

Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica

*Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, S. C.
para la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud*

Ciudad de México, a 9 de diciembre de 2021

Resumen Ejecutivo

Consideraciones generales

El Programa presupuestario (Pp) G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica inició su operación en 2016 con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica, mediante la supervisión y evaluación de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, a través del establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar la calidad de la atención con seguridad para el paciente; así como de la evaluación y supervisión de los establecimientos para la atención médica y, la actualización continua del marco legal que regula la prestación de servicios de atención médica. Es un programa presupuestario de modalidad “G” y como tal tiene la función de reglamentar, verificar e inspeccionar las actividades económicas y de los agentes del sector privado, social y público. Es coordinado y operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), que es la unidad responsable, entre otras atribuciones, de conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como diseñar, operar y evaluar mecanismos que promuevan la calidad en los servicios de atención médica conforme a estándares de desempeño para la gestión de calidad entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas (DGCEs, 2018).

Trabajos realizados

La Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica -G005- (en adelante Programa o Pp G005), se realizó en cumplimiento del numeral 42 del Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales para ejercicio fiscal 2020 (PAE20), emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), donde se señala que la Secretaría de Salud (SS) debería realizar dicha evaluación para el ejercicio fiscal 2020. Investigación en Salud y Demografía, S. C. realizó la Evaluación de Consistencia y Resultados del Pp G005.

La investigación se realizó con el objetivo de proveer información que retroalimentara su diseño, gestión y resultados. Para cumplir con esta finalidad, se establecieron seis temas de evaluación: Diseño del Programa; Planeación estratégica y orientación a resultados; Cobertura y focalización; Operación; Percepción de la población atendida; y Medición de resultados, que se abordaron con un total de 51 preguntas con base en los Términos de Referencia establecidos por la SHCP. En su elaboración se utilizaron metodologías de marco lógico, de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), del análisis FODA y de planeación estratégica. Se fundamentó en trabajo de gabinete y en las evidencias documentales proporcionadas por la DGCEs, así como en entrevistas semiestructuradas realizadas a personal servidor público de nivel central y estatal.

Síntesis de resultados

Diseño

El Pp G005 identifica el problema social por atender; refiere que *“Los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran alta morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica”* (DGCEs/AP, s.f.) (SS-DGCEs/Diagnóstico, 2018).

El Programa se caracteriza por tener un marco programático adecuado, congruente con los ordenamientos jurídicos de orden superior que lo regulan; se alinea con el Eje 2 “Política Social” apartado “Salud para toda la Población” del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (SHCP, 2020) (SS/VPND-ODS, 2021). Esta alineación se asocia con la prestación de servicios en beneficio de la población para favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar como es el de la salud. Asimismo, se identificó que su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, es a través del Objetivo Prioritario 2. “Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio,

digno y humano”; en particular, con la estrategia prioritaria 2.3 “Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social”; en específico, con la acción puntual 2.3.1 “Sistematizar el monitoreo, supervisión y certificación de los servicios que presten las instituciones que integran, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada”.

El Pp G005 tiene la responsabilidad normativa de atender la metodología de marco lógico representada con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR); al respecto, en las evidencias documentales entregadas para la evaluación no se identificó de forma explícita el objetivo del Programa derivado del análisis de involucrados y el árbol del problema y de objetivos. De acuerdo con el Propósito de la MIR del Programa se puede inferir que el objetivo general del Programa se relaciona con *“Reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica mediante la supervisión y evaluación de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud”*, y que cuenta con cuatro objetivos específicos, que corresponderían con los bienes y servicios para su población objetivo (PO); éstos son: 1. Establecer un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar la calidad de la atención con seguridad para el paciente; 2. Contar con un marco legal actualizado que regule la prestación de servicios de atención médica; 3. Supervisar los establecimientos para la atención médica y, 4. Evaluar los establecimientos para la atención médica (DGCES/MIR, 2021).

La población potencial (PP) del Programa se refiere en el documento de Diagnóstico 2018 como *“Los establecimientos para la atención médica definidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, que en su artículo 7, fracción tercera establece que: todo aquel, público, social, o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos”*, cuantificada en 2020 en 21,689 establecimientos. La población objetivo (PO) se define de la siguiente manera *“De conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, se atenderán a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud”*, cuantificada para 2017 en 10,860. En la evidencia documental disponible, no se identificó la cuantificación para 2020 de la PO.¹

En la MIR 2021 del Programa se identificó que el Resumen Narrativo cuenta con: un Fin, un Propósito, cuatro Componentes y cuatro Actividades, cada una de ellas ligadas a su respectivo Componente. La MIR cuenta con 11 indicadores: uno de Fin; uno de Propósito; cuatro de Componente; y cinco corresponden con las cuatro Actividades. También se dispone de las fichas técnicas de los indicadores, en general, bien estructuradas, con oportunidades de mejora relacionadas con la identificación de los medios de verificación y con la incorporación de las líneas de base en los indicadores de Actividad. Para 2020, de los 11 indicadores, tres cuentan con metas orientadas a impulsar el desempeño que son factibles de alcanzar; una meta cuyo indicador es de sentido ascendente se estableció por debajo de la línea base; tres metas no impulsan el desempeño porque el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada se ubicó por encima de un resultado satisfactorio.

EL Pp G005 se complementa a través de su población objetivo con el Pp S202 “Calidad en la Atención Médica” y el Pp P012 “Rectoría en Salud”.

Planeación estratégica y orientación a resultados

La DGCES cuenta con un plan estratégico 2021-2023 que considera escenarios de corto y mediano plazos; sus objetivos están referidos a un periodo de tres años, y establece los resultados que se pretenden alcanzar con el

¹ En la normativa vigente, se refiere que “Los beneficiarios de un Pp pueden ser poblaciones o áreas de enfoque; en el caso concreto de áreas de enfoque se hace referencia a beneficiarios que no pueden ser referidos como poblaciones”. En consecuencia, para el Pp G005, el concepto que debería utilizarse es el de área de enfoque potencial, objetivo y atendida; sin embargo, por petición escrita de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP (UED-SHCP), en el documento de comentarios al entregable 3 de esta evaluación, se utiliza por convención el concepto de población potencial, objetivo y atendida (SHCP/Guía MIR, 2016).

Programa a través de indicadores del desempeño. Se identificaron ejercicios de programación establecidos en el Programa Anual de Trabajo, producto de un ejercicio de planeación institucionalizado definido en el procedimiento 147 del Manual de Procedimientos de la DGCEs, en el que se integran las funciones asignadas a esta unidad responsable y contemplan los programas presupuestarios a su cargo, entre los cuales se encuentra el Pp G005. La atención de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) es una responsabilidad que el Programa atiende de manera adecuada; el Programa cuenta con una evaluación externa, la Evaluación de Diseño realizada en 2016, cuyos resultados fueron utilizados por el Programa para mejorar su gestión y resultados, como se demuestra en la atención a la totalidad de los seis ASM que resultaron de dicha evaluación.

Cobertura y focalización del Programa

Los mecanismos de identificación de la PO para el Pp G005 parten de que el establecimiento cuente con una Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES). Las entidades federativas elaboran un Programa Estatal de Acreditación con los establecimientos que cuentan con una autoevaluación favorable. Con el conjunto de programas estatales de acreditación recibidos en la DGCEs los primeros diez días hábiles del año, se elabora el Programa Anual de Acreditación, tomando como base la disponibilidad de recursos humanos y un análisis de priorización de establecimientos. Aquellos que son seleccionados se registran en una base de datos que incluye: entidad federativa, nombre y número de la jurisdicción, número y nombre del establecimiento de acuerdo con la CLUES, tipo de establecimiento, tipo de acreditación y la fecha propuesta de la visita de evaluación. De esta forma se calcula, identifica y selecciona la PO del Programa (SS/DGCEs MAESAM, 2016).

El Programa cuantifica sus poblaciones potencial y objetivo; no obstante, es necesario precisar el mecanismo de cuantificación de la población atendida (PA) con las variantes observadas. Se identificó que la estrategia de cobertura en la actualidad se establece bajo un arreglo institucional informal; sería conveniente que se involucrara a los servicios estatales de salud, asumiendo compromisos de carácter presupuestal tanto del ámbito de responsabilidad del Programa como de las propias entidades federativas. Se dispone de información sobre la cobertura de sus PP, PO y PA para el periodo 2017-2020, con excepción de la información de la PP para 2018. En el ejercicio fiscal 2020 se identificó una PP de 21,689 establecimientos de salud; una PO de 1,076 establecimientos de salud y una PA 539, lo que significa una cobertura de 50.9 por ciento respecto de la PO.

Operación del Programa

El Programa dispone de procedimientos adecuados para atender, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicio; para seleccionar destinatarios y, para la entrega de sus servicios, los cuales están documentados, estandarizados y sistematizados en su mayoría. La disponibilidad de estos procedimientos le permiten monitorear, evaluar y programar sus acciones. Para la acreditación y reacreditación de establecimientos, la programación anual de metas depende de la programación estatal de evaluación que se ve afectada en varias entidades federativas por la insuficiencia de recursos humanos para la coordinación de los procesos de evaluación.

El Programa cuenta con dos sistemas de información que son bases de datos no sistematizadas y con una base de datos sistematizada que mide la demanda de apoyos de los servicios que se otorgan, la cual está compuesta por establecimientos evaluados con fines de acreditación y/o reacreditación incluidos en el Programa Anual de Acreditación de 2020. Los procedimientos para atender, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicio, para la selección de sus destinatarios, la entrega de servicios, para la ejecución de acciones, así como los mecanismos documentados para verificar su cumplimiento están estandarizados, sistematizados y difundidos públicamente.

La fuente de financiamiento del Programa proviene sólo de recursos fiscales. Sin embargo, durante las entrevistas realizadas al personal servidor público estatal, se refiere que las entidades federativas aportan recursos estatales para complementar los viáticos del personal que acude a sus unidades médicas a realizar las evaluaciones respectivas. En 2020, en el PEF el presupuesto autorizado fue de \$15.7 millones de pesos (mdp); el

modificado fue de \$6.5 mdp; y, el ejercido fue de 6.5 mdp. La diferencia entre el presupuesto autorizado, modificado y ejercido se relaciona con la dependencia del Pp G005 de la programación estatal antes señalada.

El Programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas actualizados y públicos, disponibles en el portal electrónico de la DGCEs. Asimismo, cuenta con mecanismos para fomentar los principios de gobierno abierto, la participación ciudadana, la accesibilidad y la innovación tecnológica.

Percepción de la población atendida

El Programa cuenta con una Contraloría Social para fomentar el uso transparente de los subsidios otorgados a los gobiernos estatales, a través de los servicios estatales de salud, y dispone de una cédula de evaluación que responden los responsables de los establecimientos de salud al finalizar las visitas de acreditación; no obstante, carece de instrumentos que permita conocer y monitorear la satisfacción de su población atendida.

Medición de resultados del Programa

Se identificó que el Programa documenta sus resultados con los indicadores de la MIR y evaluaciones externas que no son de impacto. El desafío que el Programa enfrenta en la valoración de sus resultados se relaciona con la medición de su impacto. Para el Programa, la importancia de la evaluación de impacto radica en la medición de los efectos netos sobre la población atendida, cuyos resultados permitan obtener conclusiones importantes acerca de la eficacia de éste para resolver el problema por atender.

En lo que respecta al cumplimiento y avance de los indicadores de la MIR, con la salvedad de la limitación de información para valorar el indicador de Fin de reciente creación, en general, los indicadores son claros, relevantes, económicos y adecuados. Para 2020, siete de los diez indicadores factibles de valorar tuvieron un logro satisfactorio que el porcentaje de cumplimiento de su meta se ubica en el rango de 85 por ciento a 115 por ciento. En el resultado del complemento de los indicadores tuvo un impacto la situación de pandemia por la COVID-19 en el país.

En Resumen

Se considera que los objetivos de la evaluación se cumplieron; los elementos analizados permiten inferir que la consistencia y orientación a resultados del Programa son adecuadas, con las áreas de oportunidad señaladas en el presente informe de evaluación. La valoración global registra 114 puntos de un máximo de 136 que significa un valor categórico de **8.4 de 10**; este valor sitúa al Programa en una **categoría ordinal sobresaliente** que refleja áreas de oportunidad mínimas para mejorar su diseño y orientar de forma más eficiente la gestión a los resultados; estas áreas de mejora son: revisar la problemática que pretende atender el Programa y la lógica de la narrativa de la MIR; institucionalizar la planeación estratégica; formular una estrategia de cobertura que redimensione su focalización hacia la totalidad de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como determinar y aplicar la metodología para la medición de la satisfacción de su población atendida, lo que permitirá que el Programa G005 continúe siendo un medio para garantizar servicios de salud con calidad y seguridad para el paciente.

Índice

	Pág.
Resumen Ejecutivo.....	2
Introducción	8
Módulo 1. Diseño.....	10
a. Características del Programa.....	10
b. Análisis del problema público o necesidad	13
c. Análisis de los objetivos del Pp.....	16
d. Análisis de la población potencial, objetivo y atendida	19
e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño	21
f. Consistencia programática y normativa	25
g. Complementariedades, similitudes y duplicidades.....	26
Módulo 2. Planeación Estratégica y Orientación A Resultados	27
a. Instrumentos de planeación.....	27
b. Generación y uso de información del desempeño.....	30
c. Aspectos Susceptibles de Mejora.....	34
Módulo 3. Cobertura y Focalización	37
Módulo 4. Operación	39
a. Análisis de los procesos clave.....	39
b. Solicitud de bienes y/o servicios	40
c. Selección de la población objetivo	43
d. Entrega de bienes y/o servicios.....	46
e. Mejora y simplificación regulatoria.....	51
f. Presupuesto del Pp.....	52
g. Sistematización de la información.....	54
h. Transparencia y rendición de cuentas.....	55
Módulo 5. Percepción de la población atendida	57
Módulo 6. Medición de resultados	58
Comparación con ECR anteriores	65
Conclusiones.....	66
Bibliografía	69
Anexos Oficiales.....	75
Anexo 1. Alineación a objetivos de la planeación nacional.....	75
Anexo 2. Alineación a los ODS.....	77

Anexo 3. Procedimiento de actualización de la PA	78
Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño	79
Anexo 5. Complementariedades, similitudes y duplicidades	88
Anexo 6. Avance en la implementación de los ASM.	90
Anexo 7. Resultados de las acciones para atender los ASM.	93
Anexo 8. Análisis de los ASM no atendidos.....	94
Anexo 9. Estrategia de Cobertura.....	95
Anexo 10. Diagramas de flujo de los procesos clave.....	97
Anexo 11. Presupuesto.....	103
Anexo 12. Instrumentos de medición del grado de satisfacción de la PA	104
Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas	105
Anexo 14. Análisis FODA.....	110
Anexo 15. Comparación con ECR anteriores	116
Anexo 16. Valoración Final del Pp	117
Anexo 17. Ficha Técnica de datos generales de la evaluación	119
Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación.....	120
Anexos Complementarios de Preguntas.....	125
Anexo A. Complemento a la Pregunta 7	125

Introducción

A, prácticamente, quince años de haberse modificado en México, la normativa para evaluar el desempeño de la actuación de las instancias de gobierno en los niveles federal, estatal y municipal, los resultados en términos de eficacia, eficiencia y calidad aún no son todo lo adecuado que se esperaba. El cambio de paradigma se materializó con el hecho de que la evaluación de las políticas y programas públicos migró de un enfoque centrado en el valorar lo qué se hacía, a una visión fundamentada en valorar lo qué se lograría. La normativa se fundamentó en interrelacionar una nueva visión de gestión orientada a resultados que, bajo el concepto de un presupuesto basado en resultados y un sistema de evaluación del desempeño, definió como elemento estratégico central la obligatoriedad de que cada programa presupuestario de la administración pública federal (APF), definiera una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) con base en la metodología de marco lógico. Para ello, en 2007 se publicaron los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la APF (Lineamientos), los cuales en su numeral décimo sexto fracción I, inciso a, establecen los tipos de evaluación que deben realizarse a todo programa presupuestario (Pp) que se financie con recursos del presupuesto de egresos de la federación; uno de los seis tipos de evaluaciones es la de consistencia y resultados (ECyR); en ésta se analiza el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores (SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos, 2007).

En este contexto, en el marco de lo establecido en el numeral 42 del Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales para ejercicio fiscal 2020 (PAE20), emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Salud (SS) debería realizar la ECyR del Programa presupuestario G005 “Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” para el ejercicio fiscal 2020 (en adelante Programa o Pp G005), con base en el modelo de Término de Referencia (TdR) y demás elementos particulares que establezca la Unidad de Evaluación del Desempeño (UED) de la SHCP (SHCP-CONEVAL/PAE, 2020).

Conforme a lo señalado en los Lineamientos, la ECyR tiene como propósito analizar sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores (SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos, 2007).

De acuerdo con lo anterior, la Dirección General de Evaluación del Desempeño, como Unidad de Evaluación de la Secretaría de Salud, lleva a cabo la Evaluación de Consistencia y Resultados al Programa presupuestario (Pp) G005 “Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” para el ejercicio fiscal 2020 (SS/Convocatoria, 2021).

El Pp G005 está clasificado programáticamente bajo la modalidad G “Regulación y Supervisión”; se propone como objetivo general “Reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica mediante la supervisión y evaluación de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud”, a través del establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar la calidad de la atención con seguridad para el paciente; así como de la evaluación y supervisión de los establecimientos para la atención médica y, la actualización continua del marco legal que regula la prestación de servicios de atención médica.

Objetivos de la Evaluación

General

Contribuir a la mejora de la consistencia y orientación a resultados del *Programa presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*, a través del análisis y valoración de los elementos que integran su diseño, planeación e implementación, a fin de generar información relevante que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Específicos

- Analizar y valorar los elementos que constituyen el diseño del Pp y su consistencia con el problema o necesidad de política pública que se atiende.
- Analizar y valorar los instrumentos de planeación y orientación a resultados con los que cuenta el Pp.
- Analizar y valorar la estrategia de cobertura o de atención de mediano y de largo plazos, así como, en su caso, los mecanismos de focalización, conforme a la población objetivo del Pp.
- Analizar y valorar los principales procesos establecidos para la operación del Pp, los sistemas de información que lo soportan y sus mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- Analizar y valorar los instrumentos que permitan medir el grado de satisfacción de los usuarios o destinatarios de los bienes y/o servicios que produce o entrega el Pp, así como sus resultados.
- Valorar los resultados del Pp respecto a la atención del problema o necesidad para la que fue creado.

En el contexto anterior y de conformidad con la Convocatoria de Invitación a Cuando Menos Tres Personas Pública Nacional” No. IA-012000991-E272-2021, la firma consultora **Investigación en Salud y Demografía S. C. (INSAD)**, lleva a cabo la **Evaluación de Consistencia y Resultados al Programa presupuestario (Pp) G005 “Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” para el ejercicio fiscal 2020**, con base en lo establecido en los TdR correspondientes (SS-DGED/TdR, 2021).

En este documento INSAD presenta la **Entrega final del Informe de Evaluación de Consistencia y Resultados**; este entregable da respuesta a los seis objetivos específicos de la ECyR.

En el **Módulo 1. Diseño**, se analizan y valoran los elementos que constituyen el diseño del Programa y su consistencia con el problema o necesidad de política pública que se atiende; se describen las características del Programa, se analiza el problema público o necesidad que atiende, sus objetivos y las poblaciones potencial (PP), objetivo (PO) y atendida (PP); se valora el instrumento de seguimiento de desempeño, en este caso, análisis de la matriz de indicadores para resultados (MIR); asimismo, se valora su consistencia programática y normativa y las complementariedades, similitudes y duplicidades que tiene con otros Pp de la APF.

En el **Módulo 2. Planeación estratégica y orientación a resultados**, se analizan y valoran los instrumentos de planeación del Programa, así como la generación y uso de la información y los aspectos susceptibles de mejora. En el **Módulo 3. Cobertura y focalización**, se analizan las características de estrategia de cobertura que el Programa y los mecanismos que emplea para identificar a sus PP y PO.

En el **Módulo 4. Operación**, se presenta el análisis de los procesos clave y de los procedimientos de solicitud de bienes y servicios; selección de la PO; entrega de bienes y/o servicios y sus mecanismos de verificación respectivos. Asimismo, se abordan aspectos relacionados con la mejora y simplificación regulatoria, así como el presupuesto y fuentes de financiamiento del Programa y, aquellos relacionados con la sistematización de la información con la que este opera; los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas empleados y los relacionados con el fomento de principios de buen gobierno, participación ciudadana, accesibilidad e innovación tecnológica. En el **Módulo 5. Percepción de la población atendida**, se presenta la información relacionada con los instrumentos que emplea el Programa para medir el grado de satisfacción de la PA.

En el **Módulo 6. Medición de resultados**, se describe la forma en la que el Programa documenta el avance del logro de su objetivo central y su contribución a objetivos superiores y los resultados de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) en cuanto al logro de estos objetivos; asimismo, se valora el nivel de cumplimiento de las metas de sus indicadores estratégicos y de gestión. Y se analiza si existen resultados sobre su objetivo central y su contribución a objetivos superiores, derivados de evaluaciones externas, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes u otros estudios y, si el Programa cuenta con evaluaciones de impacto y cuáles fueron los resultados de éstas.

Módulo 1. Diseño

En el contexto de la garantía del derecho a la salud, una de las obligaciones del Estado mexicano respecto de los derechos humanos es la calidad de los servicios de salud y de la atención médica que se ofrecen a la población mexicana; es una de las tres dimensiones que fundamentan su cumplimiento de acuerdo con lo establecido por el CONEVAL en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud (EDDS), en el cual se define a la calidad como “el grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual”. En el EDDS, se establece como una de las subdimensiones de la Calidad, la Seguridad conceptualizada como “evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida” (CONEVAL/EDDS, 2018).² Es en este contexto que la seguridad contra riesgos sanitarios es esencial; por ello, la vinculación y migración del proceso de regulación sanitaria hacia procesos de regulación de unidades médicas y hospitalarias, incluyendo los servicios que se prestan, es de la mayor relevancia para preservar la salud individual y colectiva.

a. Características del Programa

El Programa presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica fue creado en 2016, para dar certidumbre presupuestal a la operación de la nueva Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica; esta unidad administrativa realizaría las funciones y actividades destinadas a la reglamentación, verificación e inspección de las actividades para la evaluación de los establecimientos de atención médica a nivel nacional para garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de los servicios de atención médica en el país. A fin de alinear la estructura programática del Programa con actividades que permitieran la transferencia de recursos a las entidades federativas y la operación de actividades de control, dada la naturaleza regulatoria y de supervisión que la Secretaría de Salud ejercería a través de la Comisión referida, de acuerdo con lo establecido en la Estructura Programática 2016 (SHCP/EP, 2015, pág. 60). Sin embargo, en entrevista con el área responsable del Programa, se refiere que dicha Comisión no se activó, al respecto se menciona que se quedó en nivel de iniciativa en la Cámara de Diputados (Presidencia de la República, 2016):

[...] fue una iniciativa que se llevó hasta donde tengo conocimiento a la Cámara; no tengo lamentablemente ese histórico, ni los documentos que me amparen en decir que fue rechazada; solamente se inició en el año 2016, no avanzó el proceso y a partir de ahí lo hemos operado dentro de un proceso de la Dirección General, aún y cuando no es una entidad regulatoria como tal, como un proceso regulatorio; no tengo más elementos para ello y no se ha avanzado en la materia (ENCDEC).

