por lo que se ha tendido a apuntar la cita subsecuente en la tarjeta de salud del paciente, lo que afecta la atención oportuna de los derechohabientes.
- 2) La distribución de las cargas de atención por consultorio de medicina familiar que es fija en cuanto al médico y paciente, limita la transferencia de pacientes entre consultorios cuando se satura el servicio e involucra una distribución geográfica y por núcleo familiar, lo que propicia que en algunos casos se presente un desbalance en cuanto a la demanda de servicio que enfrenta cada consultorio ya que algunos consultorios atienden a grupos familiares enteros que se presentan al mismo tiempo y con una frecuencia considerable, esto se agudiza cuando se presentan pacientes

espontáneos, es decir, los que acuden directamente sin solicitar cita previa, asimismo los propios pacientes rehúsan el cambio de consultorio. En localidades con una alta concentración de población como fue el caso de la Unidad de Medicina Familiar visitada la demanda rebasa la capacidad de la unidad médica, lo que afecta la calidad del servicio.

- 3) De igual manera se detectó, que en algunas unidades de medicina familiar existe falta de personal para suplir ausentismo programado por vacaciones, lo cual propicia que se acumulen los pacientes, incide en el diferimiento de la consulta especialmente en el rubro de medicina del trabajo y rehabilitación y afecta la tramitación, calificación y documentación de los casos de lesiones para efectos de incapacidad que presentaran en los centros de trabajo.
- 4) En este proceso se observó que el servicio del sistema de información de medicina familiar se llega a suspender por algunas fallas en la intranet o cuando se suspende el servicio de energía eléctrica, por lo que se tiene que manejar manualmente el expediente físico.
- 5) Del mismo modo, se detectó que en el proceso de consulta de la Unidad Médica visitada se tiene desabasto de algunos insumos, ya que en aplicación de vacunas se atiende a población no derechohabiente o a la que no le corresponde la unidad, lo cual rebasa los programas de vacunación y porque dicha población es más demandante que la población derechohabiente.
- 6) También se tiene la presión para el servicio de atención médica continua los fines de semana, cuando el área de archivo no está en funcionamiento y no hay forma de diferenciar a la población según su derechohabiencia, ya sea que se trate de urgencias sentidas o reales se da primera atención en los que se utilizan insumos, debido a que se localiza en una zona de alta densidad de población y con población flotante. A lo anterior se agrega la presión de la demanda de los derechohabientes, por estudiantes que no aportan cuotas pero si demandan los servicios, por la incidencia de adolescentes o embarazadas que dejan de trabajar y generar cuotas, que continúan recibiendo la atención médica, situación que repercute en la calidad y eficiencia del proceso.

SEGUNDO NIVEL:

- 1) En las visitas a las Unidades Médicas se identificó a través de lo comentado por los operadores del Programa que se presentan algunos casos de obsolescencia y falta de equipos de quirófano como son monitores de anestesiología, así como falta de personal anestesiólogo, lo cual incide en la suspensión y diferimiento de las cirugías y por ende en la oportunidad de las mismas, tampoco permite la instrumentación de nuevas técnicas y métodos como es el caso del tratamiento de la fractura *minidistal* de radio. Asimismo, se tienen estufas en mal estado en el servicio de laboratorio, lo cual incrementa el riesgo de infecciones nosocomiales.
- 2) De igual manera, se contaba con un intensificador de imagen, el cual además de obsoleto fue dado de baja por la COFEPRIS por estar subutilizado y falta de instalaciones.
- 3) A su vez, en el área de medicina nuclear la cámara de centelleo no se ha renovado por lo que cada vez se hace más difícil la reparación y las refacciones y de fallar definitivamente el servicio deberá ser cancelado totalmente (actualmente ya no se hacen análisis cardiológicos), la carga de trabajo del equipo existente es mayor respecto de las unidades médicas de alta especialidad que cuentan con equipos similares pero en mayor cantidad y más nuevos o rehabilitados, por su parte se está en riesgo de perder la licencia expedida por SENER por no cumplir los puntos requeridos en la supervisión e informe requerido.
- 4) En el servicio de radio inmunoanálisis hacen falta gradillas y pipetas con las cuales se realizan pruebas como la de función tiroidea, perfil gineco-hormonal y antígeno prostático específico; en el caso de inmunoquímica se requiere personal y equipo para realizar las pruebas y no tener que derivar al tercer nivel, ya que si se cuenta con capacidad para hacer el diagnóstico y tratamiento, pero hace falta lo relativo a la resonancia para atender localmente y no derivar. Se cuenta con el apoyo de los servicios subrogados pero sujeto a las limitaciones presupuestales.
- 5) En el área de patología se ha tenido que adoptar técnicas manuales, como es el uso de microscopios simples conforme a los cuales no hay forma de compartir imágenes con otros patólogos para obtener un mejor diagnóstico.

- 6) En el área de neurología se jubiló el médico a cargo y no se ha cubierto la vacante, lo que genera diferimiento de la consulta de entre una semana y quince días.
- 7) En el área de endoscopía se requiere reforzar para contar con endoscopías terapéuticas y no sólo diagnósticas como puede ser el caso de várices gástricas.
- 8) En referencia a cardiología, faltan equipos electrocardiógrafo, resonador y grabadora Holter, algunos de ellos no se pueden reparar y se usan accesorios que no son los originales porque no están en el cuadro básico.
- 9) También se detectó la problemática en relación a los insumos por falta de elementos como cables sensores, lo que hace que en algunas terapias no se cumpla con la norma oficial ya que ésta es muy específica pero no se cuenta con existencia de insumos.
- 10) En el aspecto de mantenimiento e instalaciones se experimenta desgaste excesivo de equipamiento como son las camas sin barandales, de similar forma, para el caso de radiología, se requiere que el equipo de ultrasonido esté conectado a la planta de energía eléctrica y evitar interrupciones cuando falla la energía eléctrica.
- 11) En el caso del banco de sangre se está por debajo de la norma de dos metros cuadrados para el área, por lo que se ve en la necesidad de realizar transfusiones en urgencias (sobre todo para nefrología), en sitios cercanos a los sanitarios o bien retener al paciente en piso en lugar de hacer transfusión ambulatoria.
- 12) Se mencionó la necesidad de contar con personal especializado en ingeniería biomédica, ya que para dar mantenimiento al hospital se requiere coordinar la reparación de instalaciones de forma efectiva y con reducción de costos en las licitaciones respectivas, destacando la situación de la red hidráulica, las tomas de oxígeno, consolas y borboteadores.
- 13) Se observó una sobrecarga de pacientes en algunos servicios de las unidades médicas de segundo nivel, como son los de urgencias y de auxiliares de diagnóstico, con relación a su capacidad instalada, derivado de la atención que por ley se debe otorgar a los pacientes con urgencias reales aunque no sean derechohabientes como son los pacientes de trauma por accidente aun cuando no se hospitalicen lo

cual afecta la suficiencia del banco de sangre. Dicha sobrecarga también es resultado de la regionalización y los acuerdos de gestión que establecen qué a una determinada cantidad de unidades de primer nivel corresponde a cada una de segundo nivel, como es el caso de la zona metropolitana del Distrito Federal, y en este sentido se tiene rezago de consultas solicitadas por otras unidades médicas que no se atienden ni se tramitan y que por lo mismo representan una demanda no contabilizada pero que si se generaron y que redundan en la falta de atención de los pacientes. Se considera que ya se cuenta con diversas especialidades, y que con la dotación de personal y equipos que hacen falta, se podría funcionar en el rango de unidad de tercer nivel en algunas especialidades, ya que se podría evitar derivar pacientes a la unidad respectiva del nivel superior, para ello se señaló la pertinencia de contar con una coordinación clínica de medicina con subespecialidades.

- 14) En cuanto al personal, se presentan algunas restricciones para reasignar personal para cubrir faltantes por áreas y turnos como es el caso de las plazas de pediatría del turno vespertino, ya que se debe contar con la anuencia por parte del sindicato.
- 15) En el área de neonatología no se cuenta con personal por no estar reconocido, pero se le da apoyo con personal de otras áreas de la unidad médica.
- 16) En Radio inmunoanálisis faltan técnicos en el turno vespertino, por lo que el personal médico asignado en dicho turno están subutilizados y se afecta el procesamiento de muestras.
- 17) En caso de que las necesidades se cubran con otras especialidades, como es el caso de las urgencias pediátricas en la que se reforzó con médicos urgenciólogos y no pediatras, se tiene repercusión en la atención, ya que hay pacientes que se podrían ir a casa pero que se decide hospitalizar sin causa ni razón, por lo que se les expone a complicaciones infecciosas.
- 18) En el caso del banco de sangre no se cuenta con personal suficiente y debidamente capacitado para los diferentes turnos en el área de inmunohematología, por lo que sólo se puede atender a los donantes en el turno matutino de lunes a viernes por lo que de 700 donantes potenciales por mes, sólo se tiene hasta 450 efectivos, lo que afecta el suficiente abasto de sangre y la instrumentación de proyectos como el de

recambio plasmático y de procesos de aféresis.

