

Secretaría de Salud

Sistema Integral de Calidad en Salud

Auditoría de Desempeño: 11-0-12100-07-0421

DS-046

Criterios de Selección

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

Objetivo

Fiscalizar el Sistema Integral de Calidad en Salud para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Alcance

La auditoría del Sistema Integral de Calidad en Salud comprendió la evaluación de la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas; la eficiencia en la operación del sistema; la economía en la aplicación de los recursos asignados; el avance hacia el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), y la rendición de cuentas.

Antecedentes

La evolución histórica de la calidad de los servicios de salud en México inicia en 1956, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dio los primeros pasos para establecer mecanismos de validación de la práctica médica institucional. Posteriormente, diferentes instituciones desarrollaron estrategias que tuvieron un lugar relevante en las políticas nacionales; sin embargo, de acuerdo con los resultados de la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los servicios de salud, 2000”,^{1/} México presentaba baja calidad de los servicios de salud públicos y privados; heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y al interior de las propias instituciones; mala percepción, respecto de la calidad de los servicios por parte de la población, e insuficiente información y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud.

La evolución histórica de la calidad de la atención a la salud en México, se muestra en el cuadro siguiente:

^{1/} Fundación Mexicana para la Salud. **Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 2000**. México, 2000.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

<p>1. Auditorías médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social (1956) En 1956, el Hospital "La Raza" inició en forma extraoficial la revisión de expedientes y, en 1957, se formó la Comisión de Supervisión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959, se integró la Auditoría Médica en el IMSS, la cual se formalizó en el Boletín Médico de la institución, y se sentaron las bases para la evaluación de la calidad de la atención, mediante la revisión del expediente clínico.</p>
<p>2. Círculos de calidad, Instituto Nacional de Perinatología (1985) Los "círculos de calidad" diseñados originalmente como elementos de control de calidad y eficiencia en la industria, fueron adaptados a la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. La filosofía que encierran los círculos de calidad, puede ser resumida en el hecho de que la calidad es responsabilidad primordial de aquéllos que directamente producen el bien o el servicio, y son ellos quienes mejor conocen el proceso; por lo tanto, son ellos también quienes mejor pueden controlarlo, corregirlo o mejorarlo cuando así se requiera. Con el objeto de sistematizar este proceso, se identificaron siete etapas en la implantación del programa de garantía de calidad: 1) elaboración del documento propositivo y protocolo de trabajo; 2) negociación; 3) diseño de una guía para la elaboración de un manual de garantía de calidad; 4) selección del punto de inicio; 5) elaboración del manual de garantía de calidad por servicio; 6) operacionalización de los círculos de calidad, y 7) evaluación del programa.</p>
<p>3. Evaluación de la calidad de la atención médica, Instituto Mexicano del Seguro Social (1987) En julio de 1987, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS", que incluyó un "Instructivo" y una "Cédula de Registro", documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, que editó ese mismo año las "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud".</p>
<p>4. Financiamiento de proyectos de mejora continua, Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (1994) El Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) fue puesto en marcha por la Secretaría de Salud (SS) en 1994, con el objetivo de ampliar la cobertura real de los servicios y mejorar la calidad de su prestación, a fin de garantizar, en el largo plazo, un giro sustancial en los riesgos de enfermar y morir entre las poblaciones más vulnerables de los estados participantes. El PASSPA tuvo dos componentes: 1) desarrollo de servicios de salud y 2) desarrollo institucional.</p>
<p>5. Programa Integral de Calidad, Instituto Mexicano del Seguro Social (1997) El Programa Integral de Calidad, elaborado por la alta Dirección Institucional del IMSS y aprobado por el H. Consejo Técnico, tuvo como objetivo general: consolidar las acciones que impulsen de manera unificada la cultura de la calidad y garanticen el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los derechohabientes, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso.</p>
<p>6. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención médica, Secretaría de Salubridad y Asistencia (1997-2000) En 1997 la Secretaría de Salud inició el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica. Durante el periodo 1997-2000, el programa fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo nivel en la historia de esta institución, así como la capacitación de los directivos y personal de dichas unidades.</p>
<p>7. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud (2001-2006) El objetivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue generar una cultura nacional a favor de la calidad en los servicios de salud, planteaba elevar la calidad de los servicios y llevarla a niveles aceptables en todo el país, claramente percibidos por la población.</p>

FUENTE: Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Sistema Integral de Calidad en Salud 2007-2012. México, 2012.