En una primera vertiente de las características del Programa, se observa que se clasifica en el tipo de modalidad presupuestal “G”: Actividades destinadas a la reglamentación, verificación e inspección de las actividades económicas y de los agentes del sector privado, social y público. Si bien el Pp G005 se creó programáticamente hace cinco años, los orígenes de la esencia de su responsabilidad se ubican en el contexto de la descentralización de los servicios de salud de la década de los noventa. En el periodo de 1993 a 2000 se llevaron a cabo diversos hechos que dieron forma a la regulación sanitaria; cabe destacar que “entre 1997 al 2000 se realizó la Certificación para la Cobertura del Paquete Básico de Servicios, que fue una propuesta de coordinación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud para evaluar por muestreo simple a establecimientos de primer nivel y jurisdicciones sanitarias que operaban los 12 programas prioritarios que existían en el país; para el año 2000 estaban certificadas las 32 entidades federativas; de manera paralela se implantó la Certificación de Jurisdicciones Sanitarias, la cual era un ejercicio de autodiagnóstico y autoevaluación,

² Esta clasificación de dimensiones para la atención del Derecho a la Salud fue tomada de la Observación General 14 del Comité de Derechos económicos, Sociales y Culturales de la ONU, relacionada con el artículo 12 “El disfrute del más alto nivel posible de salud” del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU-CDESC/OG14, 2000).

cuyo objetivo fue reforzar los procedimientos de control" (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). En la actualidad, el Programa es responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud (SS) (SHCP/CPp, 2019).

En 2007, con la entrada en vigor de los Lineamientos generales para la evaluación de los programas federales de la administración pública federal se hizo obligatorio que todos los programas presupuestarios que recibieran recursos del Presupuesto de Egresos de la Federación, elaboraran su MIR con base en la metodología de marco lógico (SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos, 2007); para ello, el punto de partida es la definición del problema o necesidad que se plantea resolver con una intervención o programa presupuestario (Pp) específico. En este contexto, el problema por atender se origina de la necesidad de que *"Los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran alta morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica"* (DGCES/AP, s.f.) (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). Si bien, este planteamiento se observó en el documento del Diagnóstico del Programa en 2018, también se mencionó de la misma forma en la evidencia entregada para la evaluación sin que se precisará un año de referencia (SS-DGCES/DO, 2020) (DGCES/AP, s.f.). Entre las principales causas asociadas a la prestación de servicios de atención médica, establecidas en el árbol del problema del Programa se mencionan: el incremento de establecimientos de salud sin regulación, derivado de la ineficiencia de los procesos de autorización sanitaria; variaciones en la atención médica, por la falta de información y su análisis respectivo para la toma de decisiones; el incremento de riesgos asociados a la prestación de servicios de atención médica por escasa o nula vigilancia; y la nula aplicación de sanciones o aplicación de medidas de seguridad cuando los establecimientos no aplican la normatividad respectiva, a causa de una coordinación y vinculación deficientes entre las autoridades sanitarias y las instituciones que conforman el sistema nacional de salud.

Los planteamientos anteriores explican la causalidad que origina el problema por atender con el Programa. En consecuencia, cuando se analizan los efectos que este problema ocasiona en la población, se identifican situaciones que provocan aumento en los costos de la atención, con la consecuente deficiencia o falta de la protección financiera y un acceso deficiente a servicios de salud con calidad. Asimismo, se generan eventos adversos derivados de las deficiencias en la atención médica, que se traducen en la falta de credibilidad y confianza de la población en los servicios públicos de salud que derivan en su insatisfacción (DGCES/AP, s.f.).

Una segunda vertiente de las características del Programa es la relevancia de su alineación con los mandatos de orden rector de la planeación para el desarrollo. De acuerdo con la "Alineación de las estructuras programáticas de los programas presupuestarios" establecida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el Programa se alinea con el Eje 2 "Política Social" apartado "Salud para toda la Población" del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 (SHCP, 2020) (SS/VPND-ODS, 2021). Esta alineación se asocia con la prestación de servicios en beneficio de la población para favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar como es el de la salud; esta vinculación se mandata en el Anexo 1 de los Lineamientos para el Proceso de Programación y Presupuesto para 2021 (SHCP/ALPPP, 2020). Asimismo, se identificó que su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, es a través del Objetivo Prioritario 2 "Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano"; en particular, con la estrategia prioritaria 2.3 "Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social"; en específico, con la acción puntual 2.3.1 "Sistematizar el monitoreo, supervisión y certificación de los servicios que presten las instituciones que integran, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada" (DOF/PSS, 2020). La vinculación es parcial y se fundamenta en la existencia de una relación semántica de la acción puntual referida con algunos de los objetivos de nivel de Componente (C) y de Actividad (A) de la MIR: 1. C.C "Establecimientos para la atención médica supervisados"; C.D "Establecimientos para la atención médica evaluados y A. B 2 4.1 "Acreditación de establecimientos para la atención médica" (DGCES/MIR, 2021).

La MIR es la representación sintética de qué se quiere hacer o qué se planea hacer con el Programa; para su construcción se ocupan dos técnicas complementarias a la metodología de marco lógico: el análisis de involucrados y el árbol del problema y de objetivos (ILPES/Boletín 15, 2004, pág. 11). Con estos elementos se construye el objetivo general del Programa; al respecto, en las evidencias documentales entregadas para la evaluación no se identificó de forma explícita dicho objetivo. Para atender esta limitante, de acuerdo con la normativa el Programa está en posibilidades de formular su objetivo con base en el Propósito establecido en la MIR 2021 (SHCP-CONEVAL/LMIRROP, 2019). En consecuencia, INSAD “infiere” que el objetivo general del Programa se relaciona con “Reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica mediante la supervisión y evaluación de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud”. Con base en la normativa y bajo el supuesto de la analogía referida por INSAD, de acuerdo con los Componentes de la MIR del Programa se puede inferir que se cuenta con cuatro objetivos específicos, que corresponden con los servicios a su población; éstos son: 1. Establecer un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar la calidad de la atención con seguridad para el paciente; 2. Contar con un marco legal actualizado que regule la prestación de servicios de atención médica; 3. Supervisar los establecimientos para la atención médica y, 4. Evaluar los establecimientos para la atención médica (DGCES/MIR, 2021). Esta recomendación deberá ser valorada por el Programa y, en caso de ser procedente, deberán de incorporarse los objetivos general y específicos propuestos a los documentos normativos correspondientes.

La población potencial (PP) del Programa se define en el documento de Diagnóstico como *“Los establecimientos para la atención médica definidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, que en su artículo 7, fracción tercera establece que: todo aquel, público, social, o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos”*, cuantificada en 2020 en 21,689 establecimientos. La población objetivo (PO) se define como *“De conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, se atenderán a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud”*, cuantificada para 2017 en 10,860. Cabe mencionar que, en la evidencia documental disponible, no se identificó la cuantificación para 2020 de la PO (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018).³

El presupuesto aprobado para el Programa muestra una tendencia decreciente con respecto a 2016, año en el que se programaron \$70.9 millones de pesos (mdp), mientras que en 2020 fue del orden de \$15.7 mdp; se observó un decremento del 77.9 por ciento. Para 2017, el presupuesto fue de \$20.8 mdp; para 2018, de \$19.6 mdp y para 2019, de \$21.2 mdp; destaca que entre 2018 y 2019 se registró un incremento de 8.2 por ciento y una disminución de un 25.9 por ciento, entre 2019 y 2020 (SHCP/CP 2016) (SHCP/CP 2017) (SHCP/CP 2018) (SHCP/CP 2019) (SHCP/CP 2020).

³ En la normativa vigente, se refiere que “Los beneficiarios de un Pp pueden ser poblaciones o áreas de enfoque; en el caso concreto de áreas de enfoque se hace referencia a beneficiarios que no pueden ser referidos como poblaciones”. En consecuencia, para el Pp G005, el concepto que debería utilizarse es el de área de enfoque potencial, objetivo y atendida; sin embargo, por petición escrita de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP (UED-SHCP), en el documento de comentarios al entregable 3 de esta evaluación, se utiliza por convención el concepto de población potencial, objetivo y atendida.

b. Análisis del problema público o necesidad

- 1. Con fundamento en el numeral Vigésimo primero de los Lineamientos de Evaluación, todos los Pp nuevos o con cambios sustanciales deberán elaborar un diagnóstico. En este sentido, ¿el Pp cuenta con un documento diagnóstico que presente el problema o necesidad pública que justifica el diseño del Pp?**

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: Sí

En la normativa que regula la evaluación de los Pp en México se establece que todo Pp nuevo o con cambios sustanciales debe de elaborar un diagnóstico y la matriz de indicadores correspondiente, previo a su inclusión en el proyecto de presupuesto anual para su autorización y posible incorporación en el Presupuesto de Egresos de la Federación del año fiscal que corresponda; al respecto, el Pp G005 creado en 2016 sí cumplió con la elaboración del diagnóstico de referencia para 2015 (SS-DGCES/Diagnóstico, 2015). Se entregó como evidencia una actualización del Diagnóstico para 2018 (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018); en su revisión se identifica que el problema se describe de forma clara y precisa y que, en general, los elementos incluidos en el documento de Diagnóstico (DD) describen el diseño del Programa. En las preguntas del módulo de diseño que se atienden en esta evaluación se describen las áreas de oportunidad identificadas para la actualización o complementación del DD; se observa que dicho DD integra seis de los ocho elementos referidos en los Aspectos a considerar para la elaboración de diagnósticos de programas presupuestarios establecidos por la SHCP y el CONEVAL (SHCP-CONEVAL/DPP, 2019). Los elementos que contiene el DD son: 1) Antecedentes; 2) Identificación y descripción del problema; 3) Determinación y justificación de los objetivos de la intervención; 4) Cobertura; 5) Diseño de la intervención; y, 6) Presupuesto.

De manera particular, se observa que en el DD sí se identifica el problema que busca atender el Pp G005; está definido como *“los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran **alta** morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención en médica”*. También se describen los antecedentes del problema, así como su estado actual, evolución, experiencias previas de atención y el árbol del problema (AP).

Los elementos faltantes en el DD, de acuerdo con la normativa vigente a partir de 2019, corresponden a: 1) Análisis de las alternativas; es decir, la identificación de las posibles soluciones al problema; y 2) Análisis de similitudes o complementariedades, que dé cuenta de aquellos programas federales que sean complementarios al Pp G005 o, en su caso, atiendan problemáticas similares (DGCES/MIR, 2021).

Sobre estos aspectos, si bien el DD no contiene apartados particulares con el análisis de las posibles soluciones al problema y/o la identificación de aquellos programas complementarios al Pp G005, en el apartado “Evolución del Problema” se hace mención a la vinculación indirecta con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); en consecuencia, se recomienda revisar y actualizar la congruencia del Programa con las funciones normativas del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que sustituyó el SPSS. De igual manera, el DD también hace referencia a la labor que realiza la COFEPRIS en torno a la regulación, vigilancia, control y fomento sanitario de los establecimientos para la atención médica; sin embargo, el DD da evidencia de que no existe alineación entre el Pp G005 y las acciones realizadas por la COFEPRIS, lo que sería relevante para la mejor atención y/o solución del problema.

Se recomienda que, en una siguiente actualización del DD, se identifiquen plenamente aquellos programas que atienden poblaciones similares al Pp G005, además de la revisión del problema por atender y sus apartados relacionados, antes referidos; así como el que se amplíe la información correspondiente a las posibles alternativas de solución al problema que atiende el Pp G005. Debe tenerse como referencia de que en el DD 2018 se menciona como *“[...] oportuno hacer una revisión del problema que busca atender el programa en el ejercicio 2018”* (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018).

2. ¿El problema o necesidad pública que busca atender el Pp cuenta con las características siguientes?

- Se define de manera clara, concreta, acotada y es único (no se identifican múltiples problemáticas).
- Se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
- Identifica a la población objetivo de manera clara, concreta y delimitada.
- Identifica un cambio (resultado) sobre la población objetivo (es decir, no solo se define como la falta de un bien, servicio o atributo).

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El problema o necesidad pública cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

De acuerdo con el DD 2018 entregado como evidencia documental, el problema que busca atender el Pp G005, se define de manera clara, concreta y acotada; se ha referido que se describe como *“los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran **alta** morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica”*; se trata de una única problemática atendida por el Pp G005. Asimismo, el problema se formula como un hecho negativo que puede ser revertido toda vez que, el objetivo propuesto para resolver el problema se plantea en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Estos elementos se explicitan en el Árbol del Problema (AP) del Programa, con base en el cual se construyó el Árbol de Objetivos (AO), correspondiente.

En cuanto a la identificación de la PP que busca atender el Pp G005, en el DD se define de manera clara, concreta y delimitada, siendo referida como todos aquellos establecimientos, públicos, sociales, o privados, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). En relación con la población objetivo, el DD 2018 incluye un apartado de metodología donde se precisa su identificación y cuantificación (Anexo1).

Bajo la consideración de que el Pp G005 busca contribuir al acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y consolidar así la regulación de los procesos y establecimientos de atención médica en el país (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018), el problema que busca resolver el Programa identifica en sí mismo un cambio sobre la población objetivo; pretende: a) ejercer la regulación, control, evaluación, seguimiento y vigilancia de los servicios de atención médica y de los establecimientos en los que se prestan dichos servicios; b) vigilar el ejercicios de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos; c) establecer, emitir y operar los instrumentos, procedimientos, y mecanismo necesarios para la acreditación de la calidad de los servicios prestados en los establecimientos para la atención médica y, d) fomentar a través de la emisión de las disposiciones jurídicas y directrices necesarias, la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes en los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover, supervisar y evaluar su cumplimiento (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018).

De igual manera, en el documento operativo del Pp G005 de 2020 se estableció como una de las líneas de acción del Programa el apoyo en la ejecución de las evaluaciones en los establecimientos para la atención médica durante el ejercicio 2020 (Acreditación y Reacreditación) (SS-DGCES/DO, 2020).

Es decir, que uno de los principales cambios que se pueden evidenciar en la PO del Programa se refieren a su acreditación o reacreditación, lo cual corresponde con el aumento de la vigilancia de establecimientos y prestadores de servicios de atención médica, consignada en el árbol de objetivos del Pp G005.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el Pp lleva a cabo?

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	La justificación teórica o empírica que sustenta el tipo de intervención:
4	Además de los tres criterios anteriores, presenta evidencia de efectos positivos atribuibles a los componentes, tipos de apoyo, bienes y/o servicios del Pp.

El Pp G005 se justifica tanto teórica como empíricamente. El DD 2018 revisa diferentes documentos normativos, estadísticas oficiales y estudios, entre otros, que fundamentan la necesidad de mejorar y homologar la calidad de la prestación de los servicios de salud en establecimientos del SNS, para prevenir o disminuir la morbilidad y mortalidad a causa de un mal servicio en dichos establecimientos. Es el caso, por ejemplo, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, que presenta resultados referentes a la calidad del servicio percibido en el ámbito nacional, como la referencia a que seis por ciento de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, y que 13.4 por ciento de los usuarios de servicios hospitalarios indicó que no regresaría a la unidad de atención (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). Asimismo, en el DD se refieren datos duros de indicadores reportados por México a la OCDE, en los que se evidencia la deficiencia del servicio hospitalario, por ejemplo, en la mortalidad a 30 días de pacientes mayores de 45 años que ingresan a unidades hospitalarias con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, México presenta la tasa más elevada en todos los países que integran la OCDE. El área de oportunidad se relaciona con la actualización del DD con datos de la ENSANUT 2020 y de información sobre daños a la salud disponibles en la SS.

El DD 2018 recupera experiencias de éxito de otros países latinoamericanos para justificar su intervención. En Colombia, se impulsaron reformas al sector salud y de seguridad social que redefinieron el papel del Ministerio de Salud como una entidad reguladora central y a la Superintendencia Nacional de Salud como una agencia autónoma de Inspección, Vigilancia y Control (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). Esto se asemeja al diseño del Pp G005 (cfr. Pregunta 1) (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). De igual manera, uno de los obstáculos a los que se enfrenta el Pp G005 es que a si bien ya existen instancias que vigilan la prestación de los servicios médicos, sigue habiendo marcadas diferencias de un establecimiento a otro; esto justifica su existencia que procure la estandarización de procesos y que busque disminuir las enfermedades y muertes derivadas de una atención médica deficiente. De igual manera, es recomendable que, en la actualización del DD se incorporen los hallazgos sobre acreditación de los siguientes documentos: “Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES” y del “Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica” (SS-INSP/EESUHCAUSES, 2018) (UAM/-INSP/SICS, 2014).

Por otro lado, la relación directa entre las causas y el problema que busca resolver se identifica de manera adecuada en el AP expuesto en el DD; de esta manera, se entiende que factores como baja vigilancia de establecimientos y prestadores de servicios de atención médica, la ausencia de herramientas para replicar las mejores prácticas para la atención médica, la proliferación de establecimientos no regulados, la variabilidad de la atención en la prestación de los servicios de la atención médica, entre otros, inciden directamente en las altas tasas de morbilidad y mortalidad que presentan los establecimientos de salud. Asimismo, en el documento operativo de 2020 del Pp G005 se identificó que existen efectos positivos derivados de su ejecución, tales como el incremento en el número de establecimientos acreditados que pertenecen a las secretarías estatales de salud; en 2019 fueron 1,264 establecimientos acreditados. Esto corresponde en gran medida con algunos de los componentes planteados en el AO indicado en el DD, tales como aumento de la vigilancia de establecimientos y prestadores de servicios de atención médica, estandarización en la prestación de los servicios de la atención médica, y reducción de la proliferación de establecimientos no regulados.

c. Análisis de los objetivos del Pp

4. ¿El objetivo central del Pp cuenta con las características señaladas a continuación?

- Identifica a la población objetivo del Pp, es decir, aquella que presenta el problema o necesidad pública que el Pp tiene planeado atender y que cumple con los criterios de elegibilidad.
- Identifica el cambio que el Pp busca generar en la población objetivo.
- Es único, es decir, no se definen múltiples objetivos.
- Corresponde a la solución del problema o necesidad pública que origina la acción gubernamental.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El objetivo central del Pp cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El objetivo del Pp G005 (incluido en el AO) referido en el DD 2018 se considera único y se describe como “*los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran **baja** morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica*”; a su vez identifica adecuadamente la población potencial del Programa; es decir, todos aquellos establecimientos de salud definidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su art. 7 fracción tercera: todos aquellos establecimientos, públicos, sociales, o privados, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). Respecto de la población objetivo, el DD 2018 incluye un apartado de metodología donde se precisa su identificación y cuantificación.

Ante la referencia de que el Pp G005 fue creado para intervenir, regular, vigilar y garantizar la calidad de la prestación de servicios de salud en los establecimientos adscritos al SNS, el objetivo del Programa busca determinadamente generar un cambio en la población objetivo, mediante la revisión de las condiciones y requisitos de acreditación o reacreditación del establecimiento de salud según sea el caso. Para esto, y de acuerdo con el documento operativo del Programa de 2020, se promueve que las entidades federativas, por conducto de sus Secretarías de Salud y/o Servicios Estatales de Salud o su equivalente, proporcionen las facilidades para la ejecución de visitas de Acreditación y/o Reacreditación de los establecimientos para la atención médica, coordinadas por personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con el fin de elevar la calidad de la atención y disminuir los riesgos derivados de la prestación de los servicios de atención médica (SS-DGCES/DO, 2020).

Se plantea que mediante la acreditación o reacreditación de los establecimientos de salud y la vigilancia de la calidad en la prestación de los servicios se contribuye directamente a la solución del problema que busca atender el Pp G005, toda vez que la mejora de los servicios conlleva una reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la prestación de los servicios médicos. El área de oportunidad es incluir en la actualización del DD datos duros que muestren esta relación de causalidad y que complementen la relación lógica y empírica que permiten argumentar que esta hipótesis de causalidad es válida.

5. ¿El objetivo central del Pp contribuye al cumplimiento de alguno de los objetivos o estrategias que se definen en los programas que se derivan del Plan Nacional de Desarrollo (PND) vigente?

Respuesta: Sí

Nivel	Respuesta
4	Sí se identifica contribución.

El objetivo del Pp G005 se encuentra alineado al objetivo prioritario 2, y a la estrategia prioritaria 2.3 del Programa Sectorial de Salud 2020-2024. El objetivo prioritario 2 corresponde a *incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano* (DOF/PSS, 2020). En complemento, la estrategia prioritaria 2.3 corresponde a *fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social* (DOF/PSS, 2020).

Toda vez que el objetivo central del Pp G005 es inferido como el reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica, mediante la puesta en marcha de actividades de regulación, vigilancia, control y fomento que garanticen condiciones de seguridad y calidad en la prestación de los servicios médicos en los establecimientos adscritos al SNS; el logro de dicho objetivo tiene incidencia directa en la mejora de los procesos del SNS, y en el fortalecimiento del modelo de atención y prestación de servicios médicos.

En este contexto, en 2020 se contó con un Programa Anual de Acreditación (PAA) que buscó responder a las demandas de las solicitudes de evaluación y acreditación de diversos establecimientos de salud a nivel estatal. El PAA 2020 integró un total de 1,252 evaluaciones con fines de acreditación y/o reacreditación, 1,037 en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y 2,151 en intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y Seguro Médico Siglo XXI (SS-DGCES/DO, 2020). Con la acreditación o reacreditación de los establecimientos de salud se busca elevar la calidad de la atención y disminuir los riesgos derivados de la prestación de los servicios de atención médica, contribuyendo de esta manera al cumplimiento del objetivo 2 del PSS y a la mejora continua del SNS.

También se identificó que, dentro de los programas especiales derivados del PND vigente, el Pp G005 guarda relación con el Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar, toda vez que este tiene entre sus objetivos: 1) garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza); y 2) asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio (DOF/PIB, 2020). El garantizar la calidad del personal médico y, el acceso a los medicamentos e insumos hospitalarios en los establecimientos de salud son dos componentes indispensables para la prestación de un buen servicio médico; ya que el Pp G005 busca reglamentar, regular, y homologar la calidad de los servicios médicos y de esta manera reducir el riesgo de enfermedad y muerte por atención médica deficiente; en consecuencia, el Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar se constituye en un complemento vinculante para promover y garantizar el acceso a medicinas e implementos médicos y la disponibilidad de recurso humano calificado en los establecimientos de salud adscritos al SNS (Anexo 1).

6. ¿El objetivo central del Pp se vincula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030?

No procede valoración cuantitativa.

Con base en las evidencias revisadas, se constata que existe una vinculación indirecta entre el objetivo central del Pp G005 con el ODS No. 3 (Anexo 2).

En particular, al firmar México como país la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada mediante resolución del 25 de septiembre de 2015 en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, adquirió el compromiso mundial de contribuir al logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecidos en dicha Agenda.

Al analizar la vinculación del objetivo del Pp G005 con los ODS se identifica una relación con la temática 3 de Salud y Bienestar. Al respecto, se entregó el documento de Vinculación-PND-ODS-2021 como evidencia documental para la evaluación, en el cual se asocia al Programa con el ODS No. 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; a través de la meta 8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”; de forma específica con las submetas: 1. “Protección contra riesgos financieros”; 2. “Acceso a servicios esenciales de calidad” y 3. Acceso a medicamentos y vacunas”, atribuyéndose un tipo de contribución indirecto (SS/VPND-ODS, 2021).

La vinculación se materializa con el que la promoción del bienestar y la buena salud con cobertura universal está relacionada con el acceso a servicios de salud de calidad, que es lo que busca precisamente el Pp G005: regular el funcionamiento de los establecimientos de salud, vigilando que los servicios prestados sean de calidad, estén reglamentados y estandarizados y que lleguen por igual a toda la población, y de esta manera disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica en los diferentes establecimientos adscritos al SNS.

d. Análisis de la población potencial, objetivo y atendida

7. ¿Las poblaciones potencial, objetivo y atendida del Pp se encuentran correctamente identificadas?

- El Pp identifica a la población total que presenta el problema público o necesidad que justifica su existencia (población potencial).
- El Pp identifica a la población que tiene planeado atender para cubrir la población potencial y que es elegible para su atención (población objetivo).
- El Pp identifica a la población atendida en un ejercicio fiscal y ésta corresponde a un subconjunto o totalidad de la población objetivo (población atendida).
- Las poblaciones potencial, objetivo y atendida son consistentes entre los diversos documentos estratégicos del programa, por ejemplo: diagnóstico, documento normativo, lineamientos operativos, Instrumento de Seguimiento del Desempeño, entre otros.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Las poblaciones cuentan con:
3	Tres de los criterios de valoración.