- 19) La identificación de necesidades presupuestales se hace por estimaciones y datos históricos en proformas ya rebasadas por la realidad, las áreas centrales deberían acudir a las unidades médicas para observar los factores y requerimientos y las tendencias de la población que se atiende efectivamente.
- 20) Se destacó como una de las causas de la demora en la cirugía la situación de pacientes diabéticos e hipertensos y de más de 60 años que por descompensación no pueden ser intervenidos en las fechas programadas.
- 21) Se ha enfrentado un cambio en la patología de la población infantil, ya que las enfermedades crónico-degenerativas ahora tienen la misma participación que las enfermedades infecciosas, pero cuentan con secuelas y complicaciones mayores, como son las crisis convulsivas, epilepsia, asma y complicaciones del paciente prematuro, las cuales llegan a ser más graves y de más larga duración, lo que propicia que la atención de estos casos sea más complicada, lo que se agrava por la falta de personal capacitado y los pacientes son canalizados a otras unidades médicas, pero en algunos casos no se canalizan correctamente.
- 22) Se expresó que es necesario hacer un estudio de actitudes e impacto y un área a cargo, para saber en qué medida el cansancio físico e intelectual y estrés del personal médico repercute en la atención que otorga y poder determinar las acciones que se deben tomar, considerando asimismo, el efecto de la sobrecarga de pacientes y la restricción de recursos.
- 23) También se señaló la necesidad de mantener la permanencia del personal médico que se prepara en la unidad médica para que sigan en apoyo de la misma, ya que los médicos tienden a irse a otras unidades en donde les asignan la base y no adscripciones temporales.
- 24) Se tuvo conocimiento de algunas limitaciones presupuestales en cuanto a los servicios integrales del banco de sangre que afectan a las unidades médicas de segundo nivel, que aunadas a la situación de la distribución del personal, espacio e instalaciones y su insuficiencia, derivan en la falta de abasto de sangre y que no sea

posible alcanzar la cifra de donantes potenciales por los problemas que se generan a partir de horarios restringidos para llevar a cabo la captación y procesamiento de las tomas.

- 25) En situación similar se encuentra el servicio de inmunoanálisis, en cuyo caso los servicios integrales cubren los insumos y el uso del equipo, pero cuando se acabe el monto contratado éste será retirado y se afectarán las pruebas realizadas, algo similar sucede con el servicio de inmunoquímica ya que las pruebas realizadas se complementan con servicios integrales.
- 26) Para la realización de estudios de laboratorio y desahogar la demanda se ha canalizado al paciente a unidades médicas de tercer nivel, en las cuales se vuelve a canalizar al segundo nivel al paciente para que se hagan los estudios en donde se generan, lo cual tiene un impacto directo sobre el paciente por inconveniente de traslado; al respecto se consideró que el sistema de información debería indicar la infraestructura y capacidad disponible, para que incluso se pudiera canalizar directamente del primer al tercer nivel de atención y evitar que el paciente acuda varias veces a practicarse sus estudios o bien sea rechazado.

TERCER NIVEL:

- 1) En la aplicación de estrategias como la infusión ambulatoria, la clínica de catéter o la unidad metabólica, que no obstante los resultados obtenidos en cuanto a la mejora en la atención de los pacientes y los ahorros que significa en los tratamientos y servicios relacionados como la hospitalización, no cuentan con centros de costos asignados por lo que no se dispone de recursos humanos, materiales y financieros, así como instalaciones específicamente destinadas a su refuerzo, por lo que se tiene que recurrir a los recursos de los centros de costos autorizados. Es el mismo caso para las acciones que pudieran emprenderse en materia de endoscopia, geriatría y tanatología.
- 2) En lo referente a la articulación de procesos operativos entre las unidades médicas de segundo y tercer nivel se detectó la necesidad de que en más unidades médicas se realicen estudios especiales que fungen como auxiliares de diagnóstico, como son los estudios de biología molecular para el estudio del genoma humano para

cubrir las diferentes características de la población en apoyo de las detecciones y tratamientos y hacerlos más accesibles. Lo anterior con el fin de que las unidades de tercer nivel, que actualmente prestan este servicio no se saturan con la demanda que proviene de otras unidades médicas y que con ello puedan concentrar sus recursos en los procesos que son sustantivos para ese nivel de atención.

- 3) En cuanto a los egresos del tercer nivel de atención, salvo los protocolos de investigación, no se cuenta con el seguimiento de los datos de la sobrevida lograda por los pacientes a raíz de los servicios que se les entregó. Una vez que se vuelven a canalizar a la unidad que les corresponde (de segundo o primer nivel), la unidad médica de alta especialidad no tiene acceso a esos datos ya que no se da ese tipo de enlazamiento entre los niveles de atención, salvo que sea señalado en la nota de referencia y contra referencia, pero ello no está enlazado mediante el Expediente Clínico Electrónico.
- 4) Se ha tenido algunos problemas para la adquisición de algunos insumos como son los alérgenos para el tratamiento de alergias, la inmunoglobulina y lo requerido para elaborar vacunas para disminuir la respuesta alérgica.
- 5) Para el proceso de investigación que realizan las Unidades de Tercer Nivel de Atención se puede aprovechar el Expediente Clínico Electrónico una vez que se instrumente, como elemento de apoyo para el diseño de protocolos científicos e incorporar datos epidemiológicos por especialidad e incrementar la potencialidad de las bases de datos que actualmente ya se manejan. El caso de hematología se puede mencionar como ejemplo relacionado con los datos de edad del paciente o sus antecedentes de contacto de sustancias que dañan la sangre. Asimismo, se planteó la necesidad de formar grupos colaborativos multidisciplinarios con instituciones públicas y privadas, convenios de colaboración para completar pruebas y protocolos y lograr un trabajo de calidad internacional.
- 6) Se conocieron algunos aspectos que caracterizarán la atención de la población geriátrica, como son que ésta genera más días de estancia prolongada y alto uso de polifarmacia y que algunos de sus padecimientos no se curan sino que son vuelven crónicos, asimismo, la necesidad de recursos humanos especializados tanto médicos, rehabilitadores y enfermería.

- 7) A su vez la atención se deberá dirigir a los síndromes geriátricos como son los problemas cognitivos, incontinencia urinaria, dependencia funcional, los cuales complican cualquier otro padecimiento. Al respecto, el IMSS ya cuenta con dos sedes reconocidas por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional con residencia geriátrica, de seis sedes al nivel nacional.
- 8) En lo que se refiere a cardiología se presenta una separación del proceso de atención médica, ya que en la unidad médica visitada se lleva a cabo el estudio de arteria coronaria para determinar qué pacientes deben someterse a cirugía, sin embargo el 80% de las operaciones se realiza en el Hospital General La Raza y no en la propia unidad médica visitada, propiciando la subutilización de su infraestructura.

BUENAS PRÁCTICAS O FORTALEZAS.

En el Modelo de Términos de Referencia las buenas prácticas se definen como: "aquellas iniciativas innovadoras, que sean replicables, sostenibles en el tiempo y que permitan fortalecer la capacidad de operación del programa.

PRIMER NIVEL:

- a) En el proceso de consulta de las Unidades de Medicina Familiar, realizan diferentes actividades, con el fin de orientar a los pacientes sobre el cuidado de su salud y detectar a tiempo padecimientos que están afectando a la población derechohabiente, las cuales se describen a continuación.
- b) Mediante el uso de la cartilla de salud registran y dan seguimiento a acciones preventivas, predefinidas y acciones de detección. Al respecto el personal médico, de enfermería, trabajo social y nutrición, participan en la revisión de dicho instrumento a fin de verificar la atención que se brinda a cada paciente según su grupo de edad y permite dar seguimiento a casos sospechosos de los padecimientos que actualmente están afectando más a la población derechohabiente como son la diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cervicouterino y recuperar pacientes remisos incluyendo la visita domiciliaria y redes de apoyo. Asimismo permite el diseño de estrategias como cercos epidemiológicos en caso de urgencias por enfermedades infectocontagiosas.

- c) Desde el nivel de unidades de medicina familiar se cuenta con Guías de Práctica Clínica las cuales indican la forma de llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento médico para cada especialidad y patología y en su caso la canalización del paciente hacia los diferentes niveles de atención.
- d) De igual manera como parte del proceso de atención médica en este nivel, se organizan y operan grupos educativos etarios vinculados a estrategias de medicina familiar como son PrevenIMSS, ChiquitIMSS o DiabetIMSS, lo cual incluye entrevistas diagnósticas y sesiones informativas con las que se orienta a la población en cuanto a hábitos de alimentación, higiene, prevención y control de padecimientos y se fomenta la salud continua y la reducción de riesgos mediante la modificación de los estilos de vida y una cultura para la salud a mediano plazo considerando que el paciente retome acciones para cuidar su propia salud y que una vez que está controlado comparta su experiencia con otros pacientes.
- e) Las Unidades de Medicina Familiar canalizan a la población con factores de riesgo de VIH-SIDA al laboratorio de la unidad de segundo nivel que le corresponde para que practique la detección correspondiente, en el caso de las mujeres embarazadas se les canaliza a pruebas rápidas con resultados a los dos días.
- f) Se llevan a acciones extramuros de visitas de personal de enfermería en casos de cercos epidemiológicos por urgencias como el cólera o casos de cáncer de mama que resultaron sospechosos.
- g) Los integrantes del cuerpo de gobierno hacen recorridos por las instalaciones de la unidad médica para captar la opiniones de los pacientes en torno de temas como el orden y limpieza, sus demandas, el abastecimiento de medicamentos, los tiempos de espera, etcétera.
- h) A partir de 2013 se ha instrumentado la receta resurtible por tres meses para las principales patologías (16), antes era válida por un mes, cuyo procedimiento depende de que el paciente esté controlado y se evalúa el riesgo y el beneficio, si persisten los riesgos se le retira al paciente el uso de este tipo de recetas.
- i) En virtud del refuerzo de personal a cargo del área de nutrición se lleva a cabo el

control metabólico que detiene el daño en pacientes diabéticos e hipertensos ya que si bien no se logra la reducción de peso, si se logra bajar la glucosa y los triglicéridos y se atiende un volumen de 800 pacientes mensuales a los que se les somete a un perfil de lípidos completo, no sólo de colesterol y triglicéridos.