Con estos antecedentes, en 2007 se implementó el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) con el objetivo de "implantar un sistema integral y sectorial de la calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos".

El marco legal-normativo regulador del programa SICALIDAD en 2011 se presenta en el cuadro siguiente:

MARCO LEGAL – NORMATIVO DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD, 2011

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917
Artículo 4, párrafo tercero. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
Ley General de Salud (LGS), publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984
Artículo 6, fracción I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos. Artículo 51. Los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Artículo 77 bis 9. Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes: I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud; II. Aplicación de exámenes preventivos; III. Programación de citas para consultas; IV. Atención personalizada; V. Integración de expedientes clínicos; VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia; VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004
Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la calidad, que incluye capacidad y seguridad, en la prestación de los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, los establecimientos prestadores de servicios de atención médica requerirán de la acreditación correspondiente. Artículo 24. Los prestadores de servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deberán sujetarse a los requerimientos definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, de este Reglamento y del Manual de Acreditación, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia. Artículo 25. La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente, el cual será favorable si cumple con la calidad y constituirá un requisito previo para que los prestadores de servicios de atención médica sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. Artículo 26. La acreditación es el resultado de un procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica con la cual los establecimientos prestadores de servicios de atención médica otorgan los servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud. La Secretaría emitirá el Manual para la Acreditación para la aplicación del proceso de evaluación correspondiente. Artículo 27. Para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Secretaría, como consecuencia de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual a que se refiere el artículo anterior. Artículo 28. La Comisión establecerá prioridades para la acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud y tendrá la capacidad de verificar el alcance de dicha acreditación.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004
Artículo 18. Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE): II. Establecer los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes en los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover, supervisar y evaluar su cumplimiento; VI. Desarrollar y aplicar modelos para el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de atención médica que proporcionan los sectores público, social y privado, en términos de las disposiciones legales aplicables e identificar la opinión y percepción del usuario sobre estos servicios; VII. Diseñar, operar y evaluar mecanismos que promuevan la calidad en los servicios de atención médica y asistencia social, conforme estándares de desempeño mediante instrumentos y proyectos estratégicos para la gestión de calidad entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas; XI. Desarrollar y operar modelos de gestión financiera y mecanismos para el control administrativo de recursos financieros orientados a apoyar el desarrollo de las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud; XVI. Establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del sistema de acreditación en los establecimientos de atención a la salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud; XXIX. Emitir órdenes de visita y realizar la inspección, vigilancia, supervisión y control de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud, respecto de los servicios de salud que sean materia de los contratos que celebren, así como evaluar los programas de mejora continua de la calidad y notificar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cuando se detecten irregularidades en los productos y servicios que presten; y XXXIII. Evaluar los programas de mejora continua de la calidad en la prestación de servicios, y emitir las órdenes de visitas correspondientes.

FUENTE: Congreso Constituyente. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917; actualizada con la reforma al artículo 73 publicada en el DOF el 25 de junio de 2012. Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada en el DOF el 7 de junio de 2012. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004; última reforma publicada en el DOF 08 de junio de 2011. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el DOF el 19 de enero de 2004; última reforma publicada en el DOF 10 de enero de 2011.