De acuerdo con la normativa y en atención a las características del Programa, su universo de atención se fundamenta en el concepto de poblaciones (P) (SHCP/Guía MIR, 2016). En este contexto, la población del Pp G005 tiene como unidad de medida *Establecimientos para la atención médica*, específicamente como *Establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud (público, social y privado)*. Con la información entregada y la recuperada por INSAD se identificaron las definiciones y cuantificaciones de las poblaciones del Programa.

La valoración de los cuatro criterios de la pregunta se resume en que la población potencial (PP),⁴ la población objetivo (PO) y la población atendida (PA)⁵ se encuentran delimitadas, permiten su cuantificación y su verificación empírica (incisos: a), b) y c); sin embargo, se identifican inconsistencias entre los documentos estratégicos, con relación a las referencias que se ocupan para dichas poblaciones.

Con la evidencia documental disponible no es factible determinar con precisión el mecanismo para la cuantificación del PA, con sus posibles variantes en cuanto a acreditación y reacreditación.

Las áreas de oportunidad se relacionan con hacer consistentes la definición y cuantificación de las PP, PO y PA entre los diversos documentos estratégicos del Programa como son el DD 2018 y documentos operativos anuales (2017 a 2021) y la precisión de los mecanismos de cuantificación del PA. Se recomienda precisar y actualizar las definiciones de las PP, PO y PA y homogeneizar su uso en los distintos documentos normativos del Programa. Actualizar las series de datos históricos de la PO, desglosada en acreditadas y pendientes de acreditación; programadas y realizadas anualmente separando las de acreditación y reacreditación; así como precisar el mecanismo de cuantificación de las PA con sus variantes. Lo anterior con el fin de aportar transparencia a los resultados de acreditación y apoyar la elaboración o ajustes a una estrategia de cobertura.

En el Anexo A, se presenta el complemento de respuesta a esta pregunta.

⁴ La PP se puede consultar en el Catálogo CLUES de la DGIS disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html.

⁵ Para la PA la DGCE tiene una base de datos en el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios de Atención Médica Acreditados (SIESA).

8. ¿El Pp cuenta con información documentada que permite conocer a la población atendida, que cumpla con las siguientes características?

- Incluye características de la población atendida.
- Incluye características del tipo de bien o servicio otorgado.
- Se encuentra sistematizada⁶ y cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización.
- Incluye una clave única por unidad o elemento de la población atendida que permite su identificación en el tiempo.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	La información cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Con la evidencia documental revisada se concluye que el Pp cuenta con información documentada que le permite identificar al establecimiento sujeto de acreditación, mediante la Clave Única de Establecimientos y Servicios de Salud (CLUES); conocer sus características, el tipo de bien o servicio que otorga y esta información está sistematizada en una base de datos de expedientes de acreditación que permite su depuración o actualización (SS/DGCES MAESAM, 2016) (SS-DGCES/Diagnóstico, 2015).

La actualización de la PO se da anualmente de la siguiente manera: para que las entidades federativas sean susceptibles de obtener los subsidios del Pp G005 deberán cumplir con los requisitos de selección y notificarlo, mediante oficio dirigido al titular de la DGCES, quien validará la veracidad del cumplimiento de los requisitos de selección y determinará las entidades federativas beneficiarias, solicitando a las secretarías de salud y/o servicios de salud estatales correspondientes, designar un enlace para gestionar la formalización del convenio específico (SS/DGCES DO, 2017). En este contexto, la PA es un subconjunto de la PO, que se conforma por las unidades de salud seleccionadas por DGCES, de común acuerdo con las entidades federativas, que se publican en el Programa Anual de Acreditación, son beneficiadas por la evaluación (que es el servicio que otorga el Pp G005 a su PO), y que logran la acreditación o reacreditación durante el ejercicio presupuestal correspondiente (Anexo 3).

De acuerdo con el manual de acreditación, en lo que se refiere a la sistematización de la información, la depuración y la actualización de la base de datos, la DGCES como unidad administrativa responsable de la acreditación opera un sistema de registro de las unidades acreditadas que recaba las características de la PA que son consignadas en el acta dictamen: número de expediente que incluye la CLUES, datos generales del establecimiento, periodo de visita de evaluación, fundamento legal, tipo de acreditación, fecha y vigencia de acreditación, entre otras. Esta información sirve de base para la programación de supervisiones y, en su momento, de reacreditación, el registro de incidentes entre los que se mencionan la suspensión de la acreditación o el seguimiento de plan de contingencia en caso de dictamen no favorable (SS/DGCES MAESAM, 2016).

⁶ Se entenderá por **sistematizada** que la información se encuentre en bases de datos y disponible en un sistema informático; por actualizada, que el padrón contenga los datos más recientes de acuerdo con la periodicidad definida para el tipo de información; y por depurada, que no contenga duplicidades o beneficiarios no vigentes.

e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño

9. El Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, MIR o FID, ¿permite obtener información relevante sobre los siguientes elementos de diseño del Pp?

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Instrumento de Seguimiento del Desempeño permite obtener información relevante sobre:
4	El cambio producido en la población objetivo derivado de la ejecución del programa, mediante una variable de resultados (propósito – objetivo central).

Con base en las especificaciones de la Guía MIR y la Guía Indicadores de la SHCP (SHCP/Guía MIR, 2016) (SHCP/Guía Indicadores, 2016), a través del Instrumento de Seguimiento del Desempeño de la MIR, el Programa obtiene información relevante acerca de su desempeño medido con base en los procesos con los que se operacionaliza; la entrega de servicios; la cobertura de su población objetivo y, el cambio producido en ésta; en la MIR 2021 se cuenta con once indicadores que miden los resultados estratégicos y la gestión del Programa respecto las categorías de análisis antes referidas (DGCES/MIR, 2021). El indicador de Actividad C3 3.1 *“Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos”* permite verificar el avance en la gestión del proceso de supervisión a establecimientos para la atención médica susceptibles de ser acreditados. El indicador del Componente A *“Porcentaje de establecimientos de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud”* da cuenta del avance que registra el Programa respecto de la entrega de servicios para la mejora de la calidad de la atención en los establecimientos. El indicador de Actividad B2 4.1 *“Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica”* proporciona información al Programa acerca de la cobertura en la población atendida, que son los establecimientos para la atención médica susceptibles de ser acreditados y/o reacreditados (SS-DGCES/DO, 2020). En tanto que el indicador de Propósito *“Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años”* proporciona información relevante en torno al cambio producido en la población que pretende impactar y que corresponde a la seguridad (sanitaria) de los establecimientos para la atención médica; en la medida en que mejoran la calidad de la atención impactan la disminución de una de las principales causas de mortalidad intrahospitalarias como lo es el infarto agudo del miocardio (Anexo 4).

Es una fortaleza del Programa que los indicadores antes descritos permitan obtener información sobre su gestión, la entrega de sus servicios, la cobertura y el resultado directo en su población objetivo como consecuencia de la utilización de los servicios que el Programa entrega.

Como área de oportunidad se observa que para los indicadores de Actividad B2 4.1 *“Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica”* y de Actividad C3 3.1 *“Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos”* se registre el valor de la línea base y el año al que corresponde esa medición; estos elementos son obligatorios para todos los indicadores, según los criterios establecidos en la Guía de Indicadores de la SHCP (SHCP/Guía Indicadores, 2016, pág. 25). Cabe señalar que los indicadores de Actividad B2 4.1 y C3 3.1 referidos están vigentes desde 2016; no son de reciente creación.

10. ¿Los indicadores que integran el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, cumple con los siguientes criterios?

- a) Es claro, el nombre del indicador es entendible, no presenta ambigüedades.
- b) Es relevante, provee información valiosa sobre aquello que se quiere medir.
- c) Es económico, la información para generar el indicador está disponible a un costo razonable.
- d) Es monitoreable, permite su estimación y verificación independiente.
- e) Es adecuado, provee suficientes bases para medir, evaluar o valorar el desempeño.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El indicador:
3	Es claro, relevante y cumple con otros dos criterios.

La revisión de la MIR 2021 del Pp G005 (DGCE/MIR, 2021) identificó que se cuenta con once indicadores que miden su desempeño en todos sus niveles de objetivos: Actividad, Componente, Propósito y Fin. El análisis de los cinco criterios valorados para cada indicador observó que, en general, se cumple con cuatro de los cinco: son claros, relevantes, económicos y adecuados. Solo dos indicadores son monitoreables (Anexo 4).

El indicador de Fin “Tasa de morbilidad por diabetes mellitus tipo II de la población entre 25 a 44 años” es claro; su nombre tiene relación lógica con su método de cálculo y existe congruencia entre las variables que lo conforman. Es relevante; mide uno de los aspectos importantes del objetivo de “Contribuir al bienestar social e igualdad mediante la regulación, vigilancia, control y fomento de la prestación de servicios de atención médica”. Es económico; no requiere gastos adicionales para su medición; se genera por sistemas de información institucionales. Es monitoreable; la información de sus medios de verificación es precisa e inequívoca. Es adecuado; aporta información suficiente para emitir un juicio posterior y homogéneo respecto del desempeño del Pp G005. El indicador de Propósito “Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años” es claro; el nombre es auto explicativo y acorde con el método de cálculo. Es relevante; aporta información de un factor central del objetivo que mide: Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud reducen la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica. Es económico; la información que utiliza deriva de un sistema institucional de información. Es monitoreable; los medios de verificación que se enuncian son específicos. Es adecuado; distintos actores pueden llegar a conclusiones similares al interpretar el indicador respecto del desempeño del Pp G005.

Respecto de los indicadores de Componente y Actividad se concluye que son claros, relevantes, económicos y adecuados, excepto el de la Actividad B2 4.1 que requiere modificación en el numerador empleado para el método de cálculo; no es claro que esté contenido en el denominador. Ninguno es monitoreable ya sea porque los medios de verificación no son precisos, porque no se pudo constatar su ubicación o porque se expresan con conceptos genéricos: informes, reportes, expedientes, base de datos; la normativa requiere que sean explícitos. Para que los indicadores de Componentes y Actividades sean monitoreables como áreas de oportunidad se identifican: mejorar la especificación de los medios de verificación de los indicadores en cuanto a su ubicación para los Componentes A, C, D y Actividad A1 1.1, así como precisar los medios de verificación para los de las Actividades B2 4.1 y C3 3.1. Para el Componente B debe hacerse disponible al público en general la base de información de los instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCE, y para la Actividad D4 2.1 se recomienda revisar los medios de verificación para el numerador y para el denominador del indicador porque son los mismos. Para la Actividad B2 4.1 se sugiere que el numerador en la fórmula para el método de cálculo sea: Número de dictámenes validados de los resultados de las evaluaciones de establecimientos para la atención médica en un año determinado, lo que asegura que está incluido en el denominador.

11. ¿Los medios de verificación de los indicadores que integran el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, cumplen con los siguientes criterios?

- Presentan el nombre completo del documento donde se encuentra la información.
- Incluyen el nombre del área administrativa que genera o publica la información.
- Especifican el año o periodo en que se emite el documento y éste coincide con la frecuencia de medición del indicador.
- Indican la ubicación física del documento o, en su caso, la liga de la página electrónica donde se encuentra publicada la información.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los medios de verificación de los indicadores cuentan con:
3	Tres de los criterios de valoración.

Se revisó el detalle de la MIR 2021 (DGCES/MIR, 2021) y de las once fichas técnicas (FT) de los indicadores 2021 (DGCES/MIR, 2021) (DGCES/FT, 2021). Se obtuvo que 6 de los 11 indicadores que utiliza el Programa para el seguimiento de su desempeño incluyen en sus medios de verificación los cuatro criterios valorados y que se basan en los principios establecidos en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP (SHCP/Guía Indicadores, 2016, pág. 41). Los 5 indicadores restantes cumplen con 3 de los 4 criterios (Anexo 4).

El indicador de Fin refiere en sus medios de verificación que para la obtención de la información lo hacen de los casos de enfermedad reportados en el SINAVE del mismo año y que es registrada por la Dirección General de Epidemiología de la SS en el anuario de morbilidad <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/>. En este sentido cumple con: a) el nombre completo del documento, b) el nombre del área administrativa que la genera, c) especifican el periodo en que se emite y éste es coherente con la frecuencia de medición del indicador, d) indican la ubicación electrónica en la que se encuentra. Los indicadores de Componente C y D incluyen en sus medios de verificación: Informe de Avances del Programa Anual de Supervisión (o Evaluación), publicado en calidad.salud.gob.mx de la DGCES. En los indicadores de Actividad A1 1.1 se señala: Informe de Avances de las reuniones sectoriales/capacitaciones para el fomento de la calidad y seguridad de la atención, publicado en calidad.salud.gob.mx de la DGCES, por lo que también cumplen con los cuatro criterios necesarios.

El indicador de Propósito incluye en sus medios de verificación que las muertes por infarto agudo al miocardio son datos obtenidos del Subsistema Automatizado de Ingresos Hospitalarios (SAEH), pero no incluye el nombre del área administrativa que genera la información. El indicador de Componente A señala en sus medios de verificación que los establecimientos para implementar el Modelo de Gestión de Calidad en Salud (MGCS) son seleccionados del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud a cargo de la Dirección General de Información en Salud; no se especifica la ubicación o liga electrónica donde se encuentra publicada la información. Los indicadores de Actividad B2 4.1 y C3 3.1, señalan que para obtener la información de notificaciones o dictámenes a cargo de la DGCES sus medios de verificación son: informes, reportes, expedientes, base de datos; no incluyen la ubicación o liga electrónica donde se encuentra, ni especifica con claridad la fuente de información. Mientras los medios de verificación del indicador de Actividad D4 2.1 no especifican el año o periodo en el que se emite el documento. Como área de oportunidad se recomienda completar la información de los medios de verificación para los indicadores de Propósito, Componente A y Actividades B2 4.1, C3 3.1 y D4 2.1, incluyendo los datos faltantes que se señala en el párrafo anterior. Para los indicadores de Componente C y D y Actividad A1 1.1 se sugiere hacer específica la liga electrónica en la que se ubican la información.

12. ¿Las metas de los indicadores que integran el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, cumplen con los siguientes criterios?

- a) Se establecen con base en un método de cálculo documentado.
- b) Cuentan con unidad de medida y son congruentes con el sentido del indicador.
- c) Se orientan a la mejora del desempeño, es decir, no son laxas.
- d) Son factibles, considerando la normatividad, los plazos y los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Las metas de los indicadores cuentan con:
3	Tres de los criterios de valoración.

Con base en la revisión en el cumplimiento de las metas para diez de los once indicadores de la MIR en el periodo 2016 a 2021 (SHCP/TP FPG005, 2021) y de la evidencia proporcionada por la unidad administrativa, se determinó que solo tres indicadores cumplen cuatro criterios y siete cumplen con tres criterios (Anexo 4). En el análisis del promedio de los niveles alcanzados no se consideró la meta del indicador de Fin, ya que es el primer año que se reporta y no se identificó la justificación correspondiente respecto de la ausencia de la meta anual (DGCES/MIR, 2021).

Las metas de los indicadores de Propósito, Componente B y de Actividad A1 1.1 1 cumplen con cuatro criterios: se establecen con un método de cálculo documentado, cuentan con unidad de medida y son congruentes con el sentido del indicador, se orientan a mejorar el desempeño, y son factibles pero retadoras, porque su logro entre 2016 y 2020 tuvo resultados satisfactorios (SS-DGED/TdR, 2021, pág. 65). Se identifica que las metas de los indicadores de los Componentes C y D, y de Actividades A1 1.1 2, B2 4.1, C3 3.1 y D4 2.1 han sido laxas porque han tenido resultados superiores de lo satisfactorio y la meta establecida para 2021 del indicador del Componente A es menor que la línea base, a pesar de que el sentido del indicador es ascendente; no se enfrenta a un reto significativo para mejorar su desempeño (CONEVAL/GELM, 2019, pág. 53).

Los indicadores de Componentes B, C y D, así como todos los de Actividades no tienen registrada la línea de base y sin ésta no se cuenta con un referente central para el establecimiento de metas y para estimar el efecto esperado del desempeño del indicador. Se observó que las metas aprobadas y ajustadas del indicador de Componente D registran variaciones significativas entre los ejercicios presupuestales de 2017 y 2018: en 2017 de 92.86 por ciento como meta aprobada disminuyó a 39.93 por ciento como meta ajustada y en 2018 de 40.00 por ciento a 89.96 por ciento, respectivamente. Las metas programadas y ajustadas de Actividad B2 4.1 también tuvieron variaciones importantes: en 2017, pasó de 92.86 por ciento a 24.96 por ciento; en 2019, de 40.00 por ciento a 80.02 por ciento; en 2020, de 40.00 por ciento a 167.92 por ciento; mientras que en 2021, la meta aprobada es 40.17 por ciento y la ajustada de 90.0 por ciento, por lo que se hace evidente la necesidad de revisar la metodología para el cálculo de estas metas, y adicionalmente para el indicador de Actividad B2 4.1 la redefinición del numerador que se utiliza en el método de cálculo (ver respuesta 10).

Como oportunidades de mejora se identifican: 1) incluir en la MIR la justificación sobre la falta de la meta anual para el indicador de Fin de reciente creación, de acuerdo con la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la MIR (GUÍA) (SHCP/Guía Indicadores, 2016, pág. 25); 2) revalorar la meta del indicador del Componente A para que sea congruente con el sentido del indicador; 3) registrar la línea base en las FT de los indicadores de Componentes B, C y D, así como para todos los de Actividades, con base en los criterios establecidos en la GUÍA.

f. Consistencia programática y normativa

13. ¿La modalidad presupuestaria del Pp es consistente con el objetivo que éste persigue, con los bienes y/o servicios que genera, con sus actividades sustantivas y, en conjunto, con su mecanismo de intervención?

No procede valoración cuantitativa.

El Pp G005 se autorizó en 2016 bajo la modalidad presupuestal “G” Regulación y Supervisión; esta modalidad corresponde con “Actividades destinadas a la reglamentación, verificación e inspección de las actividades económicas y de los agentes del sector privado, social y público”, conforme a las disposiciones emitidas por la SHCP en la estructura programática 2016 (SHCP/EP, 2015). La modalidad presupuestal del Programa se determinó considerando el diseño del Programa; se identifica congruencia entre el sentido de esta modalidad presupuestal y el objetivo del Programa, los servicios que proporciona y las actividades que lleva a cabo para su consecución.

Se observa una alineación semántica directa entre la conceptualización de la modalidad “G” del Pp (Actividades destinadas a la reglamentación, verificación e inspección de las actividades económicas y de los agentes del sector privado, social y público) y la de los objetivos de Fin, Propósito, Componente y Actividades de la MIR, los elementos comunes son la reglamentación, verificación e inspección de agentes del sector público (DGCES/MIR, 2021):

En el Fin se plantean acciones a realizar similares: Contribuir al bienestar social e igualdad mediante la regulación, vigilancia, control y fomento de la prestación de servicios de atención médica.

En el Propósito, los establecimientos del SNS forman parte de los agentes del sector públicos: Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud registran baja morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica.

En los Componentes existen elementos comunes respecto de las acciones que se llevan a cabo: Los Componentes A Sistema de Gestión de Calidad establecido que mejora la calidad de la atención con seguridad para el paciente y D Marco legal que regule la prestación de servicios de atención médica actualizado, se asocian con la reglamentación. Y los Componentes B Establecimientos para la atención médica evaluados y C Establecimientos para la atención médica supervisados, se asocian con las acciones de verificación e inspección respectivamente, así como con los agentes del sector público.

En las Actividades existen elementos comunes en las acciones que se realizan y con los agentes del sector público: las Actividades A1 1.1 Difusión de los instrumentos de rectoría para la calidad y seguridad de la atención médica para su conocimiento y aplicación y D4 2.1 Formalización de instrumentos legales para la vinculación y coordinación con las entidades federativas, se relacionan con la reglamentación. Las Actividad B2 4.1 Acreditación de establecimientos para la atención médica, se vincula con la inspección y la Actividad C3 3.1 Notificación de los resultados de la supervisión a los establecimientos, se asocia con la verificación.

De manera complementaria, la modalidad presupuestaria “G” es congruente con las atribuciones y funciones asignadas a la DGCES⁷ en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISS) y responde a los servicios de regulación, supervisión y acreditación que el Programa entrega (DOF/RISS, 2004) (DGCES/MIR, 2021).

⁷ La fracción del Artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece que la DGCES se encarga de “Conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social [...] y la fracción II refiere que le corresponde “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” (DOF/RISS, 2004).

g. Complementariedades, similitudes y duplicidades

14. ¿En la estructura programática de la APF vigente, se identifican Pp que sean similares, se complementen o se dupliquen con el Pp evaluado?

No procede valoración cuantitativa.

En las evidencias documentales proporcionadas para la evaluación no se encontró información específica respecto a la complementariedad, similitud o duplicidad con otros programas presupuestarios; de igual manera, durante reunión de trabajo con personal servidor público responsable del Programa en la DGCEs se refirió la no existencia de complementariedades, similitudes y/o duplicidades con otros Pp de la APF. En complemento de esta información, el equipo evaluador realizó una búsqueda en el catálogo de programas del portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP e identificó que dos Pp a cargo de la Secretaría de Salud de diferente modalidad presupuestal, podrían tener complementariedad con el Pp G005; en particular, en lo que se refiere a la población que atienden: los establecimientos de atención médica de las instituciones públicas del sistema nacional de salud (SHCP/TP, 2021) (Anexo 5). Es importante mencionar que no se observaron duplicidades con otros programas presupuestarios de la APF.

La complementariedad con el Pp **P012 Rectoría en Salud**, es a través de la población que se atiende en el Componente A de su MIR: *“Establecimientos de atención médica acreditados que cuentan con aval ciudadano y realizan monitoreo ciudadano en favor de la mejora de la calidad de la atención”*; al respecto, se requiere precisar si los establecimientos de atención médica acreditados forman parte de las poblaciones objetivo (PO) y atendida (PA) por el Pp G005 (SHCP/TP FP012, 2021).

En relación con el Pp **S202 Calidad en la Atención Médica**, la complementariedad se identifica con la PO, la cual está definida en sus reglas de operación como *“Establecimientos de Atención Médica, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y Centrales de Calidad, de los Servicios Estatales de Salud de las Entidades Federativas, de la Secretaría de Salud o coordinados sectorialmente por ésta, a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que se encuentren preseleccionadas como finalistas por haber alcanzado las calificaciones más altas en la evaluaciones definidas en las Convocatorias del Programa”*. El Pp S202 entrega incentivos económicos a las entidades federativas e instituciones públicas del SNS para mejorar la calidad de la atención en los problemas de salud prioritarios (SHCP/TP FS202, 2021) (SS/ROP S202, 2020).

El Pp **P012** al ser un Pp de modalidad presupuestal “P”, se orienta hacia la planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, constituye un espacio de coordinación con otros programas presupuestarios para apoyar la política nacional de salud. En este sentido, se recomienda que el Pp G005 analice los beneficios y mecanismos para favorecer una mayor coordinación con dicho Pp, dado que ambos atienden poblaciones que son y/o pueden ser complementarias; representa un área de oportunidad que el Pp G005 se fortalezca en su alcance a través de una mejor alineación de acciones y recursos. En relación con el **Pp S202** la complementariedad con el Pp G005 es más clara y directa; ambos Pp tienen como población a los establecimientos de atención médica y están a cargo de la DGCEs. Se recomienda generar mecanismos de coordinación institucionales formalmente establecidos. Asimismo, es necesario visibilizar esta complementariedad en su documento de Diagnóstico.

De forma adicional el Pp G005 se complementa con el subsistema de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), a cargo del Consejo de Salubridad General (CSG), sin que éste sea un Pp; ambos atienden la misma población: los establecimientos de atención médica del SNS; en la página del CSG se refiere que en 2016, se inició un trabajo colaborativo con la DGCEs para desarrollar un Modelo de Complementariedad Acreditación-Certificación y, como primer producto se desarrolló y publicó en el DOF el documento “Acciones Esenciales para la Seguridad de Paciente” con carácter de obligatoriedad su implementación para todos los integrantes del SNS, (CSG, s.f.) (DOF-CSG/AAESP, 2017).