- j) Para abatir el indicador de obesidad también se ha dado capacitación a los asistentes médicos para pesar y medir bien a los pacientes para mejorar y uniformar la técnica respectiva y que ésta sea exacta. También se ha otorgado capacitación para leer la cartilla de salud y detectar los aspectos a reforzar en el paciente y cuidar que su llenado sea completo.
- k) El personal de enfermería cuenta con capacidad para atender al núcleo familiar.
- l) En materia de geriatría se está capacitando al personal conforme a la visión de futuro del instituto, incluyendo que el área de trabajo social evalúe las redes de apoyo y las capacidades con las que cuentan los pacientes y que se eviten accidentes como son las caídas.
- m) El área a cargo de la contabilidad realiza el control de medicamentos y recetas surtidas, cada mes la conciliación del abasto, así mismo pruebas selectivas en cualquier momento que se requiera para cotejar los listados de medicamentos contra la existencia física. También se hacen cierres contables para evitar bienes ociosos y se genera un análisis de variación para verificar los centros de costo a los cuales se cargan los consumos y evitar traspasos inadecuados o bien justificar faltantes o subconsumos a través de los informes de cada uno de los servicios.

SEGUNDO NIVEL:

- a) En lo referente al proceso de hospitalización las Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención han desarrollado en la práctica diferentes estrategias de *triage* en el servicio de urgencias, el cual consiste en la identificación de las urgencias sentidas y reales a fin de establecer prioridades de servicio a los pacientes que recurren a recibir atención de urgencia, con base en la valoración de cada caso y con la participación del personal competente.
- b) Relacionado con los procesos quirúrgicos los médicos cuentan con conocimientos y

calificación óptima y junto con el demás personal, se apegan a los procedimientos establecidos para este proceso por el Instituto. De igual manera, cuentan con amplia experiencia en entubamiento para pacientes sépticos, de área difícil que no se pueden entubar con equipo habitual y pacientes de trauma por accidente, lo cual se consigue con éxito sin procedimientos quirúrgicos adicionales y se evita las secuelas respectivas.

- c) La programación quirúrgica colegiada, en la que participan la dirección del hospital, la subdirección médica, traumatología, los jefes de servicio involucrados e incluso el personal de trabajo social (quien localiza y da aviso al paciente sobre la fecha de la intervención), ha permitido mejorar el proceso quirúrgico. De esta forma se valora con cada médico y de acuerdo al paciente, los tipos de lesiones, la técnica a aplicar, tiempo de recuperación, tiempo de incapacidad y recursos disponibles. Asimismo se hace énfasis en que se tenga todo el protocolo para cirugía como son los exámenes de laboratorio y la preparación específica para la operación.
- d) En lo que hace a las unidades médicas de segundo nivel se ha fomentado procedimientos quirúrgicos menos invasivos como es la cirugía laparoscópica y la endoscópica, que reducen los días de estancia en hospital y las posibles complicaciones, lo cual incide en una más pronta recuperación de la vida normal del paciente y menos días de incapacidad para los trabajadores.
- e) En el segmento de las unidades médicas de segundo nivel se han mejorado el funcionamiento de los auxiliares de diagnóstico como es el de patología, en donde a partir de la organización del servicio en el que participan administrativos, técnicos, químicos y patólogos para evitar el rezago en el procesamiento de las muestras a pesar de la situación de obsolescencia de algunos equipos y por lo que en algunos casos se ha tenido que adoptar una técnica manual.
- f) Del mismo modo, se han reducido en general los días de diagnóstico y en particular los catalogados como urgentes, lo cual repercute en una mayor capacidad resolutive reduciendo el tiempo entre la realización de la toma y el momento en que el paciente tiene el diagnóstico en sus manos, el 90% de las biopsias se diagnostican en cinco días cuando pueden llegar a existir rangos de quince días, seis meses o un año. En lo que hace a la radiología, para el caso de mastografías se ha desarrollado

la capacidad para tener una detección más completa y oportuna de padecimientos vinculados al cáncer de mama, a partir de estudios hepáticos y de pulmón y determinar el grado de avance de la enfermedad.

- g) De acuerdo a los médicos que trabajan en la atención hospitalaria, se ha observado que en el área geográfica de influencia de la Unidad Médica visitada existe una correlación entre variables como la reducción de la ocupación hospitalaria de población infantil y el aumento de la vacunación contra rotavirus, el entubamiento de drenaje y la pavimentación y también, que con la crisis económica y desempleo se reduce la población infantil como efecto de la reducción de la afiliación.
- h) En el caso de los servicios fusionados de neumología e inhaloterapia en función del servicio subrogado se otorga a los pacientes la opción de ventilación mecánica a domicilio.
- i) Asimismo se han desarrollado la estrategia de estudios basales a partir de un protocolo para separar a los pacientes conforme a su estado de gravedad real para canalizarlos a urgencias por crisis y si sus estudios presentan datos sospechosos para canalizarlos al tercer nivel de atención.
- j) Del mismo modo si en función de la revisión practicada no cuentan con los estudios que debieron realizarse en el primer nivel de atención (estudio de función respiratoria e imagenología) se les regresa a la unidad de medicina familiar, o bien desde la unidad de medicina familiar se canalizan directo a la unidad de alta especialidad para complementar los estudios, todo lo cual permite tomar decisiones y atender más rápido a los pacientes o bien canalizarlos.
- k) El banco de sangre instrumentó un volante gráfico para el caso de las autoexclusiones de donadores, en el que se explican los motivos para declinar la donación como puede ser padecer de factores de riesgo incluyendo cardiopatías, hipertensión y diabetes, con esto la autoexclusión pasó de una persona, a veinte y hasta cuarenta por mes, lo que evita que dichos factores aparezcan en las etapas avanzadas del proceso y permite enfatizar la táctica para contar con la donación de familiares y amigos del paciente.

- l) Se tienen mejoras en la práctica clínica en nefrología en cuanto a las guías de peritonitis, anemia, nefritis y enfermería para nefrología; apego a las normas oficiales; desarrollo y difusión de la estrategia de diálisis peritoneal ambulatoria intermitente; experiencia en el manejo de peritonitis y colocación de catéter percutáneo con casuística sobresaliente; y publicación de artículos pioneros en América Latina.
- m) El servicio de urgencias es el más grande del país, incluyendo pediatría, y se han hecho gestiones al interior de la unidad médica y sus áreas para reducir los tiempos de atención, de siete días de estancia en urgencias a tres días, aún con la limitante de espacio físico en piso de hospitalización.

TERCER NIVEL:

- a) La Unidades Médicas de tercer nivel, para el desarrollo de sus procesos operativos cuenta con capacidad resolutive, tecnología avanzada y especialidades médicas del mayor nivel, como es el caso de cardiología, la cual ocupa el primer lugar de egresos del hospital; hematología orientada a los padecimientos y tratamientos de trasplante, aféresis y hemofilia, siendo líder en la atención de ese padecimiento, así como en la atención de enfermedades lisosomales, para lo cual cuenta con una planta de médicos con diversas subespecialidades para atender a este tipo de padecimientos.
- b) De igual manera cuenta con especialistas para el tratamiento de alergia inmunológica a nivel de consulta, diagnóstico y laboratorio; además cuenta con una unidad metabólica para el estudio de enfermedades de calcio, insuficiencias renales diferentes a nefrología e hipertensión secundaria de difícil control.
- c) En el rango de unidades médicas de alta especialidad se observaron algunas estrategias para la reducción de infecciones nosocomiales, como es el uso de material desechable para el caso de ventiladores para el tratamiento de padecimientos respiratorios y para el caso de catéter vascular, asimismo la eliminación del uso de corbata para el personal médico.
- d) Se tuvo conocimiento que tiene el reconocimiento nacional e internacional en cuanto a la actividad de investigación, difusión y publicación, ya que se tiene un alto

índice de publicaciones médico/científicas con alto impacto, indexadas y avaladas, lo cual resulta de la práctica y protocolos médicos que se desenvuelven al interior del IMSS. También, los cursos de posgrado que se imparten están avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así como en proceso de avalarse por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN).

- e) Se observó que se han impulsado procedimientos médico-quirúrgicos como son los trasplantes de médula ósea (renglón en el cual la unidad es líder nacional) y renal, lo cual se traduce en mayor sobrevida para los pacientes con afecciones relacionadas y ahorros en cuanto los tratamientos tradicionales ya sea a base de medicamentos o terapias de alto costo, duración y recurrencia. Ello incluye la formulación y seguimiento de protocolos, conforme a los cuales se verifica la respuesta al injerto y se prescriben los inmunodepresores.
- f) También, con la participación de enfermería se ha desarrollado la estrategia de la unidad de terapia de infusión, para el caso de la administración de medicamentos intravenosos de alto costo en forma ambulatoria, lo cual ahorra de forma drástica gastos de hospitalización; así como la clínica de catéteres, que busca reducir las consecuencias y costos asociados a infecciones por catéteres intravasculares, a pesar de no contar con centros de costo específicos y los recursos que van ligados a éstos.
- g) En el rubro de los auxiliares de diagnóstico, de carácter muy especializado como son los estudios de fisiología gástrica, además de atender a la población que le corresponde también brinda apoyo a otras circunscripciones del IMSS, lo cual ayuda a determinar el tipo de cirugía y si esta se requiere o no, por lo que se evitan costos y secuelas innecesarias.
- h) Se diseñó una estrategia denominada torre de control de medicamentos de alto costo, lo cual ha permitido incorporar medicamentos de punta en cada punto del proceso de atención médica, habida cuenta que el paciente está muy informado y pregunta o llega a solicitar nuevos medicamentos por lo que ello ayuda a atender las demandas de la población.