En las Reglas de Operación 2011 del programa SICALIDAD, ^{2/}se describen las principales características del sistema:

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD, 2011

<p>Objetivo general: Implementar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.</p>
<p>Objetivos específicos: Considerar las expectativas y la voz de los usuarios, desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad que perciben de los servicios de salud; mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería; y conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.</p>
<p>Cobertura: Los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.</p>
<p>Población objetivo: Unidades médicas de primer nivel, hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad, Institutos Nacionales de Salud y áreas centrales de calidad y seguridad del paciente de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, que desarrollen proyectos para la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad de la gestión de los Servicios de Salud, de los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, así como a otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.</p>
<p>Prioridades para otorgar apoyos de financiamiento o en modalidad de cofinanciamiento: Las unidades no acreditadas o con plan de contingencia que presten servicios al Sistema de Protección Social en Salud y aquellas en vías de reacreditación; reducción de muerte materna; acciones de calidad en municipios con el menor índice de desarrollo humano; unidades médicas asociadas que participan de los proyectos de SICALIDAD; los proyectos que contengan acciones interinstitucionales que fortalezcan la rectoría de la Secretaría de Salud, mediante el programa SICALIDAD.</p>
<p>Tipo de proyectos del SICALIDAD:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Compromisos de calidad mediante acuerdos de gestión: con apoyos de 150.0 miles de pesos para centros de salud y de 300.0 miles de pesos para unidades hospitalarias. II. Proyectos de capacitación, publicaciones e investigación operativa en calidad: con apoyos de 400.0 miles de pesos para proyectos de capacitación; de 200.0 miles de pesos para publicaciones, y 200.0 miles de pesos para investigación operativa. III. Premio nacional de calidad en salud: con apoyos de 500.0 miles de pesos para el premio nacional de calidad en salud; de 400.0 miles de pesos para el primer reconocimiento al premio nacional de calidad en salud, y de 300.0 miles de pesos para el segundo reconocimiento al premio nacional de salud, y premio nacional a la innovación en calidad en salud: con apoyos de 300.0 miles de pesos para el premio nacional a la innovación en calidad en salud; de 200.0 miles de pesos al primer reconocimiento al premio nacional a la innovación en calidad en salud, y de 100.0 miles de pesos para el segundo reconocimiento al premio nacional a la innovación en calidad en salud. IV. Reconocimiento a la memoria anual del comité de calidad y seguridad del paciente: con apoyos de 100.0 miles de pesos para el reconocimiento a la memoria anual del comité de calidad y seguridad del paciente de establecimientos de atención primaria y de 100.0 miles de pesos para el reconocimiento a la memoria anual del comité de calidad y seguridad del paciente de establecimientos de hospitales.
<p>Esquema de operación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La SS publica y difunde las convocatorias para acceder al financiamiento o cofinanciamiento del SICALIDAD. 2. Las unidades médicas presentan solicitudes para financiamiento o cofinanciamiento en los términos y plazos de las convocatorias. 3. Una vez recibidas las solicitudes, la SS mediante la DGCES, procede a verificar que cumplan los términos y plazos dentro de los tres días hábiles siguientes a partir de la fecha límite de recepción de solicitudes. 4. El Comité Técnico para otorgar apoyos a proyectos asociados a SICALIDAD, aprueba el dictamen y notifica los resultados por escrito a los titulares de los Servicios Estatales de Salud de las 31 Entidades Federativas, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, en un plazo no mayor a 15 días hábiles. 5. Una vez que se dan a conocer los resultados, la SS transferirá la suma de los montos de los proyectos beneficiados, mediante la tesorería del gobierno de la entidad federativa y de los servicios estatales de salud, en su caso las áreas centrales de otras instituciones del SNS, a más tardar cuatro semanas posteriores a la publicación de los resultados. 6. La instancia ejecutora formulará el reporte de avance financiero de las acciones bajo su responsabilidad en forma trimestral, que deberá remitir a la DGCES, acompañado a dicho informe la explicación de las variaciones entre el presupuesto autorizado, el modificado, el ejercido y el de metas. 7. El ejercicio de los recursos deberá efectuarse en el transcurso del año fiscal en que le hayan sido transferidos, en el caso de que al 31 de diciembre de ese año fiscal, no se encuentren devengados los recursos recibidos, deberá reintegrarlos a la Tesorería de la Federación, a más tardar en los siguientes 15 días naturales al cierre del ejercicio, conforme a lo establecido en el artículo 54 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
<p>Derechos de las unidades médicas asociadas a SICALIDAD: Recibir la asesoría técnica de la DGCES de la SS, para la implementación y desarrollo de los proyectos de SICALIDAD.</p>
<p>Obligaciones de las unidades médicas asociadas a SICALIDAD: Ejercer los recursos exclusivamente para los fines del tipo de apoyo, mediante la adquisición de los bienes comprometidos en el proyecto original; y presentar los informes técnicos y presupuestales que solicite la SS, dentro del ejercicio fiscal en el cual fue entregado el financiamiento o en modalidad de cofinanciamiento.</p>
<p>Sanciones a los ejecutores de los recursos: En caso de incumplimiento de las obligaciones, las ministraciones de recursos a los Servicios Estatales de Salud de las 31 Entidades Federativas, SS del Gobierno del Distrito Federal y, en su caso, otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, serán suspendidas, y en su caso, procederá el reintegro de los recursos otorgados de conformidad con lo establecido en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, su Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.</p>