Módulo 2. Planeación Estratégica y Orientación A Resultados

a. Instrumentos de planeación

15. ¿Existe un plan estratégico del Pp que cumpla con las siguientes características?

- Es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento oficial o institucional.
- Abarca un horizonte de al menos cinco años.
- Establece cuáles son los resultados que se pretenden alcanzar con la ejecución del Pp, es decir, el objetivo central del Pp y su contribución a objetivos superiores.
- Cuenta con indicadores del desempeño para medir los avances en el logro de sus objetivos.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El plan estratégico cuenta con:
2	Dos de los criterios de valoración

La DGCEs cuenta con un Plan Estratégico (PE) 2021-2023 que integra las áreas administrativas que la conforman, en congruencia con las atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la SS que se relacionan con la rectoría y conducción de la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica (SS/RI, 2004). No se identificó que la elaboración de dicho plan esté establecida en una normativa; sus objetivos están referidos a un periodo de tres años y no de cinco como se valora en la pregunta; establece los resultados que se pretenden alcanzar con el Pp, a través de indicadores del desempeño.

En el PE, se identifica la línea de acción “Rectoría y liderazgo en Calidad y Seguridad en la Atención Médica” en la que se encuentra inmerso el Programa a través de la estrategia de “Coordinar el Programa G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica [...]” (SS-DGCEs/PE, 2021, pág. 8). Se establece un objetivo estratégico y uno específico asociado al objetivo central del Pp G005, relacionado con “Reducir los riesgos derivados de la prestación de los servicios de [...]” y el objetivo específico de “Ejecutar las líneas estratégicas del Programa de Regulación y Vigilancia de Establecimientos Médicos”; se observa una relación directa con el objetivo central del Programa de “Reducir la morbilidad y mortalidad [...]”. Los objetivos referidos se vinculan a procesos estratégicos (PRE) y procesos operativos (PRO) definidos en el PE; destacan dos procesos: 1) la Regulación y Vigilancia de Establecimientos Médicos y 2) la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica; los resultados que se pretende alcanzar se consideran en los PRO: a) Determinar los mecanismos para la reducción de los riesgos asociados a la atención médica y, b) Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Asimismo, el PE incluye indicadores de desempeño para medir los avances en el logro de sus objetivos; en particular, se identificaron cinco de los once indicadores de la MIR 2021 del Pp G005: 1. Porcentaje de establecimientos de las instituciones públicas del SNS que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la DGCEs; 2. Porcentaje de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención; 3. Porcentaje de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las instituciones públicas del SNS; 4. Porcentaje de dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica y, 5. Porcentaje de convenios de transferencia de recursos presupuestarios formalizados con las entidades federativas (SS-DGCEs/PE, 2021) (DGCEs/MIR, 2021).

Las áreas de mejora se relacionan con definir un procedimiento para la elaboración del PE, ampliar su horizonte estratégico y establecer su vinculación con los objetivos del PND y el PSS. De forma complementaria se identificó que, en el documento de estructura programática individual del APPEF 2021 de la SS, se define para el Programa el objetivo de “Garantizar la atención médica, la estandarización de la práctica médica y la seguridad de los usuarios, mediante la regulación, control, evaluación, seguimiento de los establecimientos de salud, y la vigilancia del ejercicio de los profesionales”; sin embargo, la atribución de la SS para “la regulación, fomento, vigilancia y control sanitario a fin de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad en los

establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud” se asocia con el PND 2013-2018 y con el PSS 2013-2018 de la pasada administración (SS-DGPyP/EPI, 2020); es una oportunidad de mejora para el Programa revisar la alineación con el PND 2019-2024 y el PSS 2020-2024 vigentes.

16. ¿El Plan Anual de Trabajo (PAT) de la(s) UR que operan el Pp cumple con las siguientes características?

- Es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento oficial.
- Se consideran los bienes y/o servicios que se producen con el presupuesto del Pp.
- Establece metas que contribuyan al logro del objetivo central del Pp, a través de la entrega o generación de sus bienes y/o servicios.
- Se revisa y actualiza periódicamente.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El PAT cuentan con:
3	Tres de los criterios de valoración

Las evidencias documentales proporcionadas registran la existencia de un Plan Anual de Trabajo (PAT) 2020 de la DGCEs, en el que se integran las funciones asignadas a esta unidad responsable y contemplan los programas presupuestarios a su cargo. El PAT es producto de un ejercicio de planeación institucionalizado establecido en el procedimiento 147 del Manual de Procedimientos de la DGCEs, en el cual se especifica que su revisión y actualización es anual (SS-DGCEs, 2017). Las evidencias documentales proporcionadas permiten corroborar que en el período 2015-2020 el PAT se revisó y actualizó de forma anual.

En el PAT 2020 de la DGCEs, se identifican tres programas relacionados con el Pp G005: el 4.23. Operación del Programa; el 4.24. Acreditación de establecimientos y servicios de atención médica y, el 4.25. Supervisión de establecimientos y servicios de atención médica acreditados; en los cuales se identifica su asociación con dos de los servicios que entrega el Programa establecidos en la MIR 2020, la evaluación y la supervisión de los establecimientos para la atención médica y sus respectivas actividades. Para la instrumentación y logro de los objetivos establecidos para estos tres programas, se cuenta con el Documento Operativo del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2020. Sin embargo, el PAT no cuantifica el monto de recursos previstos, ni describe los mecanismos y procedimientos para la programación de los recursos presupuestales requeridos para la generación de los bienes y/o servicios que entrega (SS-DGCEs/PAT, 2020).

Se establecen metas anuales específicas relacionadas con la formalización de convenios de transferencia de recursos presupuestarios con las entidades federativas; los dictámenes de acreditación de los establecimientos para la atención médica y la notificación de los resultados de la supervisión de establecimientos; estas metas contribuyen al logro del objetivo central del Programa, relacionado con la “Reducción de la morbilidad y la mortalidad en los establecimientos asociadas con la prestación de servicios de atención médica”. Para el seguimiento y verificación de estos programas se definieron indicadores que son reportados y monitoreados de manera trimestral. Las metas e indicadores están expresados en porcentaje de convenios suscritos, dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica y notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos, que corresponden con tres de los indicadores de nivel de actividad de la MIR 2020 del Programa y son reportados en el PASH de la SHCP. La evaluación y seguimiento de las metas e indicadores se realiza a través del Enlace de Control Interno (ECI) de la DGCEs, quien informa a la dirección general, el grado de cumplimiento de las metas programadas que son reportadas por las áreas responsables a fin de detectar posibles desviaciones y proponer las mejoras respectivas a cada proyecto y/o programa, para presentarlo de manera anual al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

Se recomienda realizar con base en los convenios con los SESA establecidos el año anterior, una programación y/o estimación de los recursos requeridos para el año siguiente; aun cuando los recursos presupuestales no sean suficientes; quedaría constancia del por qué no fue posible alcanzar las metas programadas.

b. Generación y uso de información del desempeño

17. ¿El Pp cuenta con información del desempeño que dé cuenta de los elementos que se presentan a continuación?

- Su contribución a los objetivos o estrategias prioritarias del programa derivado del PND vigente al que se vincula.
- El avance en el logro de su objetivo central, es decir, los cambios verificables en la población objetivo.
- Las características de la población atendida y no atendida.
- Las características del tipo de bien o servicio otorgado.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Pp cuenta con información sobre:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con información que contribuye de manera indirecta al Eje 2 “Política Social” apartado “Salud para toda la Población” del PND 2019-2024 (SHCP, 2020). En relación con el PSS 2020-2024, contribuye de igual manera a la estrategia prioritaria 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social; particularmente, con la acción puntual 2.3.1 Sistematizar el monitoreo, supervisión y certificación de los servicios que presten las instituciones que integran, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, así como al indicador 2.2 “Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónica” (DOF/PSS, 2020). Lo hace mediante su indicador de Fin “Tasa de morbilidad por diabetes mellitus tipo II de la población entre 25 a 44 años” y de Propósito “Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años” que se recolectan de manera anual; el de Propósito con base en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y el de Fin a través del Subsistema Automatizado de Ingresos Hospitalarios (SAEH) (DGCES/MIR, 2021). Este último indicador (de Propósito) también proporciona información al Pp G005 para medir el avance en el logro de su población objetivo. Cuenta también con información para caracterizar lo servicios que otorga a sus poblaciones potencial y objetivo, a través de sus indicadores de Componente y de Actividades, así como en sus documentos operativos.

En el registro de avances de los indicadores de Fin y de Propósito del Programa se puede observar, de manera indirecta y parcial, el comportamiento del indicador 2.2 establecido en el PSS 2021-2024, porque las fuentes de información que utiliza el Programa y las del PSS 2021-2024 para la construcción de los indicadores son distintas (DGCES/FT, 2021). No obstante, el indicador de Propósito es útil para el Programa porque le permite medir los cambios en su población objetivo, en la medida en que la diabetes tipo II es parte de las enfermedades que son sin duda el principal reto para el sistema de salud del país, tanto por su magnitud como el gran impacto en mortalidad prematura y deterioro de la calidad de vida y los costos de atención de sus complicaciones (DOF/PSS, 2020, pág. 13). También monitorea su desempeño a través de los indicadores de Componentes y Actividades de la MIR, con periodicidad semestral y trimestral respectivamente, y caracteriza a sus poblaciones potencial y objetivo en los documentos operativos generados por el Programa año con año a partir de 2018. En estos documentos se describen los servicios que otorga a través de la identificación de los criterios de selección y las fases operativas en las que interviene otras instancias ejecutoras como son los gobiernos de las entidades federativas, a través de sus secretarías de salud y/o los servicios estatales de salud o su equivalente; dependencias responsables de gestionar los recursos, humanos y financieros, para que se lleven a cabo las acreditaciones, así como los lineamientos normativos para la transferencia de recursos a los estados en forma de subsidios.

18. ¿La información que el Pp obtiene para el seguimiento de su desempeño cumple con las siguientes características?

- a) Es oportuna, se genera y está disponible en un momento adecuado y conveniente para su uso.
- b) Es confiable, es validada por quienes la generan, procesan e integran.
- c) Se encuentra sistematizada, actualizada y depurada⁸.
- d) Permite el seguimiento del desempeño de manera permanente.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Pp cuenta con información sobre:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Para dar seguimiento a su desempeño el Programa utiliza información de fuentes externas e internas a su ámbito de responsabilidad. En la construcción de los indicadores de Fin y de Propósito se ocupa como fuente externa el SINAVE y el SAEH; la información es oportuna y está disponible de manera permanente, con corte semanal para el SINAVE y mensuales para el SAEH, y datos definitivos de manera anual.

Para el cálculo de sus indicadores de Componentes y Actividades de la MIR, el Programa utiliza fuentes de información internas como los registros de los establecimientos de salud evaluados y supervisados, los instrumentos normativos creados, actualizados o derogados, registro de las reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención, y la recopilación de los convenios de transferencia de recursos presupuestarios formalizados con las entidades federativas. Con base en la explicación proporcionada por personal responsable del Programa, dicha información es validada y depurada por la DGCEs y se constata en sus documentos operativos en los que describe el proceso de validación y depuración de las bases de datos de establecimientos para la atención médica (población objetivo) para el Programa Anual de evaluaciones con fines de Acreditación y/o Reacreditación (DGCEs/Presentación G005, 2021) (DGCEs/DOP, 2021). Los avances de los resultados de estos indicadores se reportan de acuerdo con su periodicidad de manera semestral para los de Componentes y trimestral para los de Actividades. Las bases de datos de la población objetivo, que son los establecimientos para la atención médica susceptibles de ser acreditados o reacreditados, están disponibles al público a partir de 2004 a 2021 (<http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>).

Se concluye que la información que utiliza el Programa es oportuna; está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente; está sistematizada y es pertinente respecto de su gestión; permite medir los indicadores de cada nivel de objetivos de la MIR, y es validada por los responsables del Programa.

⁸ Se entenderá por **sistematizada** que la información se encuentre en bases de datos y disponible en un sistema informático; por actualizada, que el padrón contenga los datos más recientes de acuerdo con la periodicidad definida para el tipo de información; y por depurada, que no contenga duplicidades o beneficiarios no vigentes.

19. ¿El Pp utiliza información derivada de análisis externos (evaluaciones, auditorías financieras o al desempeño, estudios o informes de organizaciones externas, entre otros) bajo los siguientes criterios?

- De forma regular, como insumo para la toma de decisiones de corto plazo sobre el Pp.
- De forma institucionalizada, sigue un procedimiento establecido en un documento oficial.
- De forma estratégica, para definir acciones que contribuyan a mejorar la gestión y resultados del Pp.
- De forma consensuada, es utilizada por personas funcionarias involucradas en la operación, planeación, evaluación del Pp y a niveles superiores de toma de decisiones.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Pp cumple con:
3	Tres de los criterios de valoración.

En la página web de transparencia presupuestaria de la SHCP, se obtuvo que el Programa cuenta con una Evaluación de Diseño (ED) realizada en 2016. Los resultados derivados de esta evaluación externa fueron utilizados por la unidad administrativa para la toma de decisiones de corto plazo, de forma estratégica y consensuada para mejorar la gestión y resultados del Programa, como se demuestra en el documento de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) (DGED/ASM, 2016-2017). No se identificó que exista un procedimiento institucionalizado para regular la utilización de este tipo de información.

La unidad administrativa aplicó los mecanismos para el seguimiento a los ASM (SHCP-CONVAL-SFP/MASM, 2011), ya que con base en el análisis de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas integradas en la ED de 2016, estableció los ASM y elaboró el documento de trabajo para su seguimiento. En nota informativa de la de la unidad administrativa se identificó que atendió en su totalidad los seis ASM: 1) Acotar las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo en el Diagnóstico del Programa; 2) Atender las recomendaciones de mejora de la MIR, al revisar las lógicas vertical y horizontal; 3) Especificar el plazo temporal del problema que busca atender el Programa, en el Diagnóstico del mismo; 4) Especificar la metodología para la definición de las metas de los indicadores del Programa; 5) Revisar los supuestos de la MIR y mejorar su redacción; y 6) Incluir la ubicación territorial y el plazo de actualización del problema que busca atender el Programa, en el Diagnóstico del mismo, por lo que de forma estratégica se definieron acciones para mejorar la gestión y resultados del Programa (DGCES/NASM, 2017). Se cuenta con la evidencia del documento Diagnóstico del Programa 2018, en el que se incluyen las modificaciones consideradas y los comentarios de las personas funcionarias involucradas en la operación, planeación, evaluación (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018).

En reunión de trabajo con personal responsable de la unidad administrativa, a pregunta expresa, se señaló que las áreas de oportunidad detectadas en evaluaciones y auditorías externas las han tomado en cuenta para mejorar el desempeño del Programa.

20. Considerando los antecedentes del Pp, el estado actual de su diseño y operación, en su caso, los cambios programáticos identificados y su trayectoria de evaluación ¿qué temas relacionados con el Pp considera relevante analizar mediante evaluaciones u otros ejercicios conducidos por instancias externas a su operación?

No procede valoración cuantitativa.

El Programa cuenta con una evaluación de diseño de 2016. En dicha evaluación se refirió que se encontraba diseñado en forma adecuada; que en esa fecha registraba oportunidades de mejora factibles de atender en el corto plazo para fortalecer su planteamiento programático, tales como: la revisión de los supuestos de la MIR y mejorar su redacción; la revisión de la lógica vertical y horizontal de la MIR; el especificar la metodología para la definición de metas de los indicadores; la inclusión, en el diagnóstico del Programa, de la ubicación territorial y el plazo de actualización del problema que se buscaba atender, así como acotar las poblaciones potencial y objetivo (INSAD/ED, 2016). En una revisión a la página de transparencia presupuestaria, en el Sistema de Evaluación del Desempeño, se observó que estos aspectos susceptibles de mejora fueron subsanados por el Programa entre 2016 y 2017.

No se identificó alguna otra evaluación al Programa, no obstante que opera desde hace cinco años (2016). A partir del análisis de su desempeño en la presente evaluación de Consistencia y Resultados, se observa que el Programa cuentan con procesos que se han venido consolidando durante estos años; no obstante, ante la evolución de las prioridades de la política social y del Sistema Nacional de Salud, se ha identificado que se podría valorar el diseño actual del Programa en los siguientes temas:

1. La pertinencia de los indicadores para medir el logro de sus objetivos, toda vez que en la actualidad se requiere evidenciar su vinculación con las estrategias y objetivos prioritarios del PND, del PSS y del INSABI.
2. El alcance de sus poblaciones potencial y objetivo en función de su contribución a los objetivos prioritarios del PSS actual para que en el Sistema Nacional de Salud se garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal.

En este contexto, se recomiendan realizar al Programa evaluaciones de indicadores y de procesos, lo que se fundamenta en lo especificado en los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (Lineamientos); en el numeral II del capítulo mencionado, se refiere que “se aplican a un programa o conjunto de programas en torno a las estrategias, políticas e instituciones” (SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos, 2007).

No obstante, se considera determinar en una evaluación estratégica si la esencia del Programa es la acreditación y reacreditación de establecimientos para atención a la salud, debido a que el problema por atender es que “los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran alta morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica”. La pregunta central es valorar la lógica interna del Programa para ratificar o rectificar la hipótesis de que el <<reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de los servicios de atención médica>> se logrará con: un Sistema de Gestión de Calidad establecido que mejore la calidad de la atención con seguridad para el paciente; con establecimientos para la atención médica evaluados y supervisados y, un marco legal actualizado que regule la prestación de servicios de atención médica.

c. Aspectos Susceptibles de Mejora

21. Del total de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) clasificados como específicos o institucionales en los últimos tres años, ¿qué porcentaje presenta un avance conforme lo establecido en los documentos de trabajo o institucionales?

Respuesta: No aplica.

Nivel	Criterios
	Porcentaje de ASM que presenta un avance conforme lo establecido:

Los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) son elementos estratégicos cuya atención permiten mejorar el diseño, la operación y la gestión del Programa hacia la obtención de los resultados finales esperados; se formulan con base de las recomendaciones establecidas al Programa en las evaluaciones externas realizadas y que deben fundamentarse en los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas. Estos ASM deben de integrarse en programas de trabajo o documentos institucionales; se clasifican en cuatro categorías con base en el alcance de las áreas que intervienen o se relacionan con su atención; pueden ser: específicos; institucionales; interinstitucionales e intergubernamentales (SHCP-CONVAL-SFP/MASM, 2011).

En el contexto anterior, INSAD realizó una búsqueda de evaluaciones externas en el portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP, en la página electrónica de Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como en la sección de Aspectos Susceptibles de Mejora de la página electrónica de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (SHCP/TP, 2021) (DGCES, 2021); sin embargo, no se encontraron evaluaciones ni documentos de trabajo e institucionales del Pp G005 para los años 2018, 2019 y 2020. La única evaluación realizada al Programa fue de Diseño en 2016; cabe mencionar que, en el apartado de resultados de la ficha del Programa 2021 disponible en el portal de la SHCP ya mencionado, se identificó que derivado de la evaluación de diseño referida se establecieron seis ASM y se reportaron con un avance de 100 por ciento de cumplimiento (SHCP/TP FPG005, 2021) (Anexo 6).

Con base en los planteamientos anteriores, esta pregunta no aplica para el Programa derivado de que no existen ASM clasificados como específicos o institucionales en los últimos tres años. Sin embargo, debe tenerse presente que aún cuando el ASM relacionado con “Especificar la metodología para la definición de metas de los indicadores del programa” reporta un avance del 100 por ciento de cumplimiento en el Avance del Documento de Trabajo 2017-2018 entregado como evidencia documental para la evaluación (SS/ADTASM, 2017-2018). No obstante, la revisión del Anexo 2 “Metodología para la definición de las metas de los indicadores de la Matriz de indicadores para resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de establecimientos y Servicios de Atención Médica G005” del Diagnóstico 2018 que se refiere como documento aprobatorio, solo incorpora la metodología para el cálculo de las metas de tres indicadores: “Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por Infarto Segundo al Miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años”, el “Porcentaje de avance del Programa Anual de Evaluación” y el “Porcentaje de Dictámenes de Acreditación”. Al respecto, durante la entrevista con el personal responsable del Programa, se refiere que:

Como tal no existe un documento que hable de cómo se construye cada uno de los indicadores [...] en el que año con año estemos haciendo ajustes [...] que permita identificar de dónde vienen, la fuente como tal; en los documentos operativos se han mencionado, pero realmente han sido muy puntuales al proceso de acreditación no a toda la Matriz de Indicadores (ENCDEC).

22. ¿Con los ASM específicos o institucionales definidos a partir de evaluaciones externas, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros estudios relevantes de los últimos tres años, se han logrado los resultados esperados?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No Aplica.

El Pp G005 no cuenta con evaluaciones externas, documentos de trabajo o documentos de seguimiento de ASM en los últimos tres años (2018-2020). Se realizó una búsqueda de evaluaciones externas en el portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP y, en la página electrónica de la DGCE y de la DGED (SHCP/TP, 2021) (DGCE, 2021) (DGED, 2021). Sin embargo, no se encontraron evaluaciones para los periodos 2018, 2019 y 2020. La única evaluación disponible fue de Diseño en 2016 (Anexo 7).

23. ¿Cuáles ASM específicos o institucionales definidos en los últimos tres años no han logrado ser atendidos en los tiempos que establecen los documentos de trabajo o institucionales y cuáles son las principales causas y consecuencias del atraso?

No procede valoración cuantitativa.

Respuesta: No Aplica.

El Pp G005 no cuenta con evaluaciones externas, documentos de trabajo o documentos de seguimiento de ASM en los últimos tres años (2018-2020). Se realizó una búsqueda de evaluaciones externas en el portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP y, en la página electrónica de la DGCE y de la DGED (SHCP/TP, 2021) (DGCE, 2021) (DGED, 2021). Sin embargo, no se encontraron evaluaciones para los periodos 2018, 2019 y 2020. La única evaluación disponible fue de Diseño en 2016 (Anexo 8).

Módulo 3. Cobertura y Focalización

24. ¿El Pp cuenta con una estrategia de cobertura documentada para la atención de su población potencial y objetivo que cumple con los siguientes criterios?

- Cuantifica la evolución de la población potencial y objetivo para al menos los próximos tres años.
- Considera el presupuesto que requiere el Pp para atender a su población objetivo para al menos los tres próximos años.
- Especifica metas de cobertura anuales para el plazo que se haya definido y los criterios con los que se establecen las metas son claros.
- Con el diseño actual del Pp es posible alcanzar las metas de cobertura definidas (metas factibles).

Respuesta: No

Nivel	Criterios
	La estrategia de cobertura cuenta con:
1	Uno de los criterios de valoración.

Con la información disponible se observa que el Pp G005 tiene la fortaleza de definición y cuantificación de sus poblaciones (PP, PO y PA); se encuentran correctamente identificadas, y cuenta con información documentada que permite conocer su PP y PO (cfr. Preguntas 7, 8 y 25) (Anexo 9). Como limitaciones para definir una estrategia de cobertura se identifica que el Programa se encuentra en un momento de transición del enfoque de la acreditación de establecimientos para la organización de los servicios del Sistema de Protección Social en Salud (CAUSES, Gastos catastróficos y Seguro de salud Siglo XXI), hacia ampliar la visión de cobertura e incluir a todos los establecimientos que atienden a la población sin seguridad social; es darle al Programa la mirada hacia el Sistema Nacional de Salud. Derivado de la vigencia de la acreditación de establecimientos por cinco años, a partir de 2017 el Programa dio inicio al proceso de reacreditación, que opera en paralelo con la acreditación, sin una clara diferenciación en el planteamiento de metas y reporte de resultados en la PA; adicionalmente se observa que el comportamiento la PO no facilita la definición de una estrategia de cobertura debido a que se trata de una programación inicial sujeta a cancelaciones y reprogramaciones derivadas de insuficiencias de recursos humanos y presupuestales en las entidades federativas; aspectos operativos que no dependen del Programa. Estos elementos contextuales están en proceso de ajuste.