- i) Se han desarrollado estrategias en el rubro de atención geriátrica como son asesoría médica, atención de enfermería en úlceras por presión y de problemas de alimentación, aunque la participación de trabajo social en casos de abandono y maltrato está descubierta.
- j) En el rubro de cardiología el procedimiento de hemodinamia para destapar arterias se modificó, ya que anteriormente implicaba tres días para el internamiento, intervención y recuperación, pero con la mejora de la técnica de intervención por acceso radial para hacer llegar el catéter al corazón ello se abrevió a un solo día.
- k) De forma similar, se han obtenido resultados exitosos con la colocación de marcapasos definitivos que ha permitido hacer frente al cambio poblacional. También, se hizo referencia al caso de la corrección de anomalías como las arritmias detectando su origen mediante los estudios electrofisiológicos y aplicando con precisión la ablación por radiofrecuencia la cual evita al paciente el uso de medicamentos en lo subsecuente.
- l) Finalmente, se subrayó el uso de desfibriladores para los casos de arritmias graves muy específicos. En cuanto a estrategias no quirúrgicas se mencionó la coordinación, tanto externa, como con el segundo nivel de atención, e interna, con el área de admisión continua, para llevar a cabo la recepción inmediata de pacientes de infarto y su recepción en el área de cateterismo, y la detección oportuna, lo cual ha permitido la reducción de la mortalidad, lo cual se lleva a cabo de forma conjunta con el segundo nivel de atención, con pruebas básicas (segundo nivel) y adicionales (tercer nivel) con auxiliares de diagnóstico como son medicina nuclear o radiofármacos.

ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES (FODA).

A continuación se presenta el esquema en el que obra el análisis de las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Pp evaluado, para lo cual se considera de forma conjunta la información tanto de gabinete como de campo, recabada y analizada a lo largo del estudio.

CUADRO 7.10. ANÁLISIS FODA, PROGRAMA PRESUPUESTARIO E002 "ATENCIÓN CURATIVA EFICIENTE", (2010-2012)

Tema		Fortalezas	Debilidades
Internas		Al nivel agregado de las áreas que participan en la operación del programa se cuenta con liderazgo, experiencia acumulada, aprendizaje y conocimiento de la problemática y población atendida.	Prevalece en la estructura organizacional la cultura funcional sobre la cultura de procesos para articular la entrega de servicios de salud, lo cual se refuerza por las limitaciones del sistema de gestión de información para comunicar de forma eficiente a los participantes .
		Se opera de forma cotidiana con un enfoque altamente resolutivo y de compromiso por parte del personal médico y de enfermería, entre otros.	Se presenta insuficiencia de recursos requeridos para la entrega de servicios de salud, al nivel de unidades médicas, centros de costos o tramos del proceso de atención curativa. En cuanto al recurso humano se experimenta rotación de personal por jubilación.
Externas		Se han incorporado, normado y generalizado acciones de calidad e innovaciones que mejoran la gestión operativa del programa.	Las soluciones, estrategias y acciones de calidad para la mejora de los procesos no cuentan con las escalas suficientes para generar el impacto esperado sobre la atención de los derechohabientes.
Oportunidades	<p>Reforzar la continuidad en el proceso de otorgamiento de la atención curativa de los pacientes.</p> <p>Cubrir de forma suficiente la demanda de servicios de salud en cada delegación, unidad médica y segmento de la población atendida.</p> <p>Proporcionar atención curativa de calidad de adecuada a las características demográficas y epidemiológicas de la población atendida.</p>	<p>Fortalezas/Oportunidades</p> <p>Las fortalezas acreditan talento y esfuerzo desplegado por parte de los operadores, que utilizan cotidianamente para resolver los problemas de la atención médica que enfrenta el programa, para lo cual sería conveniente reforzar la formulación de objetivos estratégicos para anticiparse a los actos, hechos u omisiones que ponen en riesgo el cumplimiento de los propósitos del programa, mejorar la división del trabajo y canalizar y enfocar de forma óptima las capacidades con las que se dispone.</p>	<p>Debilidades/Amenazas</p> <p>Se requiere una mayor comunicación, aprovechamiento de información para la toma de decisiones y transversalización de los procesos para abatir insuficiencias y desconexiones, asimismo para que la adecuada gestión operativa no dependa de personas en particular y para que se escalen las mejores prácticas para hacer frente a las oportunidades del programa.</p>

Amenazas	<p>Escenarios clínicos complejos y cambiantes, heterogeneidad en la distribución regional y composición de las población.</p> <p>Elevada escala de operación y participación, combinación e interacción de múltiples instancias, especialidades médicas, niveles de atención, centros de costos y recursos para otorgar la atención a los pacientes.</p> <p>Necesidad de incrementar los efectos de salud sujeto a la restricción presupuestal y necesidades crecientes por parte de la población más numerosa, informada y activa.</p>	<p>Fortalezas/Oportunidades</p> <p>Las fortalezas acreditan talento y esfuerzo desplegado por parte de los operadores, que utilizan cotidianamente para resolver los problemas de la atención médica que enfrenta el programa, para lo cual sería conveniente reforzar el proceso de aprendizaje y conocimiento de su entorno y elementos estructurales que determinan el rumbo programa, detección de tendencias, eliminación de deficiencias recurrentes e inercias.</p>	<p>Debilidades/Amenazas</p> <p>Se requiere formular un plan de acción en el que las áreas a cargo del programa establezcan prioridades y compromisos a corto y mediano plazos para atender las amenazas y resolver las debilidades, estableciendo horizontes congruentes, viables y sujetos a monitoreo, a fin de generar sinergia de forma progresiva, que no se pierdan los avances logrados y que ello sea acorde a la planeación estratégica institucional. Cabe mencionar que la profundización de las debilidades comprometería y afectaría la capacidad para resolver las amenazas y las áreas de oportunidad.</p>
-----------------	---	---	--

DETECCIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD Y PROBLEMAS EN LA NORMATIVIDAD.

Como se ha señalado en apartados anteriores, los instrumentos normativos como son la leyes, reglamentos y manuales de organización y procedimientos son adecuados para los procesos de consulta y hospitalización como se observó en las reuniones de trabajo y visitas de campo con los responsables de la operación del Pp. En relación con las áreas de oportunidad detectadas en los procesos de consulta y hospitalización, a través de las visitas a las unidades médicas, se observaron los siguientes aspectos que son sujetos de mejora en la normatividad que regula a dichos procesos, a fin de incorporar los mecanismos para que se lleve a cabo:

Debido a que se requiere un mayor cumplimiento por parte del paciente en cuanto a su asistencia a citas concertadas y de una mayor cobertura de la atención de primer nivel para prevenir, detectar y controlar padecimientos y evitar que casos de urgencias y complicaciones trasciendan al segundo y tercer nivel de atención es necesario precisar en los procedimientos respectivos la actividad de brindar mayor información y orientación a los pacientes sobre la cita previa a fin de que este sistema se extienda a la mayor parte de los derechohabientes que solicitan atención médica, para lo cual se deberá considerar los aspectos de actitud del paciente para promover su autocuidado y que tome responsabilidad de su salud.

En función de la fluctuación de la demanda de atención y de la conveniencia de mantener el mismo nivel de calidad de cuidados al que debe acceder la población atendida, es necesario incluir en el procedimiento respectivo el mecanismo para hacer una mejor distribución de las cargas de derechohabientes en los consultorios, a fin de hacer eficiente la distribución de población, particularmente en el caso de las unidades de primer nivel, para lo cual se debe incidir sobre la flexibilización de las actitudes del paciente que se inclina a tratarse con el mismo médico, asimismo se debe hacer una programación puntual que resuelva la falta de personal por motivos de vacaciones o enfermedad.

Considerando la experiencia de la cual se dispone a partir de su instrumentación, la cual debe ser considerada para el resto de la red de unidades médicas es necesario mejorar y unificar el sistema de información de medicina familiar con otras bases de datos, sobre todo lo referente a la instrumentación y uso de intranet para aprovechar los recursos de información, estableciendo en los manuales de organización y los procedimientos la obligación por parte de las áreas para compartir y resguardar la información que generan y detentan, así como los mecanismos para que los sistemas se vayan actualizando permanentemente conforme a las necesidades de operación, para lo cual se requiere que se eviten las interrupciones en el funcionamiento del sistema y que la instrumentación del expediente electrónico avance en el segundo y tercer nivel de atención.

Sobre la base de los niveles de surtimiento ya logrados es necesario que en los procedimientos aplicables se integren mecanismos para mantener permanentemente actualizado el programa de abasto de insumos y dimensionar de manera más detallada la probabilidad e impacto de los riesgos de desabasto al nivel de unidades médicas, tipos de medicamentos e insumos y su estacionalidad a fin de seguir empatando la oferta y demanda de este tipo de bienes y evitar desabastos que se puedan prevenir y que afectan la continuidad de los tratamientos de los pacientes u obligan a que éstos eroguen recursos de forma adicional, para lo cual se debe considerar la recurrencia en el surtimiento de medicamentos e insumos que se da entre unidades médicas.

Derivado que de forma recurrente algunas de las solicitudes de recursos por parte de las unidades médicas permanecen sin ser atendidas, es necesario que en los procedimientos respectivos se incorpore el sistema de determinación del proyecto de presupuesto de egresos y de formulación de requerimientos con necesidades reales, a fin de solucionar la

limitantes que impone el sistema de presupuesto que se basa en el uso de la proforma y estimación histórica, para lo cual se debe asimismo avanzar en el costeo prospectivo.

Debido a que se registra la falta de especialistas para dar tratamiento a grupos de población específicos es necesario contar con los procedimientos que sustente la realización del estudio y análisis de la población atendida y sus necesidades a fin de planear la formación y dotación de recursos humanos especializados acorde a los nuevos perfiles demográficos y epidemiológicos, incluyendo las variantes a nivel regional; para evitar la falta de personal especializado también se deben operar los procedimientos de reclutamiento y selección de forma ágil para cubrir oportunamente las vacantes.

En atención a la carencia, obsolescencia y descompostura o falta de refacciones y consumibles, es necesario incluir el procedimiento correspondiente el mecanismo para programar presupuestal y físicamente la reposición de equipos de quirófano, laboratorio y los utilizados en cada una de las especialidades médicas; asimismo el mantenimiento a equipos e instalaciones, con el objetivo de que no se interrumpa el proceso de entrega de servicios y las unidades médicas sean autosuficientes de acuerdo a su configuración de nivel de atención, área geográfica que atienden y especialidades medicas ofrecidas, para ello se debe tomar en cuenta la participación de especialistas en ingeniería biomédica y demás expertos según el caso.