FUENTE: Secretaría de Salud. Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). México, 2012.

^{2/} Diario Oficial de la Federación del 31 de diciembre de 2010.

Resultados**1. *Implementación de un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad***

En 2011, se asociaron a proyectos de SICALIDAD 14,077 unidades médicas, el 78.2% de las 18,000 unidades del Sistema Nacional de Salud que no estaban asociadas a ese sistema, resultado superior en 18.2 puntos porcentuales a la meta comprometida del 60.0%; sin embargo, el indicador y la meta diseñados por la SS no permiten medir el cumplimiento del objetivo general del SICALIDAD. Asimismo, la secretaría no acreditó que para 2011 hubiera diseñado, operado y evaluado mecanismos para promover la calidad conforme a estándares de desempeño, mediante instrumentos y proyectos estratégicos.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-001
11-0-12100-07-0421-07-002

2. *Consideración de las expectativas y la voz de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios de salud*

Para 2011, la SS diseñó tres indicadores para medir el cumplimiento del objetivo específico del SICALIDAD, de considerar las expectativas y la voz de los usuarios, desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad que perciben de los servicios de salud: porcentaje de usuarios que se manifiestan satisfechos con la calidad de los servicios de salud, que se cumplió en 98.9%; porcentaje de unidades médicas que incluyen la figura de aval ciudadano, en 96.8%, y porcentaje de cumplimiento de las cartas compromiso, por las unidades médicas con el aval ciudadano, en 93.9%.

Con base en las expectativas y voz de los usuarios, las unidades médicas establecieron acciones para mejorar la calidad que perciben los usuarios de los servicios de salud mediante la firma de cartas compromiso con el aval ciudadano.

3. *Mejoramiento de la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud*

Para 2011, la SS diseñó tres indicadores para medir el cumplimiento del objetivo específico de mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería: porcentaje de hospitales de la SSA de 60 camas o más que aplican el proyecto de prevención y reducción de la infección nosocomial, que se cumplió en 97.8%; se superó en 40.5% la del porcentaje de Hospitales públicos de 60 camas o más asociados al proyecto de Seguridad del Paciente, y se superó en 10.2% la del porcentaje de entidades federativas capacitadas en guías de práctica clínica. La secretaría no diseñó indicadores y metas para medir el cumplimiento del objetivo específico, respecto de la estandarización de cuidados de enfermería.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-003

4. *Transformación de la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud*

Para 2011, la SS diseñó dos indicadores que no permiten medir el cumplimiento del objetivo específico del SICALIDAD, de conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad: porcentaje de avances de compromisos de la calidad mediante acuerdos de gestión y porcentaje de proyectos de mejora mediante acuerdos de gestión aprobados para financiamiento.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-004

5. *Acreditación de unidades médicas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud*

A 2011, mediante el SICALIDAD, se acreditó a 9,945 unidades médicas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, el 82.9% de las 12,002 unidades médicas programadas para 2012. De seguir la tendencia del periodo 2008-2011, la ASF estimó que a 2012 el número de unidades médicas acreditadas ascendería a 11,777, el 98.1% de la meta prevista en el Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud (PAESPSS) 2007-2012 y en el Programa de Acción Específico Sistema Integral de Calidad en Salud (PAESICALIDAD) 2007-2012.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-005

6. *Identificación de la población objetivo del programa*

Para 2011, la SS identificó a la población objetivo del SICALIDAD, integrada por 18,000 unidades médicas.