A manera de ejemplo de cómo debería estructurarse una estrategia de cobertura se realizan los siguientes planteamientos: Supuestos: 1. la PP no va a tener un incremento sustancial en los próximos tres años. 2. La asignación presupuestal se incrementa con el efecto de la inflación o se mantiene en el mismo nivel en términos reales. 3. Las entidades federativas mantienen o incrementan el nivel de solicitudes de acreditación. 4. Se atienden las causas que motivan las cancelaciones y reprogramación de metas en los estados.

En ese contexto y considerando que las acreditaciones tienen un efecto benéfico mayor en términos de acercar a los establecimientos acreditados al nivel óptimo de recursos humanos, materiales y en equipo, así como en ajustes en los procesos que redundan en mayor calidad y seguridad para el paciente, se considera conveniente enfocar el esfuerzo a llevar a los establecimientos faltantes a la acreditación en el menor tiempo posible.

Se recomienda considerar el avance en la cobertura la PP, a partir de la reconstrucción de las series históricas de avance por año y diferenciando las acreditaciones y reacreditaciones; de esta forma se estaría en la posibilidad de construir escenarios de avance anual y proyectar las metas en el mediano y largo plazos.

25. ¿El Pp cuenta con mecanismos para identificar a su población objetivo, es decir, aquella que el Pp tiene planeado atender para cubrir la población potencial y que es elegible para su atención?

No procede valoración cuantitativa.

En primer término, para que las entidades federativas sean susceptibles de obtener los subsidios del Pp G005 deberán cumplir con los criterios de selección que son establecidos en el Documento operativo de cada año, con especificaciones determinadas por las líneas de acción que el Pp G005 enfatice en ese ejercicio fiscal. En términos generales, los criterios se refieren al padrón de evaluadores; se requiere que la entidad federativa haya remitido el listado del personal que integra el padrón de evaluadores; que cuente con al menos, entre 15 y 20 evaluadores, profesionales de la salud y/o afines, con experiencia en visitas de acreditación y reacreditación; asimismo, que la entidad federativa no cuente con adeudos financieros respecto de obligaciones contraídas en el Convenio específico de colaboración para la transferencia de recursos y que no tenga pendientes con documentación técnica o financiera; por último, contar con capacidad instalada y/o realizar la gestión para organizar un evento para 50 personas.

Si cumple con estos requisitos, deberá notificarlo, mediante oficio dirigido al titular de la DGCEs, quien validará la veracidad del cumplimiento de los requisitos de selección y determinará las entidades federativas beneficiarias, solicitando a las Secretarías de Salud y/o Servicios de Salud estatales correspondientes, designar un enlace para gestionar la formalización del convenio específico (SS/DGCEs DO, 2017) (SS/DGCEs DO, 2018) (SS/DGCEs DO, 2019) (SS-DGCEs/DO, 2020) (SS/DGCEs DO, 2021).

Los mecanismos de identificación de la PO para el Pp G005 parten de que el establecimiento cuente con una CLUES, entre otros requisitos de participación; en las entidades federativas se elabora un Programa Estatal de Acreditación que incluye los establecimientos que cuentan con una autoevaluación favorable y una priorización de establecimientos en alineación al diagnóstico situacional de cada estado. Con el conjunto de programas estatales de acreditación recibidos en la DGCEs los primeros diez días hábiles del año, la unidad administrativa elabora el Programa Anual de Acreditación, tomando como base la disponibilidad de recursos humanos y un análisis de priorización de establecimientos (con base en las líneas de acción que enfatiza la DGCEs en el ejercicio presupuestal de que se trate). Los establecimientos seleccionados se registran en base de datos que incluye: entidad federativa, nombre y número de la jurisdicción, número y nombre del establecimiento de acuerdo con la CLUES, tipo de establecimiento, tipo de acreditación y la fecha propuesta de la visita de evaluación. De esta forma se calcula, identifica y selecciona la PO del Programa (SS/DGCEs MAESAM, 2016). Es relevante destacar que el Pp G005 no aplica mecanismos de focalización diferenciados o criterios de priorización para grupos de población (personas, género) o territorios (zonas de alta marginación).

Módulo 4. Operación

a. Análisis de los procesos clave

26. Describa mediante diagramas de flujo los procesos clave en la operación del Pp, es decir, aquellas actividades, procedimientos o procesos fundamentales para alcanzar los objetivos del Pp.

Respuesta: No procede valoración cuantitativa.

El Programa describe su Propósito en la MIR como *“los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran **baja** morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica”* y entre los atributos de sus alcances se refiere el reglamentar, verificar e inspeccionar las actividades para la evaluación de los establecimientos de atención médica a nivel nacional para garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de los servicios de atención médica en las instituciones de los sectores, social, público y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud (DGCES/Nota informativa, Operación, 2021).

El Pp G005 cuenta con un proceso de Difusión en el que se da a conocer a su PP y PO mediante oficio, las condiciones a través de las cuales las secretarías de salud en los estados y/o servicios estatales de salud pueden acceder a los recursos del Programa (DGCES-DG/Oficio DO G005, 2021) (SS y DGSS/Postulación G005, 2020). Se identificó en el Manual de Procedimientos de la DGCES, el procedimiento 123 para difundir y aplicar los criterios de capacidad, seguridad y calidad al personal de los establecimientos de atención médica adscritos (en otro momento al Seguro Popular) al INSABI, para facilitar su acreditación. De igual forma, en las políticas de operación de la unidad administrativa responsable (DGCES) se menciona la supervisión sobre los procedimientos con los cuales los documentos se envían y se difunden mediante instrucción o sitio web a través del portal de la DGCES (SS-DGCES/ MPDGCES, 2016).

Los procesos sustantivos que lleva a cabo el Programa para proporcionar el servicio de acreditación y/o reacreditación a los establecimientos de salud públicos o privados se presentan en el Anexo 10. Para su representación gráfica los procesos sustantivos se diagramaron en dos grandes grupos: 1) Recepción, registro y dar trámite a solicitudes de servicios, representado en la práctica por una primera selección de establecimientos que las entidades federativas reflejan en el Programa estatal de acreditación (PEA); selección de la PO o selección de beneficiarios que la DGCES realiza a partir de los PEA, aplicando criterios de priorización y que se materializa en el Programa anual de acreditación (PAA); y 2) Entrega de bienes y/o servicios que se divide en una etapa de evaluación y otra de dictaminación.

b. Solicitud de bienes y/o servicios

27. ¿El Pp cuenta con información sistematizada que permita conocer la demanda total de sus bienes y/o servicios, así como las características específicas de la población solicitante?

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	Además del criterio anterior, existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de los bienes y/o servicios del Pp.

El Programa cuenta con información sistematizada referente a la demanda de los servicios de acreditación que otorga. La información se concentra en el Programa Anual de Acreditación (PAA) conformado por la DGCEs a partir del ejercicio de priorización que realizan las entidades federativas para determinar los establecimientos susceptibles de ser incluidos en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación durante un año determinado (DOF/MAESAM, 2016) (SS-DGCEs/DO, 2020). Se considera que la información es suficiente para conocer la demanda de los servicios y es indispensable para la organización y operación del Programa.

La información sistematizada en el PAA contiene las características de los establecimientos que demandan los servicios del Programa las cuales están especificadas en el numeral 6.2.1.4.2 del documento MODIFICACIÓN al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, y son: entidad federativa, número y nombre del establecimiento como aparece en catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, tipología de establecimiento, tipo de acreditación o reacreditación (CAUSES, FPGC, SMSXXI),⁹ subtipo (intervención en la que se evaluará) y fecha propuesta de visita de evaluación (DOF/Modificación MAESAM, 2019) (DGCEs/Nota BD, 2021).

El PAA para 2020, enlista los establecimientos susceptibles de acreditación en ese año, contiene las características referidas en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica; además, incluye la institución a la que pertenecen, tipo de visita (A, R), mecanismo de evaluación (visita de evaluación, autoevaluación con documentación soporte) y fecha de término (SS/DGCEs/PAA, 2020). Aunque la evidencia consultada no corresponde a un archivo electrónico en formato físico de base de datos, tiene la estructura de registros y variables, y permite corroborar las características de la información que contiene. De forma adicional, el Programa proporcionó como evidencia una nota técnica que lista las variables que contiene la base de datos de establecimientos evaluados con fines de acreditación y/o re-acreditación incluidos en el PAA de 2020, y la base de datos correspondiente; las variables que integran el PAA están contenidas en la base de datos mencionada (DGCEs/Nota BD, 2021) (DGCEs/BD EE, 2020).

Es una fortaleza que el Programa cuente con información sistematizada de la población que demanda los servicios de acreditación. El PAA al ser parte de fase de planeación permite dar continuidad al proceso de acreditación.

⁹ Esta tipología de acreditación (A) o reacreditación (R) de establecimientos puede cambiar en función de la orientación que el INSABI defina para los servicios de salud públicos, en el marco de la evaluación de la calidad desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada. Durante las entrevistas al personal servidor públicos responsable de la operación del Programa se comentó que el Manual de operación con las adecuaciones correspondientes está en proceso de aprobación.

28. ¿El Pp cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los bienes y/o servicios que genera, están documentados y cumplen con las siguientes características?

- a) Consideran y se adaptan a las características de la población objetivo.
- b) Identifican y definen plazos para cada procedimiento, así como datos de contacto para atención.
- c) Presentan y describen los requisitos y formatos necesarios para cada procedimiento.
- d) Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los procedimientos cuentan con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de acreditación de los establecimientos, están documentados y cumplen con las cuatro características valoradas en la pregunta.

El Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica detalla los procedimientos para los establecimientos solicitantes de acreditación por lo que considera las características de la población objetivo; además, es público al encontrarse disponible en la página electrónica de la DGCEs (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf) (con ello se cumple con las características a) y d) solicitadas en la pregunta).

El numeral 6.2.1. Fase I Programación del manual mencionado, refiere la identificación y priorización de establecimientos que conformarán el Programa Estatal de Acreditación (PEA). Los responsables de los establecimientos deben realizar la autoevaluación mediante el llenado de las Cédulas de Autoevaluación para la Acreditación proporcionada por la unidad administrativa (DGCEs). Las autoridades responsables de integrar el PEA reciben propuestas, realizan una priorización, integran el PEA con los establecimientos que hayan obtenido una autoevaluación favorable, envían el PEA de manera impresa y en medio electrónico a la unidad administrativa mediante oficio, en los primeros 10 días del año; la recepción extemporánea podrá realizarse en un plazo no mayor a veinte días hábiles.

Después de que la unidad administrativa recibe el PEA en el plazo referido, integra el Programa Anual de Acreditación y publica una versión preliminar en los primeros cinco días hábiles de febrero de cada año en los medios que para este fin determine. Los establecimientos que se encuentran en el PEA constatan que han sido registrados y están en vía de dar trámite a su solicitud de acreditación.

Las Cédulas de Evaluación para la Acreditación son formatos utilizados para acceder a los procedimientos de recepción, registro y de dar trámite a las solicitudes, no se menciona algún formato en particular para cada uno de estos procedimientos. Lo anterior y los plazos mencionados en cada uno de los procedimientos indican que se satisfacen las características b) y d) valoradas en esta pregunta.

29. ¿El Pp cuenta con mecanismos para verificar los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los bienes y/o servicios que genera, están documentados y cumplen con las siguientes características?

- a) Consideran y se adaptan a las características de la población objetivo.
- b) Están estandarizados, son utilizados por todas las instancias involucradas en el procedimiento.
- c) Están sistematizados, la información se encuentre en bases de datos y disponible en un sistema informático.
- d) Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El mecanismo de verificación cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con mecanismos para verificar los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de acreditación de los establecimientos, están documentados y cumplen con las cuatro características valoradas en la pregunta; tres de ellas tienen como evidencia el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica: a) consideran las características de la población objetivo; b) están estandarizados al encontrarse en dicho manual y, d) son públicos ya que el manual se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCEs (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf).

El numeral 6.2.1.3.3 del Manual referido señala que la unidad administrativa recibe de las autoridades responsables el PEA de manera impresa y en medio electrónico, y mediante un oficio. El oficio representa el mecanismo de verificación del procedimiento de recepción; al respecto se entregó como una muestra de la evidencia documental, el acuse de recibo y el Programa estatal de acreditación del estado de Hidalgo 2021 (DGCEs/oficio y PEA HGO., 2021).

El numeral 6.2.1.4.2 se refiere a la integración del PAA a partir de la priorización de establecimientos contenidos en el PEA. El PAA constituye el mecanismo de verificación del registro y a su vez es el mecanismo de verificación para dar trámite a las solicitudes ya que los establecimientos contenidos en el PAA recibirán visita de evaluación (DOF/Modificación MAESAM, 2019) (SS-DGCEs/Flujograma MAESAM, 2019).

El PAA 2020 consultado en formato PDF tiene la estructura de una base de datos con registros y variables. El Programa proporcionó como evidencia una nota técnica que lista las variables que contiene la base de datos de establecimientos evaluados con fines de acreditación y/o re-acreditación incluidos en el PAA de 2020, y la base de datos correspondiente; las variables que integran el PAA están contenidas en la base de datos mencionada. Por lo anterior, los mecanismos de verificación para registrar y dar trámite están sistematizados (DGCEs/Nota BD, 2021) (DGCEs/BD EE, 2020).

c. Selección de la población objetivo

30. ¿El Pp cuenta con criterios de elegibilidad documentados para la selección de su población objetivo y estos cumplen con las siguientes características?

- a) Son congruentes con la identificación, definición y delimitación de la población objetivo.
- b) Se encuentran claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- c) Se encuentran estandarizados y sistematizados.
- d) Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los criterios de elegibilidad cuentan con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con criterios de elegibilidad documentados para seleccionar la población objetivo y cumplen con las cuatro características solicitadas.

Como se refirió en la pregunta 7 y en su Anexo complementario, para la población objetivo (PO) se refiere que “De conformidad con lo establecido en el artículo 7 del RLGSNPSAM, se atenderán a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención médica, con base en la estimación del Universo potencial que están pendientes de acreditación” (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018).

Los establecimientos susceptibles de ser acreditados se seleccionan con base en los criterios definidos en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica; los criterios son congruentes con la identificación y definición de la PO, se encuentran claramente especificados, se consideran estandarizados al encontrarse en dicho manual y son públicos ya que éste se encuentra disponible en la página electrónica (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf) de la DGCES (DOF/Modificación MAESAM, 2019).

El apartado 6.2 del manual referido señala que la selección de la PO se realiza con base en la identificación y priorización de establecimientos que llevan a cabo las autoridades responsables estatales con la finalidad de integrar el Programa Estatal de Acreditación, el cual incluye los establecimientos que obtienen una autoevaluación favorable, es decir, cumplen con los criterios contenidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación; además, contiene un análisis de priorización de establecimientos en alineación al diagnóstico situacional en materia de salud de la entidad federativa.

Las autoridades responsables presentan el PEA a la unidad administrativa (DGCES) con la finalidad de ser incorporado al Programa Anual de Acreditación. Los establecimientos registrados en el PAA constituyen la PO y son los que el Programa se propone atender en el ejercicio presupuestal correspondiente. El PAA se encuentra en una base de datos, es decir, está sistematizado por lo que se cumple el criterio c) de esta pregunta (SS/DGCES/PAA, 2020) (DGCES/Nota BD, 2021) (DGCES/BD EE, 2020).

31. ¿El procedimiento del Pp para la selección de los destinatarios de sus bienes y/o servicios cumplen con las siguientes características?

- a) Considera y se adapta a las características de la población objetivo.
- b) Identifica y define plazos para cada proceso, así como datos de contacto para atención.
- c) Presenta y describe los requisitos y formatos necesarios para cada proceso.
- d) Es público y accesible a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los procedimientos cuentan con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El procedimiento del Programa para la selección de los destinatarios de los bienes y/o servicios que proporciona cumple con las cuatro características requeridas por la pregunta.

El apartado 6.2 del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica detalla el procedimiento que sigue la unidad administrativa (DGCES) para la selección de los destinatarios del servicio, es decir, de los establecimientos sujetos a recibir un dictamen de acreditación. El procedimiento considera las características de la PO referidas en el manual y es público al encontrarse disponible en la página electrónica de la DGCES (con ello se cumple con los incisos a) y d) solicitados en la pregunta) (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf) (DOF/Modificación MAESAM, 2019).

La unidad administrativa recibe el PEA integrado por las autoridades responsables, en formato impreso y electrónico y mediante oficio, durante los primeros diez días hábiles del año del que se trate; en caso de recepción extemporánea del PEA considera un plazo que no exceda 20 días hábiles y debe estar acompañado de la justificación correspondiente y también de un oficio.

La unidad administrativa selecciona los establecimientos para integrar el PAA con base en la disponibilidad de recursos humanos y un análisis de priorización de establecimientos a acreditar, y publica una versión preliminar del PAA en los primeros cinco días hábiles del mes de febrero de cada año en los medios que para este fin determine. Las autoridades responsables y responsables estatales de calidad pueden manifestar a la unidad administrativa sus observaciones y comentarios de la versión preliminar del PAA, debe ser por escrito de manera justificada y en un plazo de cinco días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de la publicación. La unidad administrativa difunde las modificaciones que realice mensualmente a través de los medios electrónicos de los que dispone.

Las autoridades responsables notifican a la unidad administrativa la inclusión, sustitución, modificación, reprogramación o cancelación de visitas programadas mediante oficio, en el que se justifiquen plenamente las causas de la cancelación. El oficio debe presentarse en un plazo no menor a veinte días hábiles antes de la fecha programada para la realización de la visita de acreditación, a fin de que ésta pueda ser reprogramada en el PAA del año de que se trate. Las solicitudes de reprogramación de visitas de evaluación también deben ser enviadas por las autoridades responsables, mediante oficio dirigido a la unidad administrativa, quien analiza y determina lo conducente. El resultado de este análisis proporciona la selección de establecimientos que integran el PAA, es decir, los destinatarios sujetos a evaluación con la posibilidad de ser acreditados.

Durante el procedimiento que se describe se mencionan plazos específicos para su realización y los documentos utilizados por lo que el Programa cumple con los incisos b) y c) de esta pregunta.

32. ¿El Pp cuenta con mecanismos para verificar el procedimiento para la selección de los destinatarios de los bienes y/o servicios que produce o entrega el Pp, están documentados y cumplen con las siguientes características?

- a) Consideran y se adaptan a las características de la población objetivo.
- b) Están estandarizados, son utilizados por todas las instancias involucradas en el procedimiento.
- c) Están sistematizados, la información se encuentre en bases de datos y disponible en un sistema informático.
- d) Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El mecanismo de verificación cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con mecanismos para verificar el procedimiento para la selección de los destinatarios de sus bienes y/o servicios, están documentados y cumplen con las cuatro características requeridas por la pregunta.

En el apartado 6.2 del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica se identifican los mecanismos que permiten verificar la selección de los destinatarios de los servicios que entrega el Programa. El oficio de entrega del PEA que recibe la unidad administrativa (DGCES) por parte de las autoridades responsables estatales, ya sea en entrega oportuna o extemporánea constituye el mecanismo de verificación de esta fase del procedimiento; al respecto se proporcionó como ejemplo de la evidencia documental el acuse de recibo y el Programa estatal de acreditación del estado de Hidalgo 2021 (DGCES/oficio y PEA HGO., 2021).

La publicación de la versión preliminar del PAA en sí misma representa un mecanismo de verificación de la selección de los establecimientos beneficiarios. El documento que contiene las observaciones y comentarios a la versión preliminar del PAA elaborado por las autoridades responsables y responsables estatales de calidad es un mecanismo de verificación de que se ha realizado la selección de beneficiarios; para este mecanismo se dispuso de la evidencia correspondiente al oficio que recibe la unidad administrativa con las solicitudes de inclusión, sustitución, modificación, reprogramación o cancelación de visitas programadas también constituye un mecanismo de verificación; este mecanismo se ejemplificó con la evidencia correspondiente al estado de Coahuila (DGCES/oficio modificaciones al DO, 2019). El PAA integrado en su versión modificada-actualizada representa un mecanismo de verificación de la selección de los beneficiarios.

Los mecanismos están enfocados a la PO y a sus características, están estandarizados al encontrarse en el Manual y éste es público al estar disponible en la página electrónica de la DGCES (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf), por lo que se cumplen los incisos a), b) y d) solicitados en la pregunta (DOF/Modificación MAESAM, 2019).

La versión preliminar y la versión final de PAA se encuentran en una base de datos por lo que el mecanismo cumple con la característica de sistematización; la evidencia consultada es el PAA 2020 en formato PDF, lista de variables y base de datos de establecimientos evaluados (SS/DGCES/PAA, 2020) (DGCES/Nota BD, 2021) (DGCES/BD EE, 2020).

d. Entrega de bienes y/o servicios

33. ¿El Pp cuenta con procedimientos para la entrega de los bienes y/o servicios, documentados y que cumplen con las siguientes características?

- Consideran y se adaptan a las características de la población objetivo.
- Identifican y definen plazos para cada procedimiento, así como datos de contacto para la atención al público.
- Presentan y describen los requisitos y formatos necesarios para el procedimiento.
- Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los procedimientos cuentan con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Los procedimientos para la entrega de los bienes y/o servicios que para el Programa corresponde a la acreditación de los establecimientos incluidos en el Programa Anual de Acreditación, están documentados y cumplen con las cuatro características requeridas por la pregunta.

El procedimiento de entrega de la acreditación a los establecimientos comprende desde la fase de evaluación hasta la elaboración del dictamen. La evaluación se lleva a cabo en las fechas establecidas en el PAA e inicia cuando las autoridades responsables estatales envían por oficio y de forma digital las cédulas de autoevaluación firmadas a la unidad administrativa (DGCES) dentro de los 15 días hábiles previos a la visita. La unidad administrativa confirma la visita mediante oficio de designación; en caso de que no reciba la documentación referida, cancelará la visita y podrán solicitar reprogramación para el siguiente año. De forma posterior, la unidad administrativa se presenta al establecimiento con oficio de visita de evaluación, da inicio al acto de apertura y levanta el acta correspondiente (Anexo 8.1 Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica), lleva a cabo las actividades relativas a la evaluación, realiza el cierre de la visita y levanta el acta correspondiente (Anexo 8.2) en el que se mencionan los hallazgos más relevantes (DOF/MAESAM, 2016) (DOF/Modificación MAESAM, 2019) (SS-DGCES/Flujograma MAESAM, 2019).

En un siguiente momento a la evaluación, el coordinador del equipo evaluador analiza la evidencia documental, elabora, integra y firma el informe de hallazgos. La unidad administrativa elabora el dictamen en un término no mayor a sesenta días hábiles contados a partir del día siguiente al que se levante el acta de cierre; emite el dictamen de acreditación, lo da a conocer a las autoridades responsables al día hábil siguiente de su emisión y les envía el documento de manera oficial en un plazo no mayor a treinta días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de su emisión, acompañado de constancia e informes.

El resultado del dictamen puede ser favorable o no favorable; en el segundo caso las autoridades responsables del establecimiento podrán solicitar nuevamente la evaluación a la unidad administrativa, para lo cual el responsable del establecimiento deberá elaborar un Plan de Contingencia que tiene como propósito identificar los problemas que impidieron la acreditación.

La descripción muestra que de los procedimientos consideran las características de la PO, mencionan plazos en las diferentes fases y la unidad administrativa es el contacto, refieren requisitos y formatos utilizados y son públicos al encontrarse en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica que se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf).

34. ¿El Pp cuenta con mecanismos para verificar los procedimientos para la entrega de los bienes y/o servicios del Pp, están documentados y cumplen con las siguientes características?

- a) Consideran y se adaptan a las características de la población objetivo.
- b) Están estandarizados, son utilizados por todas las instancias involucradas en el procedimiento.
- c) Están sistematizados, la información se encuentre en bases de datos y disponible en un sistema informático.
- d) Son públicos y accesibles a la población objetivo en un lenguaje claro, sencillo y conciso.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El mecanismo de verificación cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

El Programa cuenta con mecanismos de verificación de los procedimientos para la entrega de los bienes y/o servicios, están documentados y cumplen con las cuatro características requeridas por la pregunta.