A raíz de que se observa la sobrecarga de pacientes en algunas unidades médicas es necesario que en el procedimiento inherente se incluya el mecanismo para distribuir eficientemente las cargas de trabajo entre las unidades de segundo nivel con el fin de lograr un aprovechamiento óptimo de la infraestructura instalada y de los recursos asignados así como garantizar el acceso de la población atendida a los cuidados médicos con el mismo nivel de calidad, para ello se debe prever la actualización permanente de la regionalización, el establecimientos de los criterios y variables para determinar la misma y el fortalecimiento del enlazamiento y coordinación con las unidades de primer y tercer nivel que corresponde a la ámbito regional de cada unidad de segundo nivel para mejorar la gestión operativa del programa.

Vinculado a la necesidad de acreditar que se llevan a cabo las acciones para abatir el riesgo de inadecuada dotación de recursos o de errores humanos que afectan la gestión operativa del proceso de entrega de servicios médicos se deben integrar en los

procedimientos respectivos los mecanismos para instrumentar sistemáticamente y rendir cuentas sobre las acciones concurrentes al ejercicio encaminadas a la vigilancia y supervisión, a partir de las cuales se pueda corroborar que las unidades médicas cumplan fehacientemente con la aplicación y observancia de las guías de práctica clínica y las normas oficiales mexicanas en materia de otorgamiento de servicios de salud, para lo cual es conveniente adoptar el concepto de modelo de calidad y establecer la programación de las actividades de vigilancia y supervisión, tanto de gabinete como de campo.

Vinculado a la necesidad de contar con más elementos cualitativos para la toma de decisiones inherentes al programa y orientar los procesos es necesario integrar a los procedimientos vinculados, la realización de acciones de vigilancia y seguimiento de la operación del Pp que deben llevar a cabo las áreas centrales y delegaciones hacia las unidades médicas, a fin de generar la visión estratégica y de anticipación de problemáticas, para lo cual se debe contar con una programación periódica y con un espectro de elementos que permitan verificar y valorar la variabilidad del hecho médico, incluyendo la actitud de los prestadores de servicios médicos y de los pacientes a fin de uniformar la práctica clínica y el apego a los vías de atención curativa instrumentadas.

En atención de que algunas unidades médicas presentan insuficiencias en algunos centros de costos se requiere incluir en los procedimientos aplicables el dimensionamiento y monitoreo de la capacidad instalada de las unidades médicas a fin de poder determinar vías acciones que permitan equilibrar posibles desbalances entre la demanda y oferta de servicios médicos entre unidades médicas, en condiciones de certeza de atención pronta y con la calidad requerida de pacientes que se remiten a unidades diferentes para continuar su proceso de detección o curación; para ello se debe especificar el marco geográfico de población definido para cada bloque de proceso y el acotamiento de la colaboración entre unidades médicas; la relación y características de los recursos que están integrados en el esquema de colaboración y garantizar que se asignen los recursos e instrumentos para permitir la continuidad asistencial.

Debido a que existen algunos procesos de conformación de centros de costos pendientes de concluir en algunas unidades médicas y de que los centros de costos son la plataforma operativa para instrumentar estrategias para enfrentar el escenario cambiante del hecho clínico, se necesita incorporar en el procedimiento correspondiente el mecanismo para

mejorar y agilizar la apertura, autorización y dotación de recursos de centros de costos de las unidades médicas con el fin de optimizar el tiempo y esfuerzo que se debe dedicar al proceso administrativo y garantizar sus resultados en apoyo de la gestión médica y la atención a los pacientes, para lo cual se debe delimitar la participación de cada instancias, las formalidades de presentación de requisitos y los plazos máximos de tramitación.

En función de la necesidad de contar con un sistema y estructura de información adecuados se deben complementar los manuales de organización y procedimientos para establecer las obligaciones y actividades de coordinación, compartición, explotación, validación, resguardo y cotejo de información entre las áreas usuarias finales y que detentan datos, a fin de optimizar el uso de éstos para apoyar la práctica clínica en general, la generación de indicadores de costos y efectos de salud y la medición de la relación costo-efectividad; para ello se debe empatar el diseño del sistema de información y de la plataforma tecnológica con el marco funcional y procedimental.

Derivado de que las unidades medicas enfrentan escenarios clínicos complejos, cambiantes y altos volúmenes de atención y un población con demandas determinadas por la transición epidemiológica y demográfica es preciso que en los procedimientos respectivos incorporen mecanismos para normar y generalizar la adopción y adaptación de acciones de calidad que mejoren los procesos y la gestión clínica, con el fin de que se valoren, regulen e instrumenten nuevas y mejores prácticas como son las acciones extramuros, de orientación y educación de población y de prestación de servicios de salud con base en tecnologías de información, a fin de optimizar los recursos e incrementar la cobertura y los efectos de dichas intervenciones; para ello se debe considerar que la aplicación de innovaciones debe estar sustentada en evidencia científica de los beneficios a obtener y no poner en riesgo la operación cotidiana con motivo de su proceso de asimilación por parte de los prestadores de la atención médica.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- 1) El programa no presenta un diagnóstico que muestre el árbol de problemas de la salud de la población, y que incorpore el cambio demográfico epidemiológico. En su diseño, el programa en el año de 2012, se enfocó principalmente a mejorar la atención médica en términos de oportunidad, y no se estructuró la matriz y sus indicadores en términos del abatimiento de las enfermedades crónico-degenerativas propias de la transición epidemiológica y demográfica.
- 2) En términos generales los resultados que presentan los indicadores del programa son positivos, ya que la mayoría se ubican en el rango superior o intermedio para los tres años evaluados.
- 3) En general, se considera que la legislación y normatividad interna son adecuadas para el desarrollo de procesos y para el cumplimiento de los objetivos del Pp E002. Tal es el caso de los procesos de Planeación estratégica, programación y presupuestación y Difusión; Producción o compra de bienes y servicios; Entrega de servicios; Seguimiento a usuarios y monitoreo de servicios y Satisfacción de usuarios.
- 4) En el caso del proceso Solicitud de Servicios falta integrar la solicitud vía internet, que se efectúa en la práctica pero para la cual no se localizó alguna mención dentro de la normatividad existente o documentación especial.
- 5) En relación al proceso de Producción o Compra de bienes o servicios, se observó que en algunas unidades médicas existen algunos equipos obsoletos y falta de insumos que evidenciaron la necesidad de integrar mecanismos en la normatividad para evitar esta situación, cabe mencionar que los procesos de adquisición están a cargo de la Coordinación de Control de Abasto del instituto.
- 6) Los procesos de Selección de Solicitudes y Distribución de Apoyos, no existen como procesos operativos del Pp E002, pues en el primer caso, los pacientes no atraviesan por una fase de discriminación en la solicitud de servicios de salud, y en el segundo caso, este tipo de servicios no requieren traslado del lugar de producción al lugar de

entrega, pues se generan al tiempo de otorgarse.

- 7) En lo referente a la medición de atributos de los procesos, mediante los indicadores de gestión del programa para los años evaluados, se observó que en general los procesos tuvieron un desempeño adecuado en términos de eficacia, eficiencia y calidad, principalmente.
- 8) Los procesos operativos que se validaron con base en los resultados de las Encuestas de Satisfacción, conforme al criterio del 80% de su cumplimiento, para los tres niveles y como mínimo en dos años de los tres años del estudio fueron: Limpieza del consultorio previo a la consulta médica, Revisión por parte del médico de la Historia clínica completa del derechohabiente, Orientación del médico al derechohabiente (respecto al padecimiento, estudios médicos, tratamiento y evolución y complicaciones de la enfermedad), Suficiencia insumos en Laboratorios, Rayos X e imagenología y en específico para el segundo y tercer nivel se validó la Explicación del médico que recibe al derechohabiente que fue ingresado a hospitalización, acerca de su estado de salud.
- 9) Por su parte, los procesos que no se validaron para dos años o para los tres años del estudio por tener un porcentaje de incumplimiento mayor o igual al 20%, fueron la Difusión del programa presupuestario, Revisión previa (Obtención de peso, talla y temperatura) por parte de la asistente médica antes de la consulta médica y Revisión médica (toma de presión arterial, exploración física). Respecto a este último proceso cabe señalar que del porcentaje de derechohabientes a quienes se les realizó la exploración física, el año con los mejores resultados fue 2010. En dicho año fue mayor el porcentaje de derechohabientes que evaluaron la calidad de la exploración como "Muy completa", lo cual se cumplió en los tres niveles de atención.
- 10) Por tanto, se debe revisar la organización de las áreas médicas y administrativas asociadas al incumplimiento de los tres procesos que no pudieron validarse, dada su importancia en el objetivo del Pp E002, respecto a acciones de promoción y prevención de la salud, con énfasis en la detección oportuna de enfermedades y protección específica.
- 11) De acuerdo a los resultados de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a

Derechohabientes Usuarios del IMSS, se puede concluir que el nivel de la satisfacción de la atención médica disminuyó gradualmente en los tres años del estudio, lo cual se cumple en los tres niveles de atención médica. Aunque el nivel de satisfacción del primer y tercer nivel, es mayor en comparación con el segundo nivel.