7. *Selección y priorización en el otorgamiento de apoyos de financiamiento o de cofinanciamiento*

En 2011, la SS otorgó apoyos para la realización de proyectos de compromisos de calidad mediante acuerdos de gestión y de capacitación a las unidades médicas con base en las prioridades establecidas, y el equipo de la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad aplicó el proceso de evaluación correspondiente.

8. *Construcción del padrón de beneficiarios del programa*

En 2011, la SS integró el Padrón de Beneficiarios del Sistema Integral de Calidad en Salud conforme a la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos, la cual incluye datos espaciales, de referencia y geoestadísticos.

9. *Elaboración del programa de supervisión de establecimientos acreditados*

Para 2011, la SS no contó con los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del sistema de acreditación de unidades médicas, debido a que no elaboró el programa de supervisión para garantizar el mantenimiento de los requisitos de las unidades médicas que ya contaban con su dictamen de acreditación.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-006

10. *Emisión del Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de salud*

En 2011, la SS emitió el “Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud”, en el que se establecieron las fases del proceso de acreditación aplicable a las unidades médicas que obtuvieron la acreditación en ese año.

11. *Aplicación del procedimiento de reacreditación de unidades médicas que prestan servicios de salud*

La SS no acreditó que en 2011 hubiera aplicado el procedimiento para la reacreditación de unidades médicas en las que venció la vigencia de su dictamen.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-007

12. *Presupuesto ejercido en el programa SICALIDAD*

De acuerdo con el Estado de Situación Presupuestal, al 31 de diciembre de 2011 el presupuesto ejercido en el SICALIDAD fue de 147,793.4 miles de pesos, monto igual al modificado, e inferior en 12.8% (18,794.2 miles de pesos) al original.

13. *Otorgamiento de recursos presupuestarios de acuerdo con los proyectos autorizados mediante el programa*

En 2011, la SS ejerció 30,218.4 miles de pesos para realizar 139 proyectos del Sistema Integral de Calidad en Salud, que se ajustaron a los montos establecidos en las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud.

14. *Aplicación de los recursos otorgados en 2011*

En 2011, la SS otorgó 30,218.4 miles de pesos a 139 unidades médicas en las 32 entidades federativas, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y recibió los informes técnicos y presupuestarios correspondientes, excepto los informes técnicos de dos centros de salud del Distrito Federal.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-008

15. Reducción de los gastos indirectos del programa

La SS no acreditó que en 2011 se redujeron al menos en 4.0% los gastos indirectos, respecto del monto ejercido en 2010.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-009

16. Suficiencia de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del programa presupuestario S202 "Sistema Integral de Calidad en Salud"

En la Matriz de Indicadores para Resultados 2011 del programa presupuestario S202 "Sistema Integral de Calidad en Salud", de la SS, no se consideraron a nivel de fin, indicadores para medir el alcance de las actividades del programa en la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, respecto de la problemática que dio origen a la política pública; a nivel de propósito, la sintaxis del objetivo no se ajustó totalmente a la metodología del marco lógico, ya que no se definió con precisión a la población objetivo del programa, y en las fichas técnicas de un indicador de propósito y de dos de componente no se incluyeron las características, la calificación y la justificación de los criterios de relevancia y de monitoreable.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-010
11-0-12100-07-0421-07-011
11-0-12100-07-0421-07-012

17. Evaluación específica de desempeño del programa presupuestario S202 "Sistema Integral de Calidad en Salud"

En 2011 se realizó la Evaluación Específica de Desempeño del programa presupuestario S202 "Sistema Integral de Calidad en Salud", en donde se concluye el reto que tiene el SICALIDAD para que las unidades médicas realicen proyectos y logren la acreditación.

18. Suficiencia de la información reportada en los documentos de rendición de cuentas

La información reportada por la SS en la Cuenta Pública 2011 no permite evaluar el cumplimiento del objetivo general del SICALIDAD de: "Implementar un sistema integral de calidad en salud que: coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud", establecido en las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud.