Durante la fase de evaluación se identificaron documentos que constituyen mecanismos de verificación de la entrega de la acreditación a los establecimientos: el oficio de entrega de las cédulas de autoevaluación firmados por parte de las autoridades responsables a la unidad administrativa; el oficio de designación que presenta la unidad administrativa para confirmar la visita; el Anexo 8.1 Acta de Apertura que contiene datos como la identificación del establecimiento, fecha y hora de inicio, nombre del titular del establecimiento y nombre de la persona encargada de atender los requerimientos de la acreditación. También el Anexo 8.2 Acta de Cierre que incluye datos como la identificación del establecimiento, fecha y hora de término, y hechos relevantes. En el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica se verificó la existencia y contenido de los anexos mencionados que son los mecanismos que dan fe de la realización de la evaluación (DOF/MAESAM, 2016).

El dictamen emitido por la unidad administrativa y la constancia entregada a las autoridades responsables representan mecanismos de verificación de la entrega del servicio.

Los mecanismos referidos consideran las características de la PO, están estandarizados al estar integrados en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica y se consideran públicos al encontrarse disponible en la página electrónica de la DGCEs (a), b), d)) (http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2019_modificacion_manual_acreditacion.pdf).

Los mecanismos de verificación se encuentran en archivos electrónicos, referidos por el Programa como plataforma de captura de las cédulas de autoevaluación de las unidades por acreditar, con lo que se conforman bases de datos que contienen los documentos identificados en el PAA y Autoevaluación, 2020. Por lo anterior, la pregunta cumple con el criterio de sistematización (DGCEs-DG/PAAA, 2020).

35. ¿Qué problemas identifican la(s) UR del Pp para la generación y/o entrega de los bienes y/o servicios dirigidos a la población objetivo?

Respuesta: No procede valoración cuantitativa.

En entrevista con personal servidor público de la unidad administrativa responsable (DGCES) del Pp G005 se comenta que uno de los problemas que enfrenta el Programa para la entrega de los servicios se relaciona con la limitación de cumplir, de forma adecuada, con la programación anual de metas. Esto es resultado de que las entidades federativas suelen retirar o posponer unidades de salud programadas con anterioridad, lo que ocasiona variaciones en la determinación y cumplimiento de metas en el PAA.

El proceso de programación se inicia con una primera etapa, en donde las secretarías estatales de salud o servicios estatales de salud realizan su programación de unidades de salud que van a evaluar en el ejercicio presupuestal correspondiente; elaboran su programa estatal de evaluación (PEA), y lo envían a la DGCES en los primeros días del enero; con el conjunto de PEA de las 32 entidades federativas, la unidad administrativa (DGCES) aplica criterios de priorización y elabora el Programa Anual de Acreditación (PAA).

Otro problema identificado durante la entrevista es el que los establecimientos por evaluarse no cuenten con los mecanismos financieros para realizar los ajustes de cumplimiento, en cuanto a la cantidad y el tiempo requerido, para adquirir los bienes, insumos o adecuaciones de infraestructura, que los responsables estatales identificaron y programaron con anticipación para cumplir con la acreditación. Lo anterior genera desajustes en la programación de metas.

Otro problema identificado por el personal responsable del Programa que afecta la generación y/o entrega de los servicios de acreditación de establecimientos de salud, es la insuficiencia de recursos humanos en el nivel federal para la coordinación de los procesos de evaluación en los estados. Adicional a esto, también se identificó que, en el último cuatrimestre del año, en general, se enfrenta una alta demanda de evaluaciones y no se cuenta con el personal suficiente para atenderla; para subsanar lo anterior se realizan, en la medida de lo posible, acciones de equilibrio de la demanda y solicitar apoyo de otras áreas de la DGCES para evitar posponer la visita de evaluación de los establecimientos programados.

36. ¿Los procedimientos para la generación de los bienes y/o servicios que entrega el Pp cumplen con las siguientes características?¹⁰

- a) Están estandarizados, son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo o institucional del Pp.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Los procedimientos cuentan con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Los procedimientos para la generación de los servicios que entrega el Pp G005 cumplen con las cuatro características valoradas en la pregunta: están estandarizados, ya que son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras; están sistematizados; son difundidos públicamente; y se apegan al documento normativo del Programa. Se identifica el área de oportunidad de la actualización a las nuevas condiciones de operación de los establecimientos de atención médica relacionados con el INSABI.

La generación de los bienes y/o servicios que entrega el Pp G005 se entiende como el conjunto de herramientas, acciones y mecanismos a través de los cuales se obtienen los servicios que serán entregados a los establecimientos beneficiarios del Programa. Una de las acciones previas para la obtención de los servicios del Pp G005 es la elaboración y actualización de las normas, lineamientos cédulas e instrumentos necesarios para la acreditación de los establecimientos públicos de atención médica; esto se ejecuta a través del procedimiento 121 del Manual de procedimientos de la DGCEs que tiene como propósito apoyar en la determinación de los lineamientos, normativa e instrumentos de rectoría para la auditoría y supervisión de servicios de alta especialidad y de los establecimientos de atención médica a fin de que sirvan de base para la mejora de la atención de los beneficiarios, en términos de calidad y seguridad para el usuario (SS-DGCEs/ MPDGCEs, 2016).

Otro mecanismo para la generación de bienes y servicios del Pp G005 es el que se refiere a la identificación de las competencias y necesidades del personal en los procesos que fortalecen la calidad y la seguridad de los servicios para su acreditación; esto se atiende con base en el procedimiento 122 del Manual de procedimientos que se refiere a “Determinar las necesidades de competencias, mediante la supervisión al personal directivo y operativo tanto de nivel federal como estatal, con la finalidad de que repercutan en la mejora de la capacidad, calidad y seguridad en los procesos de atención médica” (SS-DGCEs/ MPDGCEs, 2016) (DGCEs/oficio modificaciones al DO, 2019).

En este contexto, la elaboración y firma de los convenios específicos de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para el Programa apoyan la generación de los servicios, al cubrir los gastos del personal evaluador. Adicionalmente, se llevan a cabo reuniones regionales en las que se establecen acuerdos de prioridad, a efecto de capacitar a profesionales de la salud y directivos en la evaluación de la calidad desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada (DGCEs/Nota informativa, Operación, 2021). Los procedimientos del manual tienen fecha de elaboración en 2016, por lo que se recomienda actualizar los procedimientos a las disposiciones actuales de la orientación de la operación de los establecimientos de salud relacionadas con la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada planteada por el INSABI.

¹⁰ Estas acciones podrían entenderse como actividades de la MIR, en caso de que aplique.

37. ¿El Pp cuenta con mecanismos para verificar los procedimientos para la generación de bienes y/o servicios y estos cumplen con las siguientes características?

- a) Permiten identificar si las acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos o institucionales del Pp.
- b) Están estandarizados, son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por los operadores del Pp.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El mecanismo de verificación cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

En la revisión de evidencias documentales y en entrevistas con personal servidor público responsable de la operación del Programa se identifica que el Pp G005 cuenta con mecanismos de verificación de los procedimientos para la generación de bienes y/o servicios que permiten: identificar que las acciones se realizan acorde con su documento normativo; están estandarizados, ya que son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras; están sistematizados en la página electrónica de la DGCES; y son conocidos por los operadores del Programa.

En el procedimiento 121 para la elaboración y actualización de las normas, lineamientos cédulas e instrumentos necesarios para la acreditación de los establecimientos públicos de atención médica se describe la intervención de los ejecutores del Programa en las reuniones del grupo técnico; se analizan los lineamientos o instrumentos, se clasifica y ordena la información para la emisión de opiniones técnicas y se elabora un informe técnico para la dirección general y copias para los responsables de las áreas participantes, quedando registro en los minutarios del área responsable. Un producto de estas reuniones de trabajo es la actualización de las cédulas de autoevaluación que se encuentran disponibles en la página electrónica de la DGCES (SS y DGSS/Postulación G005, 2020).

Con relación a la identificación de las competencias y necesidades del personal en los procesos que fortalecen la calidad y la seguridad de los servicios para su acreditación, se dispone de un padrón de evaluadores que se integra y actualiza con las propuestas de candidatos que aportan las entidades federativas, después de que han cumplido con el requisito de capacitación. Los servicios de salud de las entidades federativas informan vía oficio a la DGCES para la incorporación al padrón nacional de evaluadores (SS y DGSSH/Evaluadores, 2020) (DGCES-DG/Solicitud de Padrón, 2020).

e. Mejora y simplificación regulatoria

38. ¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo o institucional del Pp se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar los procesos en beneficio de la población objetivo?

Respuesta: No procede valoración cuantitativa.

La mejora regulatoria es conducida por la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER) como “una política pública que consiste en la generación de normas claras, de trámites y servicios simplificados, así como de instituciones eficaces para su creación y aplicación, que se orienten a obtener el mayor valor posible de los recursos disponibles” (CONAMER, 2018). En este contexto, el Pp G005 por la naturaleza de sus funciones de regulación, control, evaluación, seguimiento y vigilancia de los establecimientos y servicios de atención médica para atender el problema que busca resolver, necesariamente requiere de la emisión de disposiciones jurídicas y normativas enfocadas a mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en los establecimientos de atención médica. De ahí que la mejora y simplificación regulatoria o de procesos cobra mayor relevancia para este Programa, por el tipo de funciones que desempeña.

Desde su creación, el Programa ha contado con documentos normativos o institucionales para establecer reglas claras de operación y funcionamiento para llevar a cabo la acreditación y/o reacreditación de los establecimientos de atención médica, que ha implicado el rediseño de los instrumentos de evaluación de gestión de la calidad contenidos en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica (Manual) (DOF/MAESAM, 2016) y su modificación de 2019. En esta modificación se introduce la autoevaluación inicial para las unidades médicas de primer nivel de atención enfocada hacia a un nuevo esquema de acreditación diferenciado de acuerdo con la complejidad de los servicios que prestan en estos establecimientos de salud. Esta acreditación se realiza a través de la cédula de evaluación para la acreditación para que los SESA dictaminen si es favorable o no la acreditación; significa una mejora y simplificación regulatoria del proceso que se refleja en una mayor eficiencia y eficacia para incrementar los servicios que proporciona el Programa (DOF/MAESAM, 2016) (DOF/Modificación MAESAM, 2019). Si bien se identificó la publicación de ambas versiones del Manual en el Catálogo Nacional “Trámites, servicios, inspecciones y regulaciones de todo México de la CONAMER”, no se contó con las evidencias documentales que ejemplifiquen los trámites realizados ante dicha instancia normativa para la modificación de 2019 (CONAMER, 2019).

Cabe mencionar que, durante la entrevista con el personal servidor público responsable del Programa, a la pregunta expresa de ¿qué modificaciones se requieren para adecuar el Manual dada la desaparición del Sistema de Protección Social en Salud y la creación del INSABI en 2019? se refirió que se encuentra en proceso de revisión de manera conjunta con el INSABI y se considera la opinión del Consejo de Salubridad General, a fin de adecuar el Manual; al respecto se mencionó que:

En el año 2020 [...] se hizo una actualización al Manual, la cual no ha llegado a su fin hasta la publicación, en virtud de que algunos ajustes se tendrían que hacer en esta propuesta; uno de los ajustes principales es que la calidad no se vea ligada al financiamiento [...]. Hay un manual en trámite, vamos con esta actualización, deslindando el tema de solamente CAUSES, sino un enfoque solamente de acreditación hospitalaria o acreditación ambulatoria, sin esta coyuntura financiera, pero al día de hoy no tenemos un documento público, estamos en ese trabajo y en esta adecuación de encontrar los alcances, no solamente de las instituciones que serían acreditadas, ya que la Ley hasta el momento sigue circunscribiendo la acreditación a la población sin seguridad social; es decir, igual a Salud; no hemos ampliado esta situación a todo el Sistema. Entonces lo que se ha trabajado con el INSABI al interior es una propuesta de un Modelo de Calidad y Seguridad que permita la evaluación en general, pero que no solamente atienda a las instituciones que tengan que ver con Salud. Estos dos documentos son los que se han trabajado a nivel interior en conjunto con el INSABI y pidiendo opinión, estamos trabajando un poquito con el Consejo [...] (ENCDEC).

Y a la pregunta de si ¿ya se presentaron a la CONAMER para realizar el trámite de mejora regulatoria? se refirió:

[...] no, todavía, porque el documento no se ha terminado, entonces no podríamos empezar los trámites hasta que el documento sea avalado por las diferentes autoridades (ENCDEC).

f. Presupuesto del Pp

39. ¿El Pp identifica y cuantifica los gastos que se realizan para generar los bienes y/o los servicios que ofrece, y cumplen con los siguientes criterios?

- Desglosa el presupuesto por capítulo de gasto y fuente de financiamiento.
- Presenta estimaciones presupuestarias en el corto plazo.
- Estima el gasto unitario, como gastos totales/población atendida.
- Existe coherencia entre los capítulos de gasto y las características de las actividades que realiza y los bienes y/o servicios que entrega.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Pp cuenta con:
3	Tres de los criterios de valoración.

El Pp G005 presenta su presupuesto por capítulo de gasto (Anexo 11). Su fuente de financiamiento son solo recursos fiscales. El gasto de operación en 2020 y 2021 representa 8.5 por ciento del presupuesto total. El presupuesto 2020 tiene desglose por partida presupuestal; 91.5 por ciento se destinó a la partida 43801 “Subsidios a Entidades Federativas y Municipios” que es “apoyo monetario”. El restante 8.5 por ciento fue destinado a 11 partidas presupuestales, de los capítulos 2000 y 3000; las más relevantes, que explican 55 por ciento de este 8.5 por ciento, fueron: Productos alimenticios para personal en instalaciones de la dependencia, arrendamiento de equipo y bienes informáticos, vestuario y uniformes. Del presupuesto original 2020, 97 por ciento corresponde a Gasto de Operación y 3.0 por ciento a gasto de mantenimiento, básicamente material eléctrico, materiales complementarios y otros materiales de construcción y reparación.¹¹

El Pp G005 presenta el presupuesto original de 2019, 2020 y 2021, así como una estimación del presupuesto 2022. En atención a lo requerido en los criterios que se valoran en esta pregunta, las estimaciones presupuestales 2023 a 2024 se han elaborado considerando dos supuestos: 1) El presupuesto mantiene la tasa de crecimiento anual similar a la observada en 2022, respecto al 2021 (2.26 por ciento para gastos de operación; 3.75 por ciento para subsidio) valores implícitos en las cifras que proporciona el Pp para 2022. 2) Se hace un número de visitas para acreditación de unidades médicas cuyo costo será similar al que tenga implícito el presupuesto que estimaron para 2022.

El Pp G005 no estima el gasto unitario. La unidad administrativa responsable del Pp manifestó durante la entrevista realizada que el costo de cada visita es variable, en función del tamaño de la unidad médica a visitar, pues no es lo mismo valorar una unidad de salud, con un consultorio, que un hospital. Sin embargo, dividir el presupuesto ejercido entre los 939 dictámenes de acreditación entregados en 2020 equivale a \$6,466.50 pesos por cada uno, con las reservas que este promedio pueda tener, al no reflejar cabalmente el esfuerzo necesario en cada unidad médica visitada.

El Pp G005 sí muestra coherencia entre los capítulos de gasto y las características de las actividades que realiza, toda vez que su operación es transferir recursos a las entidades federativas para que éstas puedan hacer el pago de los viáticos para las personas que van a hacer las visitas de acreditación de las unidades médicas, en la información aportada como evidencia, archivo hoja de cálculo denominado “G005 Presupuesto 2020-2021” (DGCES-CA, 2021).

¹¹ El Anexo 11 requiere hacer el análisis con el presupuesto original, pero conviene señalar que el presupuesto modificado (que es idéntico al ejercido) tuvo fuerte reducción respecto al autorizado, se redujo a \$6,053,266.96; equivale a 38 por ciento del presupuesto original.

40. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del Pp y qué proporción de su presupuesto total representa cada una de las fuentes?

No procede valoración cuantitativa.

De acuerdo con la evidencia documental proporcionada por la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, archivo hoja de cálculo denominado “G005 Presupuesto 2020-2021”. la operación del Programa se financia completamente con recursos fiscales (DGCEs-CA, 2021).

En este contexto, es relevante considerar que en reuniones de trabajo virtuales con personal de los servicios estatales de salud que participan en el Programa en tres entidades federativas, se refirió que los estados también aportan recursos propios para participar en los procesos de acreditación de los establecimientos, esencialmente, si no tienen firmados los convenios de colaboración. En consecuencia, para la concurrencia de recursos sería relevante integrar los recursos presupuestales que gasta cada servicio estatal de salud en los procesos de acreditación de los establecimientos.

De igual forma, cuando se analiza la eficacia presupuestal del Programa (cfr. Apartado de Características del Programa) se observa una eficacia de 100 por ciento; pero en 2020 se registra una variación muy relevante entre el presupuesto original y el modificado. Al respecto, tanto en reuniones con personal servidor público responsable del Programa como de las propias entidades federativas, se mencionó que dicha variación porcentual negativa (reducción) se podría explicar principalmente por dos situaciones que representan condicionantes que afectan el desempeño del Programa: la primera, que los estados cancelan evaluaciones porque gran parte de los establecimientos por evaluarse no cuentan con recursos financieros oportunos para adquirir los bienes, insumos o adecuaciones de infraestructura para cumplir con la acreditación/reacreditación; la segunda, que la radicación de los recursos a los estados se da en el tercer trimestre del año, lo que genera que no se ejerza de manera oportuna.

g. Sistematización de la información

41. ¿Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que opera el Pp cumplen con las siguientes características?

- a) Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información registrada.
- b) Tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables.
- c) Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente.
- d) Están integradas, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	El Pp cuenta con:
2	Dos de los criterios de valoración.

El Pp G005 dispone de dos sistemas de información que son bases de datos no sistematizadas y que cumplen con dos criterios: a) cuentan con fuentes de información confiables y c) proporcionan información al personal involucrado en el proceso. El Pp G005 suministra también un sistema de información que cumple con el criterio b) porque tiene establecida la periodicidad. Ningún sistema cumple con el criterio d) porque no están integradas. Al analizar los criterios que se valoran en esta pregunta en el contexto de la MIR, se observa que para el Componente A la evidencia que entregó el Programa son archivos en PDF por reunión regional; no hay evidencia de una base de datos sistematizada respecto de las reuniones y capacitaciones.

Para los Componentes B y C de la MIR, la DGCE integra el Programa Anual de Acreditación, el cual contiene: entidad federativa, nombre y número de la Jurisdicción, número y nombre del establecimiento CLUES, tipología, tipo de acreditación y fecha propuesta de visita de evaluación (DOF/MAESAM, 2016, pág. 10). Para difundir el estatus de acreditación, la DGCE publica en forma mensual la información de establecimientos y servicios acreditados, la cual está incorporada al CLUES que emite en conjunto con la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Con ello se actualiza mensualmente el reporte de acreditación de establecimientos en el siguiente enlace: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html.

Los Convenios Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el Carácter de Subsidios que comparten los Componentes B y C para llevar a cabo la acreditación y reacreditación, no están en una base de datos sistematizada. La evidencia que entregó el Pp son archivos en PDF por entidad federativa y año en que se firmaron (2017 a 2020), accesibles al público en el siguiente enlace: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/convenios_G005.html. Adicionalmente, de acuerdo con lo que señala el documento operativo del Pp G005 para 2021, debe existir un padrón de evaluadores que comparten los Componentes B y C, al que es posible ingresar sólo con nombre de usuario y clave de acceso, por lo que no fue posible verificar si es una base de datos sistematizada. Para el Componente D, en la ficha técnica del indicador de Actividad D 4 2.1, se señala como medio de verificación “Instrumentos normativos realizados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación” (DGCE/FT, 2021). No hay evidencia de que exista un sistema con información sistematizada respecto de estos instrumentos.

No se contó con evidencia que permita identificar los cambios realizados en los últimos tres años a los sistemas de información antes descritos. Como áreas de oportunidad se identifican: adoptar medidas que permitan sistematizar la información que utiliza el Pp G005 para su operación y que las bases sean integradas.

h. Transparencia y rendición de cuentas

42. ¿El Pp cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas a través de los cuales pone a disposición del público la información de, por lo menos, los temas que a continuación se señalan?

- Los documentos normativos y/u operativos del Pp.
- La información financiera sobre el presupuesto asignado, así como los informes del ejercicio trimestral del gasto.
- Los indicadores que permitan rendir cuentas de sus objetivos y resultados, así como las evaluaciones, estudios y encuestas financiados con recursos públicos;
- Listado de personas físicas o morales a quienes se les asigne recursos públicos.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	La información cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Con la evidencia proporcionada por la unidad administrativa y la búsqueda intencionada del equipo evaluador, se constató que el Pp G005 cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para hacer públicos sus documentos normativos y operativos, su información financiera sobre el presupuesto asignado y el ejercicio del gasto, los avances en sus indicadores de seguimiento del desempeño y el documento de la evaluación externa a la que fue sometida, así como el listado de los gobiernos estatales a los que la DGCES asigna recursos presupuestarios con carácter de subsidios para que los evaluadores lleven a cabo la acreditación y/o reacreditación de establecimientos de salud.

Los documentos normativos como lo son: el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios, los Criterios y Requisitos para la Reacreditación de los Establecimientos de Atención Médica Acreditados en el Periodo 2004 al 2012, así como los documentos operativos del Programa para los ejercicios 2018 a 2021 con sus respectivos formatos, son públicos porque se encuentran disponibles en la siguiente liga: <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>, y son oportunos porque están actualizados.

La información acerca del presupuesto asignado, los informes del ejercicio del gasto, así como los avances en los indicadores para medir el desempeño del Pp G005 son públicos; en la liga: <http://www.calidad.salud.gob.mx/>, se puede acceder a la página de transparencia del Gobierno de México, en la que se identifica la opción para los indicadores de programas presupuestarios de la Secretaría de Salud, la que conduce a la página de Transparencia Presupuestaria de la SHCP. Ahí se presenta la MIR, el avance en sus indicadores tanto del ejercicio fiscal actual como de los anteriores, la ED que se realizó al Programa en 2016 y el avance en los ASM; en consecuencia, la información es confiable, verificable y oportuna.

El Programa asigna recursos a los gobiernos estatales a través de los SESA o equivalentes para llevar a cabo las actividades de acreditación y reacreditación de establecimientos para la salud. Los convenios de colaboración que ha suscrito con dichos organismos de 2017 a 2020 se encuentran en el siguiente enlace: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/convenios_G005.html. Por lo tanto, la información es pública, confiable, verificable, veraz y oportuna.

En la Plataforma Nacional de Transparencia (<https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) es posible consultar las resoluciones respecto de los recursos de revisión interpuestos ante la Secretaría de Salud relacionados con el Pp G005 y su resolución.

43. ¿El Pp cuenta con mecanismos para fomentar los principios de gobierno abierto, la participación ciudadana, la accesibilidad y la innovación tecnológica?

- a) El Pp cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de información.
- b) El Pp establece mecanismos de participación ciudadana en procesos de toma de decisiones.
- c) El Pp promueve la generación, documentación y publicación de la información en formatos abiertos y accesibles.
- d) El Pp fomenta el uso de tecnologías de la información para garantizar la transparencia, el derecho de acceso a la información y su accesibilidad.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	La información cuenta con:
4	Cuatro de los criterios de valoración.

Se verificó que los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas bajo los que opera y se reportan resultados del Pp G005 aplican y son eficaces para fomentar los tres pilares fundamentales de gobierno abierto: transparencia, participación ciudadana y colaboración, con base en el Art. 57 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública que señala: la información publicada por los sujetos obligados, en el marco de la política de transparencia proactiva se difundirá en los medios y formatos que más convengan al público al que va dirigido (DOF/LGTAIP, 2021); y del Art. 2 Fracc. VI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública que determina: “son objetivos de la presente Ley [...] consolidar la apertura de las instituciones del Estado mexicano, mediante iniciativas de gobierno abierto, que mejoren la gestión pública a través de la difusión de la información en formatos abiertos y accesibles, así como la participación efectiva de la sociedad en la atención de los mismos” (DOF/LFTAIP, 2021).