- 12) Las delegaciones y unidades con los mayores niveles de satisfacción se encuentran en la zona norte del país, mientras que los niveles de satisfacción más bajos, los presentaron las delegaciones de la zona centro y sur del país.
- 13) En el primer nivel de atención el nivel de la satisfacción de los derechohabientes se asoció con el tiempo de espera de los derechohabientes desde su registro de llegada con la asistente médica hasta consulta con el médico, el nivel del surtimiento de medicamentos, la calidad de la exploración médica y la importancia de la opinión de los derechohabientes en la consulta médica respecto a los asuntos relacionados con su salud. Los resultados de las pruebas de independencia estadística se muestran en el anexo.
- 14) De acuerdo a las pruebas de independencia presentadas, el tiempo de espera presenta una baja asociación con el nivel de satisfacción. Dicho resultado se asocia con la realización de cita previa, en promedio el porcentaje de derechohabientes que la realizaron fue igual a 63.5% para los tres años, de los cuales en promedio el 71% pasó a consulta en un lapso de 1 a 30 minutos, mientras que del total de pacientes espontáneos, en promedio el 14% esperó de 1 a 2 hrs. en ser atendidos, el 9% de 2 a 3hrs. y el 10% más de 3 hrs.
- 15) Asimismo, en el primer nivel de atención pudieron determinarse los problemas de salud más frecuentes en la población derechohabiente del IMSS para los tres años de estudio, siendo éstos Hipertensión arterial y Diabetes, los cuales también fueron dos de los problemas de salud, con mayor asistencia a consulta médica. Además de las citadas, las enfermedades con la mayor asistencia a consulta fueron Epilepsia, Enfermedad de la glándula tiroides, Enfermedades cardíacas, Enfermedades reumáticas y Cáncer.
- 16) Al comparar la satisfacción de los derechohabientes que padecen las enfermedades con la mayor asistencia a consulta médica, Hipertensión arterial,

Diabetes y Epilepsia, son las que presentan los mayores niveles de satisfacción, mientras que la Enfermedad de la glándula tiroides y Cáncer, presentan los mayores niveles de insatisfacción. Dichos resultados se confirmaron al considerar a todas las enfermedades, independientemente de su frecuencia de asistencia a consulta médica. Cabe mencionar que las enfermedades con el mayor nivel de satisfacción, presentan una disminución del nivel de 2010 a 2011 y un aumento de 2011 a 2012.

- 17) Las dos enfermedades con los mayores niveles de insatisfacción, la enfermedad de la glándula tiroides y cáncer, también son las que presentan la mayor deficiencia en el surtimiento de medicamentos en las farmacias de las unidades médicas. Sin embargo, las pruebas de independencia señalan una baja asociación entre el nivel de satisfacción y el nivel de surtimiento de medicamentos. Por tanto, los resultados indican que el nivel del surtimiento de medicamentos, no influye de la misma forma en el nivel de satisfacción de los derechohabientes, ya que quienes padecen epilepsia o enfermedades cardíacas o enfermedades reumáticas, también se enfrentaron a una deficiencia en el abasto de sus medicamentos y a la vez presentaron un buen nivel de satisfacción en los tres años de estudio.
- 18) De acuerdo a las pruebas de independencia y correlación, el factor que más se relaciona con el nivel de satisfacción de los derechohabientes en el primer nivel de atención, es la calidad de la exploración médica en la consulta y la importancia de la opinión del derechohabiente en asuntos relacionados con su salud. Lo anterior también se cumple en el caso del segundo y tercer nivel de atención, aunque para éstos no se realizaron las pruebas respecto al tiempo de espera para pasar a consulta, ya que en sus respectivas Encuestas de Satisfacción no está incluida dicha cuestión.
- 19) En el caso del segundo y tercer nivel de atención, algunos factores que pueden explicar la disminución gradual del nivel de satisfacción de los derechohabientes, son las fallas en la organización del servicio de urgencias, ya que en los tres años de estudio, en promedio el 30.2% y 29.6% de los pacientes que llegaron a dicho servicio en segundo y tercer nivel respectivamente, esperaron más de una hora en ser atendidos por el médico. De acuerdo a si las urgencias eran reales o sentidas, los tiempos de espera no presentan gran variación entre ambos casos; por lo que los

resultados de las Encuestas no señalan una reducción en los tiempos de espera a partir de la aplicación del procedimiento *TRIAGE* desde 2010.

- 20) Además, cabe decir que en promedio el 23.3% y 20.3% de los pacientes que pasaron de urgencias a hospitalización, en el segundo y tercer nivel respectivamente, tardaron más de ocho horas en tener cama.
- 21) En el servicio de cirugía, en ambos niveles fue aumentando gradualmente el porcentaje de derechohabientes a quienes no se les realizó la operación en la fecha programada, aunque en 2012, al 11.7% de los pacientes en segundo nivel de atención y al 7.6% en tercer nivel, se les pudo adelantar la operación. No obstante, se señala un alto porcentaje de diferimiento de las cirugías debidas a la falta de infraestructura y personal de los hospitales. Alrededor del 45% del atraso en las operaciones, se da por motivos asociados a la falta de personal e infraestructura de las unidades médicas.
- 22) El tercer nivel de atención presentó una considerable disminución del porcentaje de derechohabientes a quienes se les suspendió la operación una vez, en 2010 fue igual a 66.6% y bajo a cerca del 44% en 2011 y 2012, mientras que en el segundo nivel, la disminución en el mismo periodo de tiempo fue menor, de 54.3% en 2010 a 49.4% en 2011 y 2012.
- 23) El servicio de hospitalización del segundo y tercer nivel presenta buenos resultados en cuanto a la atención médica y de enfermería. Respecto a este servicio, el número de noches de hospitalización de los derechohabientes en los años de estudio se mantuvo entre 5 a 7 noches para ambos niveles, aunque tiende a ser mayor para el tercer nivel. Las situaciones que ocurrieron con mayor frecuencia en ambos niveles para los derechohabientes hospitalizados, fueron la inflamación o infección en el lugar en donde le pusieron el suero y que no le llevaran el cómodo el solicitarlo, sin embargo, los resultados de este servicio, muestran una atención oportuna por parte del personal.
- 24) Respecto de la valoración global de la gestión operativa de los procesos del programa, en general, el diseño de su marco normativo y procedimental interno se sujeta a los objetivos específicos de control interno en materia de cumplimiento de

las leyes, normas y regulaciones aplicables; garantizar la efectividad y eficiencia de las operaciones y actividades; contar con información suficiente y confiable para la toma de decisiones y proteger los bienes de la institución.

- 25) No se advierten duplicidades relevantes en las funciones de las áreas e instancias participantes en el Pp.
- 26) En términos de la eficacia y la eficiencia, la medición de atributos, la validación de los procesos operativos y los resultados de los indicadores de seguimiento del presupuesto de egresos de la federación permiten confirmar que el proceso de entrega de servicios médicos si contribuye al logro del propósito del Pp.
- 27) Los procesos del Pp también guardan relación lógica con la naturaleza específica de la atención médica curativa.
- 28) No obstante, se detectaron algunas insuficiencias e inconexiones entre los procesos del Pp, particularmente en materia de programación y presupuestación. En materia de entrega de los servicios, la organización de los procesos con base en la estructura departamental presenta riesgo de desconexión y discontinuidad en la atención de los pacientes cuando se presenta insuficiencia en los recursos y servicios a cargo de algunos centros de costos.
- 29) El IMSS ha instrumentado mecanismos para una mayor articulación de los procesos de atención curativa, como la delimitación de niveles organizativos; la red asistencial de delegaciones y unidades médicas de los tres niveles de atención; acuerdos de gestión de unidades médicas de alta especialidad, estrategias orientadas al paciente como elemento nuclear (*triage*, atención ambulatoria, acciones extramuros); guías de práctica clínica; normas oficiales de salud. No obstante requieren escalarse tanto en extensión como en aspectos cualitativos de la atención y de la organización, como es el caso de las unidades de gestión clínica; asimismo se requiere revisar permanentemente la regionalización y reforzar la articulación de los procesos de prevención, detección oportuna y control de padecimientos a cargo del primer nivel con los de limitación del daño en el segundo nivel de atención médica y la revisión del cumplimiento de las guías de práctica clínica y normas oficiales de salud.

- 30) El sistema y estructura de información con los que cuenta el Pp para operar y articular sus procesos presenta algunas limitaciones en cuanto a aplicaciones analíticas disponibles para los usuarios finales de la información; unificación de repositorios de datos; consultas, visualización y generación de reportes de datos al nivel del paciente o grupo de pacientes y recopilación, carga, extracción y procesamiento de información sobre la calidad de la práctica clínica y efectos de salud logrados y su seguimiento en el tiempo.
- 31) Se detectó que las unidades médicas presentaron cuellos de botella relacionados con el sistema de cita previa, distribución de las cargas de atención por consultorio de medicina familiar, falta de personal, sistema de información, desabasto de algunos insumos, sobrecarga de pacientes, obsolescencia y falta de equipos, mantenimiento e instalaciones, restricciones para reasignar personal, abasto de sangre, permanencia del personal médico, servicios subrogados, estudios de laboratorio y población geriátrica.
- 32) Se detectó que las unidades presentaron buenas prácticas relacionados con la cartilla de salud, Guías de Práctica Clínica, grupos educativos, acciones extramuros, área de nutrición, *triage*, programación quirúrgica colegiada, procedimientos quirúrgicos, auxiliares de diagnóstico, estudios basales, práctica clínica, reducción de infecciones nosocomiales, trasplantes, unidad de terapia de infusión, clínica de catéteres, torre de control de medicamentos y hemodinamia.
- 33) Del análisis FODA se destaca la necesidad de reforzar la formulación de objetivos estratégicos, mejorar la división del trabajo y canalizar y enfocar de forma óptima las capacidades con las que dispone el programa; también, una mayor comunicación, aprovechamiento de información para la toma de decisiones y transversalización de los procesos y el escalamiento de las mejores prácticas; a su vez, reforzar el proceso de aprendizaje y conocimiento del entorno del programa y de los elementos estructurales que determinan su rumbo, la detección de tendencias y la eliminación de deficiencias recurrentes e inercias; finalmente, se requiere un plan de acción en el que las áreas a cargo del programa establezcan prioridades y compromisos a corto y mediano plazos para atender las amenazas y resolver las debilidades.