Véase acción(es): 11-0-12100-07-0421-07-013

Acciones

Recomendaciones al Desempeño

11-0-12100-07-0421-07-001.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo del Sistema Integral de Calidad en Salud, de coordinar, integrar, apoyar, promover y

difundir avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. [Resultado 1]

11-0-12100-07-0421-07-002.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer mecanismos que promuevan la calidad conforme a estándares de desempeño, mediante instrumentos y proyectos estratégicos. [Resultado 1]

11-0-12100-07-0421-07-003.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas que se requieran, a fin de establecer indicadores y metas para evaluar el cumplimiento del objetivo específico del Sistema Integral de Calidad en Salud, de mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la estandarización de cuidados de enfermería. [Resultado 3]

11-0-12100-07-0421-07-004.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a fin de establecer indicadores y metas que permitan evaluar el cumplimiento del objetivo específico del Sistema Integral de Calidad en Salud, de conducir transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad. [Resultado 4]

11-0-12100-07-0421-07-005.- Para que la Secretaría de Salud adopte las acciones necesarias, a fin de asegurar el cumplimiento de las metas de mediano plazo relacionadas con la acreditación de las unidades médicas que ofrecen sus servicios al Sistema de Protección Social en Salud. [Resultado 5]

11-0-12100-07-0421-07-006.- Para que la Secretaría de Salud adopte las acciones necesarias para asegurar la elaboración del programa de supervisión de establecimientos acreditados, a fin de garantizar el mantenimiento de los requisitos de las unidades médicas que ya cuentan con su dictamen de acreditación. [Resultado 9]

11-0-12100-07-0421-07-007.- Para que la Secretaría de Salud realice las acciones necesarias para fortalecer sus sistemas de control y supervisión, a fin de disponer de información sobre a la aplicación del proceso de reacreditación de unidades médicas. [Resultado 11]

11-0-12100-07-0421-07-008.- Para que la Secretaría de Salud realice las acciones necesarias, a fin de asegurar que todos los beneficiarios de los apoyos de proyectos del Sistema Integral de Calidad en Salud entreguen sus informes técnicos. [Resultado 14]

11-0-12100-07-0421-07-009.- Para que la Secretaría de Salud realice las acciones necesarias, a fin de asegurar que se cumplan las disposiciones en materia de gastos indirectos. [Resultado 15]

11-0-12100-07-0421-07-010.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a efecto de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario S202 Sistema Integral de Calidad en Salud se consideren, a nivel de fin, indicadores para medir el alcance de las actividades del programa en la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, respecto de la problemática que dio origen a la política pública. [Resultado 16]

11-0-12100-07-0421-07-011.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a efecto de que en la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario S202 Sistema Integral de Calidad en Salud se defina en el nivel de propósito la población objetivo. [Resultado 16]

11-0-12100-07-0421-07-012.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas requeridas, a fin de que en las fichas técnicas de los indicadores de nivel de propósito y de componente de la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestario S202 Sistema Integral de Calidad en Salud se incluyan las características, la calificación y la justificación para la elección de indicadores de relevancia y monitoreable. [Resultado 16]

11-0-12100-07-0421-07-013.- Para que la Secretaría de Salud adopte las medidas necesarias, para incluir en la Cuenta Pública información suficiente, a fin de verificar el cumplimiento del objetivo general del Sistema Integral de Calidad en Salud. [Resultado 18]

Consecuencias Sociales

La falta de verificación, por parte de la SS, a las 9,945 unidades médicas que en ese año contaban con su dictamen de acreditación, limitó constatar que dichas unidades mantenían las mismas condiciones de infraestructura y equipamiento, de trato digno a los pacientes y de atención médica efectiva, por lo que recibieron el dictamen correspondiente.

Resumen de Observaciones y Acciones

Se determinó(aron) 10 observación(es) la(s) cual(es) generó(aron): 13 Recomendación(es) al Desempeño.