El Programa cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de información del público en general, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, cuyo enlace se ubica en la página de la DGCEs (<http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>). Asimismo, dispone de una Contraloría Social conformada por comités integrados por evaluadores de los servicios estatales de salud (SESA) quienes, con base en la Guía Operativa para el Mecanismo de Contraloría Social del Programa, conforman la población por atender (referida como población beneficiaria) que reciben los subsidios para la acreditación de establecimientos (DGCEs/GOMCS, 2020, pág. 13). De esta forma, se fomenta y establecen acciones tendientes a informar a la ciudadanía; además de establecer programas de capacitación, consolidar espacios de comunicación gobierno-sociedad e implementar mecanismos directos de captación de quejas y denuncias (DGCEs/GOMCS, 2020, pág. 3). La instancia normativa es la DGCEs, quien da seguimiento a las actividades de capacitación, difusión y vigilancia que realiza cada instancia ejecutora (los SESA), por lo que ambas instancias se encuentran en constante colaboración durante la vigencia del convenio.

A través del registro de avances de los indicadores de gestión en la MIR, así como del informe de gasto del presupuesto por parte de la DGCEs se posibilita la rendición de cuentas con transparencia del Programa, toda vez que la información está disponible a la ciudadanía en la página de Transparencia Presupuestaria de la SHCP (cfr. respuesta 42).

En el Plan Estratégico 2021-2023 de la DGCEs se señala que las personas servidoras públicas deben privilegiar el principio de máxima publicidad de la información pública, atendiendo con diligencia los requerimientos de acceso a la información para promover un gobierno abierto (SS-DGCEs/PE, 2021, pág. 5). Además, en la página de la DGCEs se encuentra el enlace a la cuenta de twitter como muestra de accesibilidad a la ciudadanía mediante innovación tecnológica; no obstante, podría robustecerse con otras redes sociales.

Módulo 5. Percepción de la población atendida

44. ¿El Pp cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población atendida respecto al proceso de entrega de sus bienes y/o servicios, y cuenta con las siguientes características?

- a) Corresponden a las características de la población atendida.
- b) El instrumento es claro, directo y neutro, de manera que no se inducen las respuestas.
- c) Los resultados que arrojan son válidos y representativos.
- d) Los resultados se utilizan para mejorar la gestión del Pp.

Respuesta: No

Nivel	Criterios
	Los instrumentos cuentan con:
0	Ninguno de los criterios de valoración.

El Pp G005 cuenta con una Contraloría Social para incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación de las metas, acciones y aplicaciones para fomentar el uso transparente de los recursos otorgados a las entidades federativas en forma de subsidios para que éstas a través de los SESA lleven a cabo las visitas de acreditación. También existe una Cédula de Evaluación del Desempeño del Equipo de Evaluadores, que se solicita se responda por el responsable del establecimiento una vez finalizada la visita para la acreditación, con el fin de medir la capacidad de gestión, competencias y habilidades, valores y principios y el desempeño del equipo evaluador durante la visita (DOF/MAESAM, 2016, pág. 13).

No obstante, el equipo evaluador no obtuvo evidencia de un documento que defina la metodología para medir el grado de satisfacción de su población atendida (Anexo 12). En este contexto, se contó con la opinión del personal estatal entrevistado que mencionó que en la construcción de la medición de percepción de la satisfacción el personal a entrevistar debería de considerarse tanto el personal con funciones directivas en los establecimientos acreditados como el personal prestador de servicios; también se sugirió que se mida el grado de satisfacción del personal que desempeña la función de evaluador en los procesos de acreditación; fue común observar que en los estados entrevistados con relativa confianza se hacía el reconocimiento del personal de otros estados que les había apoyado en sus entidades federativas para la acreditación de sus establecimientos.

Módulo 6. Medición de resultados

45. ¿Por qué medios el Pp documenta sus avances en el logro de su objetivo central y su contribución a objetivos superiores?

- a) A partir del reporte de indicadores del Instrumento de Seguimiento del Desempeño (MIR, FID, otro).
- b) A partir de hallazgos de estudios o evaluaciones al Pp, sin considerar impacto.
- c) A partir de hallazgos de estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que muestran los efectos de programas similares.
- d) A partir de los hallazgos de evaluaciones de impacto al Pp.

No procede valoración cuantitativa.

En cumplimiento de la normatividad establecida por la SHCP, el Pp G005 documenta sus avances con base en la MIR que se actualiza de forma anual; así, la valoración de los avances del Programa medidos para el nivel de Propósito en la MIR se relaciona de forma directa con su objetivo central. El Pp G005 tiene como Propósito el que “Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud reducen la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica”; con base en este enunciado se infiere que el objetivo general (central) se relacionaría con el “reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica”. En consecuencia, al medirse y documentarse los avances de los indicadores de nivel de Propósito se estaría documentando la contribución de los objetivos superiores antes referidos (cfr. Preguntas 5 y 6).

Como áreas de oportunidad se identifican que el Pp G005 incluya en su planeación estratégica y en su programación anual de trabajo, la documentación de los avances programáticos y su contribución a los objetivos superiores, a través de medir: hallazgos de estudios o evaluaciones al Pp G005, incluyendo evaluaciones de impacto, así como de hallazgos de estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que muestran los efectos de programas similares.

En particular, si el Programa definiera como necesario el realizar una evaluación de impacto, de forma inicial, debería solicitar a la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP, la autorización para el estudio de factibilidad correspondiente.

46. ¿Cuál ha sido el resultado de los indicadores del Instrumento de Seguimiento del Desempeño en cuanto al logro del objetivo central y la contribución a objetivos superiores del Pp?

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	El Pp presenta resultados satisfactorios en el logro de su objetivo central y en su contribución a objetivos superiores.

Como ya se ha hecho referencia, la revisión de la MIR 2021 del Pp G005 (DGCES/MIR, 2021) identificó que se cuenta con once indicadores que miden el desempeño en todos sus niveles de objetivos: Actividad, Componente, Propósito y Fin (Cfr. Pregunta 10). Con la salvedad de la limitación de información para valorar el indicador de Fin con el cual “contribuye” el Programa, se mencionó que, en general, estos indicadores son claros, relevantes, económicos y adecuados. De igual forma, se valoró que dichos indicadores cuentan con información que permite determinar el grado en que se cumple con la documentación sobre sus medios de verificación y sobre la factibilidad de sus metas de acuerdo con la normatividad establecida (cfr. Preguntas 11 y 12).

De forma específica, el indicador que mide el objetivo general (central) del Programa es el correspondiente al nivel de Propósito, definido como “Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años”; la relevancia de este indicador se fundamenta en que aporta información sobre los niveles en que los establecimientos del Sistema Nacional de Salud reducen la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica y, además, es claro derivado de que el nombre asignado manifiesta los elementos que conforman tanto el numerador como el denominador para su cálculo. Es monitoreable fundamentado en que las fuentes de información (medios) se generan a partir de un sistema de información institucionalizado (cfr. Pregunta 10).

Los resultados obtenidos en 2020 son considerados como satisfactorios fundamentado en que se logró 100 por ciento de la meta establecida en una tasa de 28.11 de mortalidad intrahospitalaria por la causa de infarto agudo al miocardio a 30 días posteriores al ingreso a la unidad hospitalaria para personas mayores a 45 años de edad (Anexo 13).

47. ¿Qué porcentaje de los indicadores estratégicos y de gestión del instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp presentó un avance satisfactorio respecto de sus metas?

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Porcentaje de indicadores con un avance satisfactorio:
3	De 50% a 74.99%

El análisis se fundamenta en la revisión del comportamiento de los indicadores de los niveles de Propósito, Componentes y Actividades. Con base en la información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2020 se observó que solo 7 de los 10 indicadores factibles de valorar, tuvieron un logro satisfactorio ya que el cumplimiento de las metas se ubica en el rango de 85 por ciento a 115 por ciento; este rango se define en los TdR que norman la evaluación (Anexo 13). Los indicadores que deben ser revisados en su cumplimiento de metas se describen a continuación:

Es necesario revisar el cumplimiento de la meta del indicador de Actividad denominado “Porcentaje de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención” que superó la meta en relación a lo programado en 166 por ciento; derivado de que se realizaron cinco reuniones regionales en Morelos, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Campeche, en las cuales se realizó un taller específico sobre seguridad del paciente a partir de la identificación de riesgos para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), por parte de los Responsables Estatales de Calidad.

De igual forma, debe considerarse que el indicador de Componente “Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCE” cumplió con 50 por ciento de la meta. Se informó que, en el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se concluyeron los trabajos de revisión y actualización quinquenal de la NOM-005-SSA3-2020 en la cual se establecen los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; por lo que el pasado 9 de julio de 2020 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación. Cabe destacar que la NOM-003-SSA3-2016 para la Práctica de la Hemodiálisis ha concluido ya su proceso de revisión y actualización, por lo que se encuentra en proceso de publicación, razón por la cual no puede ser tomada en cuenta para este reporte; el cumplimiento de la meta se reporta como parcial.

El indicador de Actividad “Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica” reportó un cumplimiento de meta de 55.04 por ciento; este resultado debe ser revisado en su formulación y en su método de cálculo, sobre todo el establecimiento de su meta y su significado. Se informó que, derivado de la pandemia por el virus SARS CoV2, las entidades federativas realizaron ajustes en sus Programas Estatales de Acreditación 2020, lo que dio como resultado un incremento en la demanda de evaluación de establecimientos y la concentración de las actividades durante el último trimestre de 2020 y una disminución importante en el número de evaluaciones ya que los recursos se derivaron, de la acreditación a la atención a la pandemia. Al cierre de 2020 se cuenta con 939 dictámenes de acreditación, lo que representa un avance de 92.42 por ciento del total de evaluaciones incluidas en el Programa Anual de Acreditación 2020. Es importante mencionar que, de éstas, 593 corresponden al procedimiento de Acreditación inicial para el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en el primer nivel de atención referido en el numeral 6.1 en el Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica vigente.

48. ¿Las evaluaciones externas, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros estudios relevantes que permitan identificar hallazgos relacionados con el objetivo central del Pp y su contribución a objetivos superiores, cumplen con las siguientes características?

- La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación o efecto entre la situación actual de la población atendida y la intervención del Pp.
- Se compara la situación de la población atendida en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el bien y/o servicio por parte del Pp.
- La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los destinatarios del Pp.
- Los indicadores utilizados para medir el logro del objetivo central del Pp y su contribución a objetivos superiores son relevantes, es decir, proveen información valiosa sobre el objetivo que se quiere medir.

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
	Las evaluaciones, auditorías, informes o estudios cuentan con:
2	Dos de los criterios de valoración.

No se contó con evidencia documental proporcionada por el Programa sobre evaluaciones externas (diferente de la evaluación de diseño ya referida en preguntas anteriores), auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros estudios relevantes y/o recientes de los que haya sido sujeto de evaluación el Pp G005 que permita valorar la selección de la muestra utilizada para garantizar la representatividad de los resultados entre los destinatarios del Programa, así como para valorar la relevancia de los indicadores utilizados para medir el logro del objetivo central del Programa y su contribución a objetivos superiores.

En una búsqueda intencionada realizada por el equipo evaluador, se encontró la “Auditoría de Desempeño: 16-0-12100-07-0210”, realizada por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en 2016, y cuyo objetivo fue fiscalizar la regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica para verificar el cumplimiento de sus objetivos y metas (ASF/ADG005, 2016). La metodología utilizada en dicha auditoría corresponde con los criterios cuantitativos y cualitativos establecidos por la ASF para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2016, considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF 2011-2017 (ASF/ADG005, 2016). Entre los principales hallazgos de la auditoría destaca que para el 2016 la población potencial del Pp G005 era de 21,627 establecimientos del SNS, de los cuales se reportó que fueron acreditados 384 establecimientos; si bien no se hace explícito para cuántos de dichos establecimientos la acreditación se relacionó con los subsidios transferidos mediante el Programa G005, es válido suponer el hecho de que contar con los establecimientos acreditados, sí constituye una contribución a los objetivos del Programa.

49. ¿Cuáles son los principales resultados relacionados con el objetivo central del Pp y su contribución a objetivos superiores reportados por las evaluaciones externas, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros estudios relevantes del Pp?

Respuesta: No procede valoración cuantitativa.

En la auditoría “Auditoría de Desempeño: 16-0-12100-07-0210” realizada por la Auditoría Superior de la Federación en 2016, e identificada por el equipo evaluador se encontró que el objetivo del Pp G005, el cual es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos del SNS, constituye un medio para garantizar servicios de salud con calidad y seguridad a los pacientes (ASF/ADG005, 2016), de esta manera el objetivo del Programa está alineado con objetivos superiores de los planes nacionales de desarrollo y programas sectoriales de salud.

No se contó con información adicional sobre evaluaciones externas (diferente de la evaluación de diseño ya referida en preguntas anteriores) u otros tipos de informes que pudieran referir el grado de contribución del Programa a los objetivos programáticos superiores con los que se relaciona.

50. En caso de que el Pp cuente con evaluaciones de impacto, incluyendo auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes u otros estudios de impacto relevantes, o bien, se identifiquen estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestren impacto de programas similares ¿estas evaluaciones cumplen con las siguientes características?

- a) La metodología aplicada es robusta y consistente con las características del diseño y operación del Pp y a la información disponible.
- b) Se compara un grupo de la población atendida con otro de la población no atendida de características similares (contrafactual).
- c) Se utiliza información que permite comparar al menos dos momentos en el tiempo, antes y después de la intervención del Pp.
- d) El método de construcción de la muestra garantiza la validez y representatividad de los resultados.

Respuesta: No aplica.

Nivel	Criterios
	Las evaluaciones, informes o estudios de impacto cuentan con:

Entre las evidencias revisadas, no se identificaron evaluaciones o estudios similares (incluyendo auditorías al desempeño) que valoren el impacto del Programa en la atención del problema de salud que se buscar atender.

En relación con la normativa establecida para que los programas presupuestarios evalúen el impacto de sus intervenciones (SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos, 2007), es relevante considerar que no todos los programas cuentan con las condiciones necesarias en términos de información sobre poblaciones atendidas y no atendidas o de mediciones antes y después de la intervención. Por ello, es recomendable que todo programa que pretenda desarrollar una evaluación de impacto debe previamente desarrollar un análisis de factibilidad y enviarla para su aprobación por el área normativa que corresponda. Para el Programa, la importancia de la evaluación de impacto radica en la medición de los efectos netos sobre la población, cuyos resultados permitan obtener conclusiones importantes acerca de la eficacia de éste para resolver el problema por atender.

Adicionalmente a lo anterior, si se decidiera establecer una línea base para, en el mediano plazo, llevar a cabo una evaluación de impacto, la literatura sugiere la metodología cualitativa, cuantitativa o la combinación de ambas, de acuerdo con las particularidades del Programa, siempre teniendo claro que lo indispensable es evaluar si los efectos son atribuibles a la intervención del Programa.

51. ¿Cuáles son los principales resultados de las evaluaciones de impacto, incluyendo auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes u otros estudios de impacto relevantes, o bien, estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestren impacto de programas similares?

Respuesta: No aplica.

Nivel	Criterios

El Pp G005 no cuenta con evaluaciones de impacto, incluyendo auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes u otros estudios de impacto relevantes, o bien, estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestren impacto de programas similares.

Si bien el resultado final esperado para toda acción gubernamental es la creación de valor público definido como la mejora de las condiciones en las que vive la población, es claro que este principio aplica de una forma diferenciada para el Programa.

De forma adicional, con base en la revisión de la normativa institucional para llevar a cabo evaluaciones de impacto de programas presupuestarios, no se identificó lineamiento alguno que, en el marco de la política pública del país, sea la referencia que oriente a los programas presupuestarios para diseñar o adecuar sus intervenciones-experimentos con la visión de que en el mediano o largo plazos sea factible (ya es obligatorio) la ejecución de este tipo de estudios.

De igual forma, se requiere definir las condiciones en las que un programa presupuestario debe ser sujeto a las evaluaciones de impacto; en la actualidad la normativa obliga a que toda intervención pública muestre los resultados obtenidos incluyendo el impacto. Adicionalmente, también debe considerarse que en función de la complejidad de un problema social por resolver, su atención podría no ser responsabilidad de un solo programa presupuestario sino de una política pública, en su conjunto.

Comparación con ECR anteriores

Este apartado no le aplica al Pp G005, dado que no existen evaluaciones de consistencia y resultados previas.

Conclusiones

El Programa G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica se creó en 2016 con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica mediante la supervisión y evaluación de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.¹² Está a cargo de la DGCES y es modalidad presupuestaria G, que se asigna a los programas presupuestarios cuyas actividades están destinadas a la reglamentación, verificación e inspección de las actividades económicas y de los agentes de los sectores privado, social y público.

La Evaluación de Consistencia y Resultados realizada al Pp G005, identificó que se trata de un Programa bien estructurado y operado, con áreas de oportunidad factibles de atenderse en un mediano plazo y que contribuirían a su consolidación.

En relación con el diseño del Programa, se observó que se centra en la responsabilidad de la acreditación de establecimientos de salud; los elementos programáticos definidos tienen una vinculación congruente con la planeación sectorial y nacional e identifica, define y cuantifica sus poblaciones potencial y atendida. No obstante, se identifican tres áreas de mejora principales: la primera, relacionada con la revisión del planteamiento del problema que busca revolver. Esto se deriva de que actualmente se observa la alta responsabilidad que se confiere al Programa al plantearse el hecho de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la prestación de servicios de atención médica; es claro que esta problemática no depende exclusivamente de que los establecimientos de atención médica sean acreditados, esencia del Pp G005. En este contexto se tiene la oportunidad de que anualmente debe actualizarse la Matriz de Indicadores para Resultados; la recomendación es revisar el problema central que se pretende atender y a partir de dicha re-definición se redimensionaría el Resumen Narrativo de la MIR, re-valorando los bienes y servicios que actualmente se proporcionan. Es el caso de que en la MIR actual se incluye a nivel de Componente *la evaluación de establecimientos* y éste tiene como Actividad la *acreditación de establecimientos*. Dado lo observado en los principales procesos que se ejecutan en la operación del Programa, se considera pertinente que la Actividad de *acreditación* sea redimensionada a nivel de Componente, por ser una función medular del Programa. La segunda área de mejora está relacionada con la necesidad de precisar y actualizar las definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida de manera homogénea en los distintos documentos normativos del Programa. Y, la tercera, derivada de la importancia de complementar su Diagnóstico con los elementos ya referidos.

La planeación estratégica y orientación a resultados del Programa se valora en función de tres ejes: los instrumentos de planeación que utiliza; los medios que implementa para la generación y el uso de la información del desempeño y, los aspectos de mejora que atiende hacia una gestión más eficiente. Se concluye que la planeación del Pp G005 está contenida en el Plan Estratégico de la DGCES y que se cuenta con indicadores de desempeño; la visión estratégica tiene como referencia el periodo 2021-2023 que implica un escenario de corto y mediano plazos; de igual forma, se dispone de programas anuales de trabajo (PAT) que, junto con el seguimiento a los resultados de los indicadores de la MIR, definen las actividades específicas de la institución y contribuyen a la generación de información con base en la cual se mide el desempeño del Programa y, esta información se genera de forma oportuna y confiable. Las principales áreas de mejora se relacionan con la institucionalización de un procedimiento para la elaboración del plan estratégico, ampliar su horizonte de acción hacia el largo plazo y hacer explícita su vinculación con los objetivos del PND y el PSS. También se observó que el Pp G005 tuvo una evaluación de diseño previa que identificó debilidades y que éstas las tradujo en aspectos susceptibles de mejora (ASM), mismos que han sido objeto de atención por la DGCES en los últimos cinco años, lo que ha permitido que estén resueltos, prácticamente, en su totalidad. Los principales resultados de los ASM se han incorporado en las actualizaciones que se han hecho al documento de diagnóstico del Programa.

¹² En las evidencias documentales entregadas para la evaluación no se identificó de forma explícita dicho objetivo, por lo que INSAD infirió el propósito del Programa.

En relación con la cobertura, si bien el Programa en un inicio se focalizó a los establecimientos que por ley deberían de estar sujetos a la acreditación o reacreditación, en la actualidad una importante mejora es ampliar la visión de cobertura e incluir a todos los establecimientos que atienden a la población sin seguridad social; es darle al Programa la mirada hacia el Sistema Nacional de Salud. La principal conclusión es que el Pp G005 se caracteriza por una adecuada cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo en los últimos años que le permitiría contar con la base para determinar escenarios de atención de corto, mediano y largo plazos que materialice la estrategia de cobertura que hoy se identifica bajo un arreglo institucional informal. Esta mejora requiere de revisar la metodología de cuantificación categorizando los establecimientos en acreditados y pendientes de acreditar; programados y realizados anualmente separando las de acreditación y reacreditación; en este contexto, es necesario precisar el mecanismo de cuantificación de la población atendida con sus variantes observadas. Resultaría evidente señalar que la estrategia de cobertura debe construirse con la participación y consenso de los servicios estatales de salud, asumiendo compromisos de carácter presupuestal tanto del ámbito de responsabilidad del Programa como de las propias entidades federativas.

La principal conclusión en materia de operación es que los procesos que se ejecutan contribuyen a una adecuada implementación del Programa y que son esenciales en darle consistencia y orientación hacia la obtención de resultados. Se cuenta con procedimientos adecuados para atender, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicio, así como para seleccionar destinatarios y para la entrega de sus servicios. Los procedimientos están documentados, estandarizados y sistematizados en su mayoría, lo que es una fortaleza del Programa. La disponibilidad de estos procedimientos le permiten monitorear, evaluar y programar sus acciones. No obstante, uno de los problemas para la entrega de servicios es que la programación anual de metas depende de la programación estatal de evaluación y ésta refleja en varias entidades federativas la insuficiencia de recursos humanos para la coordinación de los procesos de evaluación. Como área de mejora se identifica actualizar los procedimientos a las disposiciones actuales de la orientación de la operación de los establecimientos de salud relacionadas con la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada planteada por el INSABI.

Para 2020 el presupuesto autorizado fue de \$15.7 millones de pesos (mdp); el modificado fue de \$6.5 mdp; y, el ejercido fue de \$6.5 mdp. La modificación de esta magnitud se debió principalmente a dos situaciones que representan condicionantes que afectan el desempeño del Programa: la primera, que los estados cancelan evaluaciones porque los establecimientos por evaluarse no cuentan con recursos financieros oportunos para adquirir los bienes, insumos o adecuaciones de infraestructura para cumplir con la acreditación/reacreditación; la segunda, que la radicación de los recursos a los estados se da en el tercer trimestre del año, lo que genera que no se ejerza de manera oportuna. Incluso en las entrevistas a los responsables de calidad de los servicios estatales de salud se identificó que, a pesar de no contar con un convenio firmado con la DGCES para ser beneficiarios de los subsidios, continúan su proceso de acreditación y reacreditación financiado con recursos de los gobiernos estatales, situación que refleja que los servicios estatales de salud, al menos en los tres estados entrevistados se han apropiado del proceso.

El Programa dispone de sistemas de información con fuentes confiables, actualizadas e integrales que utiliza el personal involucrado con los diferentes procesos; sin embargo, se encontró que sólo la base de datos de establecimientos evaluados es automatizada. Cuenta también con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para hacer públicos documentos normativos y operativos, información financiera, avances en indicadores, y beneficiarios de subsidios para acreditación y/o reacreditación de establecimientos de salud, que son eficaces para fomentar las estrategias de los principios de gobierno abierto de la Administración Pública Federal.

En cuanto al módulo de percepción de la población atendida (PA), a pesar de que el Programa cuenta con una Contraloría Social para fomentar el uso transparente de los subsidios otorgados a los gobiernos estatales, a través de los servicios estatales de salud, y dispone de una cédula de evaluación que responden los responsables de los establecimientos de salud al finalizar las visitas de acreditación, carece de instrumentos para conocer y

monitorear la satisfacción de la PA de manera directa, que podría complementar con resultados de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno de la Secretaría de Salud dirigida a los usuarios de los establecimientos de atención médica como su población objetivo indirecta. En el mismo orden de estas conclusiones se contó con la opinión del personal estatal entrevistado que mencionó que en la medición de percepción de la satisfacción el personal a entrevistar debería de ser tanto el personal con funciones directivas en los establecimientos acreditados como el personal prestador de servicios; también se sugirió que se mida el grado de satisfacción del personal que desempeña la función de evaluador en los procesos de acreditación; fue común observar que en los estados entrevistados con relativa confianza se hacía el reconocimiento del personal de otros estados que les había apoyado en sus entidades federativas para la acreditación de sus establecimientos.