34) Como resultado de detección de áreas de oportunidad y de problemas en la normatividad se formularon propuestas en materia de cita previa, cargas de derechohabientes en los consultorios, información de medicina familiar, abasto de insumos, proyecto de presupuesto, dotación de recursos humanos especializados, reposición de equipos, regionalización, aplicación y observancia de las guías de práctica clínica y las normas oficiales mexicanas, verificación y valoración de la variabilidad del hecho médico, monitoreo de la capacidad instalada de las unidades médicas, centros de costos, sistema y estructura de información y acciones de calidad.

RECOMENDACIONES:

1. El programa no presenta un diagnóstico que muestre el árbol de problemas de la salud de la población y que incorpore el cambio demográfico- epidemiológico, por lo que se propone que se construyan indicadores de gestión acordes con el abatimiento de las enfermedades crónico-degenerativas propias del cambio que se ha presentado.

El efecto que se prevé es que con esta orientación el programa estará mejor diseñado para avanzar en la solución de la actual problemática de salud.

El nivel de prioridad es alto, dado que el rediseño del programa orienta mejor los procesos de atención médica.

2. Se detectaron algunas insuficiencias e inconexiones entre los procesos de programación y presupuestación y la entrega de servicios, por lo que se recomienda reforzar la articulación de estos procesos a fin de contar con una estructura de costos más adecuada y una oportuna asignación de recursos para las áreas que operan el programa

El efecto esperado es agilizar la entrega de recursos a las áreas que lo requieran para adquirir o reponer equipos e insumos y hacer más eficientes los procesos de atención médica.

Esta recomendación se presenta con un nivel de prioridad alto, ya que es uno de los principales obstáculos para lograr una mejor gestión de procesos y establecer prioridades de gasto, en términos de eficiencia y calidad del Programa Atención Curativa.

3. En el análisis de la encuesta de satisfacción de usuarios del servicio médico se detectó que en el proceso de consulta, específicamente en la Revisión previa (Obtención de

peso, talla y temperatura), así como de Revisión Médica (Toma de presión arterial y exploración física) se registró un incumplimiento mayor al 20%, por lo que se recomienda que se realice una mayor supervisión de estos procesos, ya que son indispensables para la detección de las enfermedades.

El efecto esperado de instrumentar esta medida es que el en proceso de consulta se cuente con mayores datos respecto al historial y situación de salud del paciente, a fin de prever y controlar de manera eficaz las enfermedades.

El nivel de prioridad es alto, dado que con la realización de estos procesos el programa es más efectivo en el abatimiento de los padecimientos de la población, y esto evita que estos se compliquen o que los pacientes acudan a recibir atención hospitalaria y de urgencias.

4. En las vistas de campo a las Unidades Médicas se observó que el sistema de información con el que cuenta el Programa, para operar y articular sus procesos, presenta algunas limitaciones en cuanto a aplicaciones disponibles para los usuarios finales de la información, generación de datos a nivel de paciente o grupo de pacientes e información sobre la calidad de la práctica clínica y efectos en la salud logrados etc.

En este sentido, se propone concluir la mejora del sistema de información con nuevas tecnologías, que apoye la operación y articulación de los procesos de atención médica, a partir de la recopilación, carga, extracción, procesamiento y reporte de datos al nivel del paciente o grupos de pacientes y padecimientos, así como de los efectos logrados en la salud de la población.

El efecto que se prevé es una mejor articulación y eficiencia en los procesos y una mayor calidad en la atención médica.

El nivel de priorización es alto, dado que el sistema de información es un factor sustantivo para mejorar la eficiencia en los procesos.

5. Derivado análisis de la valoración global de los procesos se observó la necesidad de incrementar la capacidad resolutoria de los procesos de atención médica, frente a las nuevas tendencias que influyen en la prestación de los servicios de salud, por lo que se propone que se incorporen nuevas acciones de calidad para la mejora de los procesos, para lo cual es importante llevar a cabo estudios para la instrumentación de unidades de gestión clínica y de auditorías clínicas o equivalentes. Asimismo, se recomienda llevar a cabo estudios sobre la actitud de los prestadores de servicios sanitarios y opciones de dirección y la de los pacientes ante el apego a tratamientos y prescripciones médicas.

Con lo anterior se podrá tener un mejor manejo de escenarios clínicos complejos y cambiantes y de un creciente volumen de la demanda de servicios médicos por parte la población atendida.

La prioridad es alta, debido a que por un lado se impone una restricción presupuestaria a los programas de salud y por otro lado es imperativo incrementar los efectos de las acciones sanitarias con base en la mejora de los procesos y estrategias, sustentada en evidencia, elementos de análisis y toma de decisiones adecuados.

6. Durante el trabajo de campo realizado en las unidades médicas, se detectaron cuellos de botella en los procesos de consulta y hospitalización: distribución de cargas de trabajo por consultorio de medicina familiar, sistema de cita previa, abasto de algunos insumos, sobre carga de pacientes, falta de personal, obsolescencia y falta de equipos, mantenimiento e instalaciones, restricciones para reasignar personal, abasto de sangre, estudios de laboratorio y población geriátrica.

Por lo anterior, se propone que se revise la asignación de recursos financieros, materiales y humanos que están siendo insuficientes para generar servicios médicos de calidad.

El efecto que se espera de instrumentar esta medida es que la asignación de los recursos esté acorde con las necesidades que se presentan, y cuente con sistemas más oportunos para la dotación y reposición de los insumos, equipos y personal.



La prioridad es alta, ya que para hacer más eficientes los procesos operativos del programa, se requiere que los recursos se asignen con oportunidad y suficiencia.

9. ANEXOS

Cuadro 1. ¿Podría decirme específicamente cuál fue el problema de salud que le hizo venir a esta unidad?

Problema de salud	2010		2011		2012	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	66,957	20.3	69,494	21.0	73,398	21.4
Diabetes	55,764	16.9	67,210	20.3	66,942	19.5
Enfermedad respiratoria (faringitis, amigdalitis, pulmones,	25,681	7.8	26,090	7.9	29,273	8.5
Lesión física por accidente o agresión	18,597	5.6	18,925	5.7	18,742	5.5
Supervisión de embarazo normal	15,519	4.7	14,113	4.3	14,613	4.3
Dolor de cabeza	12,007	3.6	10,371	3.1	11,144	3.2
Problemas de columna o espalda	8,855	2.7	10,011	3.0	9,866	2.9
Luxaciones, esguinces y torceduras	7,846	2.4	7,955	2.4	9,282	2.7
Chequeo médico	1,686	0.5	6,202	1.9	8,920	2.6
Gastroenteritis/diarrea	10,127	3.1	11,208	3.4	8,671	2.5
Gastritis	10,541	3.2	9,658	2.9	8,546	2.5
Infecciones o lesiones de la piel	7,309	2.2	5,832	1.8	7,032	2.0
Enfermedad reumática	6,965	2.1	7,407	2.2	5,647	1.6
Enfermedad cardíaca	6,313	1.9	6,462	2.0	5,645	1.6
Problemas ginecológicos	7,277	2.2	7,018	2.1	5,144	1.5
Atención de embarazo con problemas (alto riesgo)	4,077	1.2	3,653	1.1	4,803	1.4
Enfermedad de la glándula Tiroides	2,340	.7	3,770	1.1	3,354	1.0
Epilepsia	3,020	.9	2,539	.8	2,402	.7
Hernia	2,579	.8	1,924	.6	1,853	.5
Cáncer / linfoma	2,259	.7	1,496	.5	1,438	.4
Otros	54,703	16.6	40,026	12.1	46,465	13.5
Total	330,422	100.0	331,367	100.0	343,180	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, 2010-2011.

9.1. ANEXO METODOLÓGICO

9.1.1. PRUEBAS DE INDEPENDENCIA ESTADÍSTICA.

CHI-CUADRADO DE PEARSON.

La prueba de independencia Chi-cuadrado de Pearson, permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas, a través de tablas de contingencia. Esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables aunque no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

Las tablas de contingencia se realizan con las frecuencias observadas para las clases o categorías. Si se puede determinar la frecuencia esperada bajo la hipótesis de independencia entre las dos variables asociadas se puede usar la distribución ji cuadrada para determinar si existe una diferencia significativa entre las frecuencia observada y esperada. Las frecuencias esperadas se basan en suponer verdadera la hipótesis nula de independencia entre las variables.

Cabe mencionar que para que se pueda considerar correcta la significación calculada por el estadístico Chi-cuadrado de Pearson, las frecuencias esperadas no deben ser muy pequeñas, menores a cinco. Si en muchas casillas se sobrepasa dicho límite, más del 20% por ejemplo, se debe usar una prueba que no incluya aproximaciones como la prueba exacta de Fisher con la finalidad de que la prueba sea significativa y se obtengan conclusiones al respecto. Asimismo, se hace necesario recodificar algunas variables con la finalidad de disminuir la cantidad de clases, ya que si las variables poseen muchos niveles es de esperar que se encuentren diferencias y se obtengan resultados significativos aún sin haberlos.

9.1.2. ESTADÍSTICOS ORDINALES

GAMMA

El estadístico Gamma es una medida del grado y tipo de asociación entre dos variables cualitativas ordinales que oscila entre -1 (a medida que aumentan los valores de una variables, los de la otra disminuyen) y 1 (a medida que aumentan los valores de una variable los de la otra también aumentan). Un valor igual a 0, se interpreta como la

ausencia de asociación. La desventaja de esta medida es que alcanza tales valores aunque la asociación no sea total, es decir, tiende a estar sobrestimada.

TAU-B DE KENDALL/ TAU-C DE KENDALL

El estadístico Kendall's Tau mide la probabilidad de las diferencias entre las probabilidades de que los datos observados estén en el mismo orden, versus la probabilidad de que no estén en el mismo orden. Hay dos variantes de Tau: Tau b y Tau c, variantes que difieren en la manera cómo se percibe las ordenaciones de las variables relacionadas entre sí.