Dictamen: con salvedad

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

La Auditoría Superior de la Federación considera que, en términos generales, el desempeño de la Secretaría de Salud cumplió con las disposiciones normativas aplicables, respecto de las operaciones examinadas del ejercicio 2011, relacionadas con el programa Sistema Integral de Calidad en Salud, excepto por los resultados que se precisan en el apartado correspondiente de este informe y que se refieren principalmente a que: no diseñó indicadores y metas, ni contó con información para medir el cumplimiento del objetivo general del SICALIDAD de coordinar, integrar, apoyar, promover y difundir avances en materia de calidad, situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; no definió indicadores y metas para verificar el cumplimiento del objetivo específico de mejorar la calidad técnica y seguridad del paciente mediante la estandarización de cuidados de enfermería; no elaboró el programa de supervisión de establecimientos acreditados; no acreditó que hubiera aplicado el procedimiento de reacreditación de unidades médicas en las que venció la vigencia de su dictamen; no contó

con los informes técnicos de todas las unidades médicas beneficiadas con apoyos; no incluyó en la Matriz de Indicadores para Resultados 2011, indicadores para medir el alcance de las actividades del programa en la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, y no reportó en la Cuenta Pública 2011 información que permita evaluar el cumplimiento del objetivo general del Sistema Integral de Calidad en Salud.

Apéndices

Procedimientos de Auditoría Aplicados

1. Comprobar el cumplimiento en 2011 del objetivo general de implementar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando a la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.
2. Verificar el cumplimiento en 2011 del objetivo específico del sistema, de considerar las expectativas y la voz de los usuarios, desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad que perciben de los servicios de salud.
3. Constatar el cumplimiento en 2011 del objetivo específico del sistema, relativo a mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería.
4. Comprobar el cumplimiento en 2011 del objetivo específico del sistema, de conducir bajo la rectoría de la SS transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.
5. Verificar el avance a 2011, en el cumplimiento de la meta de acreditar a 12,002 unidades médicas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud en 2012.
6. Constatar que en 2011 la SS identificó a la población objetivo del sistema.
7. Comprobar que en 2011 se aplicó el procedimiento de selección y priorización, en el otorgamiento de apoyos de financiamiento o en modalidad de cofinanciamiento.
8. Comprobar que en 2011 se construyó el padrón de beneficiarios de los apoyos otorgados mediante el sistema.
9. Comprobar que en 2011 se elaboró el programa de supervisión de establecimientos acreditados.
10. Verificar que en 2011 se emitió el Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud.

11. Constatar que en 2011 se aplicó el procedimiento de reacreditación de unidades médicas que prestan servicios de salud.
12. Verificar el presupuesto ejercido en el ejercicio fiscal 2011.
13. Comprobar el monto de recursos ejercidos en 2011, de acuerdo con el tipo de proyectos otorgados mediante el sistema.
14. Verificar los recursos transferidos en 2011 a las entidades federativas, así como a otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
15. Verificar que en 2011 los gastos indirectos del programa se redujeron al menos en un 4.0% respecto de los ejercidos en el ejercicio inmediato anterior.
16. Verificar la suficiencia de los indicadores para contribuir al cumplimiento del objetivo del programa presupuestario S202 Sistema Integral de Calidad en Salud, así como la lógica vertical y horizontal.
17. Constatar que en 2011 se realizó la evaluación específica de desempeño del programa presupuestario S202 Sistema Integral de Calidad en Salud.
18. Verificar que la SS incluyó en los documentos de rendición de cuentas de 2011 los resultados del cumplimiento de los objetivos del sistema.

Áreas Revisadas

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

Disposiciones Jurídicas y Normativas Incumplidas

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

1. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: artículo 27, fracción II
2. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: artículo 18, fracciones VII, X y XI

Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud: numeral 5.4, segundo párrafo y 5.5, segundo párrafo

Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud, 2011: numeral 6.3.

Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud (PAESPSS) 2007-2012

Programa de Acción Específico Sistema Integral de Calidad en Salud (PAESICALIDAD) 2007-2012

Criterios para la elaboración y revisión de la Matriz de Indicadores para Resultados de programas presupuestarios incluidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2011: numerales 15 y 19

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno: artículo tercero, numeral 14, fracción I, norma cuarta, párrafo tercero

Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones

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

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

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

Comentarios de la Entidad Fiscalizada

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