Tau-b de Kendall es una extensión de Gamma pero presenta la ventaja de que alcanza los valores -1 y 1 (sólo para tablas cuadradas) en situaciones de total asociación. Tiende a un valor 0 cuando las variables son estadísticamente dependientes.

Tau-c de Kendall, también conocida como Kendall-Stuart Tau-c, es una variante de Tau-b pero para tablas no cuadradas. El problema que presenta es que tiende subestimar la asociación real entre las variables.

D DE SOMER

Es una extensión de Gamma. Mide el grado de asociación entre dos variables ordinales y toma un valor entre -1 y 1, aunque no exista asociación entre las variables. Los valores absolutos cercanos a 1, muestran una relación fuerte entre las variables. Los valores cercanos a 0 indican que hay poca o ninguna relación entre las variables.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN

La correlación mide la relación lineal entre dos variables y su sentido (si es directo o inverso). Cuando la relación es perfectamente lineal dicho coeficiente vale 1 (ó -1), cuando el coeficiente tiene un valor próximo a cero, o bien no existe relación entre las variables analizadas o bien dicha relación no es lineal.

La correlación habitualmente denotada por r se puede estimar de dos maneras diferentes:

- El coeficiente de correlación de Pearson es utilizado cuando ambas variables son cuantitativas siguiendo una distribución normal.

- El coeficiente de correlación de Spearman se utiliza cuando alguna de las variables es ordinal o incluso dicotómica o para variables cuantitativas con muestras pequeñas.

Ambos coeficientes son adimensionales y se calculan de forma análoga, aunque en el caso del coeficiente de Spearman se utilizan los rangos de los valores en lugar de los valores originales, siendo adecuado para muestras pequeñas puesto que es robusto a la presencia de "outliers" (valores extremos). El coeficiente de correlación de Pearson se obtiene calculando en primer lugar la covarianza entre las variables, que es una medida de asociación con dependencia de las unidades de medida de las variables. Después se divide por el producto de cada una de las desviaciones típicas de ambas variables, resultando una medida de asociación adimensional.

Para cada coeficiente obtenido se puede realizar el siguiente contraste de hipótesis para determinar si el coeficiente es igual a cero:

$$H_0: \rho=0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

Mediante estos contrastes se puede establecer aquellos coeficientes que son estadísticamente significativos. Aunque exista una correlación significativa entre dos variables, no se debe confundir correlación con causalidad, la relación de causa debe ser determinada mediante el conocimiento del área de estudio.

9.1.3. RESULTADOS PRUEBAS DE INDEPENDENCIA Y CORRELACIÓN

En esta sección, se presentan las pruebas estadísticas de independencia (Prueba Chi cuadrado de Pearson y estadísticos ordinales) y pruebas de correlación (Prueba de Spearman y Pearson), respecto a la relación del Nivel satisfacción de la atención médica del IMSS con las siguientes variables:

-Tiempo de espera de los derechohabientes desde su registro de llegada con la asistente médica hasta consulta con el médico

-Nivel del surtimiento de medicamentos

-Calidad de la exploración médica

-Importancia de la opinión de los derechohabientes en la consulta médica respecto a los

asuntos relacionados con su salud

Todas las variables son categóricas. Cada prueba se presenta para cada uno de los tres niveles de atención médica del IMSS y para cada uno de los tres años de estudio (2010-2012).

Para las pruebas de independencia se parte de la siguiente hipótesis:

H₀: Las variables x e y son independientes

H_a: Las variables x e y no son independientes

Para las pruebas de correlación se parte de la siguiente hipótesis:

H₀: Las variables x e y no se asocian

H_a: Las variables x e y se asocian

Primer Nivel De Atención Médica

Nivel de satisfacción atención médica*Tiempo de espera:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	10913.735	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.402	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.152	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.067	0.000	Ha	
	d de Somer	0.149	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.159	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.181	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	10023.225	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.401	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.156	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.071	0.000	Ha	
	d de Somer	0.155	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.163	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.172	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	16101.346	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.440	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.191	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.096	0.000	Ha	
	d de Somer	0.190	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.201	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.215	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Nivel de surtimiento:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	4826.629	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.405	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.118	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.038	0.000	Ha	
	d de Somer	0.118	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.121	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.124	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	2306.009	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.259	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.077	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.029	0.000	Ha	
	d de Somer	0.077	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.079	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.086	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	2920.704	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.333	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.097	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.034	0.000	Ha	
	d de Somer	0.095	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.100	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.099	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Exploración médico:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	12669.463	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.623	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.215	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.061	0.000	Ha	
	d de Somer	0.213	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.220	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.217	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	19364.417	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.713	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.262	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.069	0.000	Ha	
	d de Somer	0.252	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.268	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.273	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	19706.425	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.669	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.243	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.071	0.000	Ha	
	d de Somer	0.234	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.249	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.270	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Importancia opinión del derechohabiente:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	28369.302	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.521	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.233	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.125	0.000	Ha	
	d de Somer	0.217	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.247	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.284	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	43945.721	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.566	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.272	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.159	0.000	Ha	
	d de Somer	0.256	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.288	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.343	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	47483.027	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.536	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.268	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.168	0.000	Ha	
	d de Somer	0.255	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.285	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.344	0.000	Ha	

Segundo Nivel de Atención Médica

Nivel de satisfacción atención médica*Nivel de surtimiento:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	147.459	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.199	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.050	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.016	0.000	Ha	
	d de Somer	0.050	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.051	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.051	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	1233.707	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.380	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.130	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.052	0.000	Ha	
	d de Somer	0.129	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.133	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.140	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	93.786	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.375	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.123	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.048	0.000	Ha	
	d de Somer	0.121	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.127	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.142	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Exploración médico:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	5276.731	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.752	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.287	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.074	0.000	Ha	
	d de Somer	0.275	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.293	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.310	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	5545.984	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.760	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.313	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.091	0.000	Ha	
	d de Somer	0.295	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.320	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.340	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	418.184	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.674	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.256	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.080	0.000	Ha	
	d de Somer	0.244	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.263	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.275	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Importancia opinión del derechohabiente:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	5054.931	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.486	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.226	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.132	0.000	Ha	
	d de Somer	0.212	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.241	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.274	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	7849.066	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.547	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.278	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.175	0.000	Ha	
	d de Somer	0.266	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.296	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.343	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	897.775	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.540	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.285	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.192	0.000	Ha	
	d de Somer	0.273	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.306	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.349	0.000	Ha	

Tercer Nivel de Atención Médica

Nivel de satisfacción atención médica*Nivel de surtimiento:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	36.264	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.265	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.069	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.023	0.000	Ha	
	d de Somer	0.069	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.071	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.062	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	3406.004	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.280	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.086	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.033	0.000	Ha	
	d de Somer	0.082	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.088	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.095	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	89.879	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación baja entre las variables
	Gamma	0.335	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.120	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.053	0.000	Ha	
	d de Somer	0.120	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.124	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.123	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Exploración médico:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	1264.882	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.747	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.259	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.057	0.000	Ha	
	d de Somer	0.256	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.263	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.321	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	25144.037	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.721	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.270	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.072	0.000	Ha	
	d de Somer	0.258	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.276	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.283	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	812.215	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación entre las variables
	Gamma	0.718	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.280	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.080	0.000	Ha	
	d de Somer	0.270	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.286	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.291	0.000	Ha	

Nivel de satisfacción atención médica*Importancia opinión del derechohabientes:

	Estadístico	Valor	Probabilidad	Resultado	Interpretación
2010	Chi-cuadrado de Pearson	1143.206	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.580	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.257	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.130	0.000	Ha	
	d de Somer	0.235	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.271	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.308	0.000	Ha	
2011	Chi-cuadrado de Pearson	52524.164	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.562	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.272	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.161	0.000	Ha	
	d de Somer	0.256	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.288	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.342	0.000	Ha	
2012	Chi-cuadrado de Pearson	1099.653	0.000	Ha	Se rechaza la hipótesis de independencia con un nivel de significancia al 5%. Asociación media entre las variables
	Gamma	0.499	0.000	Ha	
	Tau-b de Kendall	0.246	0.000	Ha	
	Tau-c de Kendall	0.153	0.000	Ha	
	d de Somer	0.235	0.000	Ha	
	Correlación de Spearman	0.263	0.000	Ha	
	R de Pearson	0.305	0.000	Ha	

FUENTES CONSULTADAS

1. Colomer, J. (2011). Gestión Clínica II. En M. F. Raigada González, *Gestión Clínica* (págs. 31-45). Madrid, España: Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud.
2. Dávila Torres, J. (04 de Abril de 2014). *Guías de Práctica Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica*. Recuperado el 09 de Abril de 2014, de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://201.144.108.20/profesionales/guiasclinicas/Pages/index.aspx/>
3. Del Llano, J., & Pinto, S. (2011). Gestión Clínica I. En M. F. Raigada González, *Gestión Clínica* (págs. 13-29). Madrid, España: Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud.
4. Gutiérrez Morlote, J. (2002). Gestión clínica y sentido común. *Revista Española de Cardiología*, 55 (12), 1226-1229.
5. IFAI. (2013). *Portal de Obligaciones de Transparencia*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2013, de <http://portaltransparencia.gob.mx>
6. IMSS. (04 de Abril de 2014). *Índice de Guías de Práctica Clínica Disponibles en los Portales IMSS y CENETEC*. Recuperado el 09 de Abril de 2014, de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://201.144.108.20/profesionales/guiasclinicas/Pages/index.aspx/>
7. IMSS. (2012). *Informe de Rendición de Cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006-2012. Primera etapa*. Cd. de México, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Gobierno Federal.
8. IMSS. (2013). *Manual Metodológico de Indicadores Médicos del IMSS*. Dirección de Prestaciones Médicas. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.
9. IMSS. (2010). *Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social PEIMSS 2009-2012*. México, D.F.: Gobierno Federal - Instituto Mexicano del Seguro Social.