En cuanto a la medición de resultados del Programa se concluye que dicha medición se documenta con base en los indicadores de la MIR y evaluaciones externas que no son de impacto. Por lo que se refiere a los resultados del avance de los indicadores de la MIR, se observó un buen desempeño en el cumplimiento de las metas establecidas; 7 de los 10 indicadores factibles de valorar tuvieron un logro satisfactorio. De manera particular, el indicador de Propósito tuvo en 2020 un resultado satisfactorio, toda vez que se logró 100 por ciento de la meta establecida en una tasa de 28.11 de mortalidad intrahospitalaria por la causa de infarto agudo al miocardio a 30 días posteriores al ingreso a la unidad hospitalaria para personas mayores a los 45 años de edad. La relevancia de este indicador se fundamenta en que aporta información sobre los niveles en que los establecimientos del Sistema Nacional de Salud reducen la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica. Como área de mejora se identifica definir en su planeación estratégica escenarios de mediano y largo plazos. Una conclusión relevante no para el ámbito del Programa en sí mismo, es que no se identificó lineamiento normativo alguno que, en el marco de la política pública del país, sea la referencia que oriente a los programas presupuestarios para diseñar o adecuar sus intervenciones-experimentos con la visión de que en el mediano o largo plazos sea factible (ya es obligatorio) la ejecución de evaluaciones de impacto.

Como conclusión global de la evaluación, la consistencia y orientación a resultados del Programa son adecuadas, con algunas áreas de mejora. La valoración global registra 114 puntos de un máximo de 136 que significa un valor categórico de 8.4 de 10; este valor sitúa al Programa en una categoría ordinal sobresaliente que refleja áreas de oportunidad para mejorar su diseño y orientar de forma más eficiente la gestión a resultados; estas áreas de mejora son: revisar la problemática que pretende atender el Programa y la lógica de la narrativa de la MIR; institucionalizar la planeación estratégica; formular una estrategia de cobertura que redimensione su focalización hacia la totalidad de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como determinar y aplicar la metodología para la medición de la satisfacción de su población atendida directa y de su población objetivo indirecta, lo que permitirá que el Programa G005 se consolide como un medio para garantizar servicios de salud con calidad y seguridad para el paciente.

Bibliografía

- CONAMER. (9 de Abril de 2018). *¿Qué es la Mejora Regulatoria?* Recuperado el 14 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/conamer/acciones-y-programas/que-es-la-mejora-regulatoria>
- CONAMER. (22 de Agosto de 2019). *Catálogo Nacional de Trámites, servicios, inspecciones y regulaciones de todo México*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica: <https://catalogonacional.gob.mx/FichaRegulacion?regulacionId=114242>
- CONEVAL/EDDS. (Noviembre de 2018). *estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2021, de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- CONEVAL/GELM. (2019). *Guía para el establecimiento y cálculo de Líneas base y Metas*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021
- CONEVAL/Inventario. (2019). *Inventario Coneval de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>
- CSG. (s.f.). *CSG. Consejo de Salubridad General. Certificación*. Recuperado el 07 de Diciembre de 2021, de <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/sinaceam.html>
- ASF/ADG005. (2016). *Secretaría de Salud. Regulación y Vigilancia en la Atención Médica. Auditoría de Desempeño: 16-0-12100-07-0210*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2016i/Documentos/Auditorias/2016_0210_a.pdf
- DDGCES/FT. (2021). Fichas técnicas de los 11 indicadores de la MIR 2021.
- DGCES-CA. (2021). Recursos Financieros 2020-2021. *Archivo de excel proporcionado por el Pp*. México, Ciudad de México, México.
- DGCES. (7 de Febrero de 2018). *Gobierno de México. Salud. Atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)*. Obtenido de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/atribuciones_dgces.html
- DGCES. (2021). *Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)*. Recuperado el 05 de Noviembre de 2021, de <http://www.calidad.salud.gob.mx/>
- DGCES/AP. (s.f.). Árbol de Problemas G005. *Presentación de Power Point*.
- DGCES/BD EE. (2020). Base de datos de establecimientos evaluados. México, México. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021
- DGCES/DOP. (2021). Documento Operativo del Programa Presupuestario G005 "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica para el Ejercicio 2021".
- DGCES/FT. (2021). Fichas Técnicas de Indicadores del Desempeño del G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
- DGCES/GOMCS. (2020). Guía Operativa para el mecanismo de Contraloría Social del Programa Presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005.

- DGCES/MIR. (2021). Matriz de Indicadores para Resultados del Pp G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
- DGCES/NASM. (Septiembre de 2017). *Nota de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones al programa presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2021, de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/asm_filtro.html
- DGCES/Nota BD. (16 de Noviembre de 2021). Nota informativa. Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005. México, México.
- DGCES/Nota informativa, Operación. (16 de noviembre de 2021). *Operación del Programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005*.
- DGCES/oficio modificaciones al DO. (06 de diciembre de 2019). Modificaciones al documento Operativo G005, 2019, oficio 02077, 6 de diciembre de 2019.
- DGCES/oficio y PEA HGO. (27 de enero de 2021). acuse de recibo del Programa Estatal de Acreditación del estado de Hidalgo 2021.
- DGCES/Presentación G005. (28 de Octubre de 2021). Presentación del Programa Presupuestal G005 "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica".
- DGCES-DG/Oficio DO G005. (31 de agosto de 2021). *Documento operativo G005, 2021 a Secretaría de Salud y DGSS de Aguascalientes, cumplimiento de criterios de elegibilidad*.
- DGCES-DG/PAAA. (15 de enero de 2020). Anual de Acreditación y Autoevaluación, 2020, oficio DGCES-DG 0052.
- DGCES-DG/Solicitud de Padrón. (03 de marzo de 2020). *Oficio 0260 DGCES-DG Solicitud de Padrón de evaluadores a SS y DGISSEA*.
- DGED. (2021). *Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). Aspectos Susceptibles de Mejora*. Recuperado el 05 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/salud/documentos/mecanismos-aspectos-susceptibles-de-mejora-asm?state=published>
- DGED/ASM. (2016-2017). *Dirección General de Evaluación del Desempeño*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2021, de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM): http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/asm_filtro.html
- DOF-CSG/AAESP. (08 de Septiembre de 2017). *ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Recuperado el 07 de Diciembre de 2021, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
- DOF/LFTAIP. (20 de 05 de 2021). Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- DOF/LGTAIP. (20 de 05 de 2021). Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- DOF/MAESAM. (06 de 12 de 2016). Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 6 de diciembre de 2016.
- DOF/Modificación MAESAM. (22 de Agosto de 2019). *Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2021, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5570123&fecha=22/08/2019
- DOF/PIB. (21 de 12 de 2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar.
- DOF/PSS. (17 de Agosto de 2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

- DOF/RISS. (19 de Enero de 2004). *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Última reforma DOF 7-02-2018*. Recuperado el 05 de Noviembre de 2021, de https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf
- ILPES/Boletín 15. (30 de Octubre de 2004). Metodología de Marco Lógico. Santiago, Chile.
- ONU-CDESC/OG14. (12 de Mayo de 2000). Recuperado el 14 de Noviembre de 2021, de Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales): https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/2000/4&Lang=sp
- Presidencia de la República. (2016). *Iniciativa de Decreto por el que reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/87567/CONAMED-COFEPRIS.pdf>
- SHCP-CONEVAL/LMIRROP. (27 de Junio de 2019). *Lineamientos para la Vinculación de la Matriz de Indicadores para Resultados y las Reglas de Operación de los Programas Presupuestarios*. Recuperado el 05 de Noviembre de 2021, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/483178/Lineamientos_vinculacion_MIR_ROP.pdf
- SHCP-CONEVAL/DPP. (29 de Agosto de 2019). *Aspectos a considerar para la elaboración del diagnóstico de los programas presupuestarios de nueva creación o con cambios sustanciales que se propongan incluir en la Estructura Programática del Presupuesto de Egresos de la Federación*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541072/Oficio_No._419-A-19-0788_VQZ.SE.164.19.pdf
- SHCP-CONEVAL/PAE. (28 de Abril de 2020). *Programa Anual de Evaluación de los Programas Presupuestarios y Políticas Públicas de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2020*. Recuperado el 15 de Octubre de 2021, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/549882/PAE_2020.pdf.
- SHCP-CONEVAL-SFP/MASM. (08 de Marzo de 2011). *Mecanismo para el seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/shcp/documentos/mecanismo-para-el-seguimiento-a-los-aspectos-susceptibles-de-mejora>
- SHCP. (2020). *Base de Datos. Alineación de Estructuras Programáticas 2020*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#datos>.
- SHCP/CP 2016. (2017). *Cuenta Pública 2016. Gasto por Categoría Programática 12 Salud*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2016/tomo/III/Print.R12.04.GCPGF.pdf
- SHCP/CP 2017. (2018). *Cuenta Pública 2017. Gasto por Categoría Programática 12 Salud*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2017/tomo/III/Print.R12.04.GCPGF.pdf>
- SHCP/CP 2018. (2019). *Cuenta Pública 2018. Gasto por Categoría Programática 12 Salud*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2018/tomo/III/Print.R12.04.GCPGF.pdf>
- SHCP/CP 2019. (2020). *Cuenta Pública 2019. Gasto por Categoría Programática 12 Salud*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2019/tomo/III/Print.R12.04.GCPGF.pdf>

- SHCP/CP 2020. (2021). *Cuenta Pública 2020. Gasto por Categoría Programática 12 Salud*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2020/tomo/III/Print.R12.04.GCPGF.pdf>
- SHCP/CPp. (15 de Agosto de 2019). *Oficio no. 307-A./1990. Manual de Programación y Presupuesto 2020. Anexo 2. Clasificación del Programas Presupuestarios (Pp's)*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021
- SHCP/ALPPP. (Junio de 2020). *Anexo 1 de los Lineamientos para el Proceso de Programación y Presupuesto para 2021*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2021, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/556729/ANEXO_1_Vinculacion_de_las_Estructuras_Programaticas_con_el_PND_2019-2024_y_sus_Programas.pdf
- SHCP/AIPPAPFCP. (2019). *Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. Cuenta Pública 2019*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2021, de https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/Informacion_Programatica-2019
- SHCP/AIPPAPFCP. (2020). *Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. Cuenta Pública 2020*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2021, de https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/Informacion_Programatica-2020
- SHCP/EP. (Junio de 2015). *Estructura Programática a Emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2016*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23986/1_Estructura_programatica_2016.pdf
- SHCP/Guía Indicadores. (14 de Octubre de 2016). *Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>
- SHCP/Guía MIR. (14 de Octubre de 2016). *Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados>
- SHCP/TP. (2021). *Transparencia Presupuestaria. Observatorio del Gasto. Programas*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2021, de <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#consultas>
- SHCP/TP FP012. (2021). *Ficha del Programa Presupuestario P012 Rectoría en Salud*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12P012>.
- SHCP/TP FPG005. (2021). *Ficha del Programa Presupuestario G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12G005>.
- SHCP/TP FS202. (2021). *Transparencia Presupuestaria. Observatorio del Gasto. Ficha del Programa Presupuestario S202 Calidad de la Atención Médica*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12S202>
- SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos. (30 de Marzo de 2007). *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://www.gob.mx/shcp/documentos/lineamientos-generales-para-la-evaluacion-de-los-programas-federales-de-la-administracion-publica-federal-74200>.

- SS y DGSS/Postulación G005. (26 de agosto de 2020). *oficio 000496, Postulación para el Programa G005, Secretaría de salud y DGSS Hidalgo. 26 agosto de 2020.*
- SS y DGSSH/Evaluadores. (26 de agosto de 2020). *oficio 000496, Evaluadores Programa G005, Secretaría de salud y DGSS Hidalgo. .*
- SS/Convocatoria. (15 de Octubre de 2021). Invitación a Cuando Menos Tres Personas Nacional Electrónica IA-012000991-E272-2021. Servicio para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
- SS/ADTASM. (2017-2018). Avance al Documento de Trabajo: G-005-Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica.
- SS/DGCES DO. (01 de enero de 2017). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
- SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2018). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
- SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2019). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
- SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2021). *Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.*
- SS/DGCES MAESAM. (06 de 12 de 2016). Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 6 de diciembre de 2016.
- SS/DGCES/PAA. (2020). *Programa Anual de Acreditación 2020.* Recuperado el 5 de Noviembre de 2021, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2020_programa_anual_acreditacion.pdf
- SS/DGIS CLUES. (27 de 12 de 2012). Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud. Diario Oficial de la Federación. México.
- SS/RI. (19 de Enero de 2004). *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Última reforma DOF 7-02-2018.* Recuperado el 12 de Noviembre de 2021, de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/reglamentos/Reglamento_Interno_Secretaria_Salud-DOF_7-02-2018.pdf
- SS/ROP S202. (29 de Diciembre de 2020). *Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2021.* Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/ro_programa_calidad2021.pdf
- SS/VPND-ODS. (2021). Base de Datos. Vinculación de la Secretaría de Salud con el PND y los ODS.
- SS-DGCES/ MPDGCES. (2016). *Manual de procedimientos de la dirección general de calidad y educación en salud.*
- SS-DGCES/Diagnóstico. (Julio de 2015). *Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.* Recuperado el 06 de Noviembre de 2021
- SS-DGCES/Diagnóstico. (Septiembre de 2018). Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
- SS-DGCES/DO. (2020). Documento Operativo del Programa de Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2020.







































































































- SS-DGCES/Flujograma MAESAM. (2019). *Diagrama de flujo. Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*, publicado en el DOF el 06/12/2016, modificado el 22/08/2019. Obtenido de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/flujograma_manual_acreditacion.pdf
- SS-DGCES/PAT. (2020). Programa Anual de Trabajo PAT 2021. Recuperado el 6 de Noviembre de 2021
- SS-DGCES/PE. (2021). Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Plan Estratégico 2021-2023. México.
- SS-DGECS. (Diciembre de 2017). 147. Procedimiento para la Integración del Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- SS-DGED/TdR. (Octubre de 2021). Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
- SS-DGPyP/EPI. (30 de Septiembre de 2020). Anteproyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2021. Estructura Programática Individual. Sin fuente. Recuperado el 5 de Noviembre de 2021
- SS-INSP/EESUHCAUSES. (2018). Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES. México.
- UAM/-INSP/SICS. (2014). Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. México.
- UNAM/ED P012. (2016). *Evaluación de Diseño. Programa presupuestario P12 "Rectoría en Salud"*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2021, de <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/programas/sed/evaluaciones/2016/12p012phdi16.pdf>

Anexos Oficiales

Anexo 1. Alineación a objetivos de la planeación nacional				
Clave y nombre del Pp:	G005 - Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica			
Objetivo central del Pp evaluado:	Los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran baja morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica.			
Instrucciones:				
<p>a) Registrar la alineación del objetivo central del Pp al objetivo prioritario y hasta tres estrategias prioritarias de los programas sectoriales o institucionales, según corresponda, derivados del PND vigente, e incorporar una breve argumentación sobre la contribución del Pp en la consecución del objetivo y estrategias prioritarias identificadas, así como la valoración de la instancia evaluadora sobre la pertinencia de dicha alineación.</p> <p>b) En caso de identificar áreas de mejora en la alineación establecida por el Pp, la instancia evaluadora registrará su propuesta incorporando la argumentación y valoración correspondiente.</p> <p>c) Adicionalmente, la instancia evaluadora podrá identificar la contribución del objetivo central del Pp al logro de un objetivo prioritario y hasta tres estrategias prioritarias de los programas especiales y regionales derivados del PND vigente.</p>				
a) Valoración de la alineación establecida				
Programa derivado	Objetivo prioritario	Estrategia prioritaria	Contribución del Pp	Valoración
Programa Sectorial de Salud 2020-2024	2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.	2.3 Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.	El Pp G005 contribuye a incrementar la eficiencia y calidad de los procesos del SNS, mediante acciones de vigilancia, regulación, reglamentación, estandarización de la calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud adscritos al SNS.	La alineación del Pp G005 al PSS 2020-2024 es pertinente.
b) Propuesta de alineación a programas sectoriales o institucionales				
Programa derivado	Objetivo prioritario	Estrategia prioritaria	Contribución del Pp	Valoración
El Pp ya se encuentra alineado al Programa Sectorial de Salud 2020-2024, por lo tanto, no se sugiere ninguna otra propuesta de alineación a programa sectorial o institucional.				
c) Alineación a programas especiales y regionales (opcional)				
Programa derivado	Objetivo prioritario	Estrategia prioritaria	Contribución del Pp	Valoración
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar	<p>Objetivo 1. Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).</p> <p>Objetivo 2. Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atiendan las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.</p>	<p>EP 1.2 Aumentar la formación y contratación de personal de salud para cubrir los puestos vacantes y de nueva creación en las unidades del primer y segundo nivel de atención priorizando donde exista mayor rezago social y déficit de personal.</p> <p>EP 1.3 Fortalecer la atención primaria de salud (APS) mediante estrategias dinamizadoras y la capacitación de técnicos y profesionales orientada al control de las principales enfermedades y causas de muerte de la población en situación de vulnerabilidad.</p>	Teniendo en cuenta que dos de los objetivos prioritarios del Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar son garantizar la disponibilidad de personal médico y recurso humano calificado, así como asegurar el abasto suficiente de medicamentos en los establecimientos de salud, se considera que existe vinculación entre dicho programa y el Pp G005, ya que parte la calidad de la prestación de un buen servicio médico es que cuente con médicos y enfermeras calificados así como disponga de medicamentos para cubrir las necesidades del paciente. El Pp G005 busca vigilar y estandarizar la prestación de los servicios de	La alineación del PpG005 al Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar es pertinente.

Anexo 1. Alineación a objetivos de la planeación nacional

Clave y nombre del Pp:	G005 - Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica			
Objetivo central del Pp evaluado:	Los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran baja morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica.			
		<p>EP 2.1 Implementar un proceso de identificación de las necesidades de medicamentos y demás insumos de las entidades federativas adheridas al INSABI y su consolidación con los requerimientos de otras instituciones públicas de salud del país.</p> <p>EP 2.2 Atender los requerimientos para la compra consolidada de medicamentos, equipos y demás insumos para la salud a través de procesos licitatorios nacional e internacional.</p> <p>EP 2.3 Fortalecer las redes de almacenamiento y distribución de medicamentos y demás insumos de salud en todo el país.</p>	atención médica, por lo tanto, regular la calidad del personal y la disponibilidad de los medicamentos debe ser igualmente vigilado por el programa.	

Anexo 2. Alineación a los ODS																																																						
Nombre del Pp:	Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica	Modalidad y clave:	G005																																																			
Objetivo central del Pp evaluado:	Los establecimientos y servicios del sistema nacional de salud registran baja morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de servicios de atención médica.																																																					
Vinculación establecida por el Pp																																																						
Registrar la vinculación del objetivo central del Pp evaluado con los ODS y sus metas específicas. Con base en la documentación normativa o institucional del Pp. Asimismo, la instancia evaluadora realizará una valoración de dicha vinculación, considerando la contribución efectiva del Pp en la meta.																																																						
Marcar con una "X" el/los ODS con los que se vincula el objetivo del Pp:																																																						
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																				X														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																																						
																																																						
		X																																																				
ODS	Meta	Vinculación	Valoración de la vinculación (instancia evaluadora)																																																			
3. Salud y Bienestar	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	México, como país suscriptor de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, tiene el compromiso mundial de contribuir al logro de los ODS y fijar programas que promuevan la equidad y calidad en el acceso a los servicios de salud para toda la población. El Pp G005 es un programa que busca garantizar los estándares mínimos de calidad en la prestación de atención médica, mediante la vigilancia y regulación de los establecimientos que brindan dichos servicios, por lo tanto, el Programa contribuye directamente al logro del ODS No. 3.	El objetivo central del Pp G005 se vincula directamente con el ODS No. 3 "Salud y Bienestar" del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.																																																			
Propuesta de vinculación de la instancia evaluadora																																																						
En caso de que la instancia evaluadora detecte áreas de mejora en la vinculación del objetivo central del Pp evaluado con los ODS y sus metas o en caso de no contar con evidencia documental de la misma, elaborará una propuesta de vinculación y la justificación de esta, considerando la contribución efectiva del Pp en la meta.																																																						
Marcar con una "X" el/los ODS con los que se propone vincular el objetivo del Pp:																																																						
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																																						
																																																						
ODS	Meta	Vinculación	Justificación de la propuesta (instancia evaluadora)																																																			
Consideraciones: >> ODS: Se incluirá el número y la redacción fidedigna del ODS conforme a lo establecido por el PNUD. >> Meta: Se incluirá la redacción fidedigna de la meta del ODS conforme a lo establecido por el PNUD. >> La información de los ODS y sus metas pueden consultarse en: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/ >> Vinculación Directa: el objetivo central del Pp contribuye claramente al cumplimiento de la(s) meta(s) ODS identificada(s). Indirecta: el objetivo central del Pp propicia la generación de condiciones que contribuyen al cumplimiento de la(s) meta(s) de ODS identificada(s), a pesar de no ser su objetivo principal.																																																						

Anexo 3. Procedimiento de actualización de la PA

Procedimiento documentado

1. ¿El programa cuenta con un procedimiento documentado y normado para la integración, actualización y depuración de la población atendida?

Indicar el nombre del documento

<input checked="" type="checkbox"/> Existe un procedimiento específico y está documentado.	Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 6 de diciembre de 2016. Modificación al Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 22 de agosto de 2019. Documentos operativos (2016 a 2021) del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005
<input type="checkbox"/> Existe un procedimiento específico, pero no está documentado.	
<input checked="" type="checkbox"/> Se encuentra normado en alguna Ley, Lineamiento, ordenamiento institucional u otro.	

2. El procedimiento contempla los siguientes elementos sobre el padrón de la población atendida:

Integración	Actualización	Depuración
<input checked="" type="checkbox"/> Establece una estructura homologada de la información.	<input checked="" type="checkbox"/> Establece un periodo de actualización del padrón.	<input checked="" type="checkbox"/> Establece un mecanismo para detectar inconsistencias y homologar información.
<input checked="" type="checkbox"/> Incluye las principales características de la población atendida y del tipo de apoyo otorgado (bien/servicio/subsidio)	Indique el periodo de actualización establecido: La actualización se da de manera permanente y continua como resultado de hallazgos de a supervisión que impliquen modificaciones en el registro de una unidad (cambio de estatus de acreditación, cambio de domicilio, cambio de nombre, baja de la unidad)	<input checked="" type="checkbox"/> Establece un mecanismo para detectar duplicidades de apoyos otorgados por el mismo Pp o por otros programas.
<input checked="" type="checkbox"/> Se asigna una clave o identificador único que permita dar seguimiento a población atendida en el tiempo.	La otra actualización se deriva del registro anual de establecimientos que reciben acreditación o reacreditación como parte del programa anual de acreditación.	

Sistematización y disponibilidad de la información

3. ¿El Pp cuenta con un sistema informático para la integración, actualización y depuración de la población atendida?

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<i>Indicar el nombre del sistema:</i> Sistema de Información de Establecimientos y Servicios de Atención Médica Acreditados (SIESA) Base de datos de expedientes de acreditación
<input type="checkbox"/> No	<i>Seleccione el procedimiento manual que realiza el Pp:</i> <input checked="" type="checkbox"/> Utiliza una base de datos en Excel, Access, SPSS u otro programa informático. <input checked="" type="checkbox"/> Cuenta con Registros Administrativos que almacena en físico o escaneados.

4. La información del padrón:

<input checked="" type="checkbox"/> Está disponible para consulta interna.	
<input checked="" type="checkbox"/> Está disponible para consulta pública.	http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html esta liga conduce a la siguiente: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/ReportesClues.html

Seguridad de la información

5. La información del padrón, ¿contiene datos sensibles?

☐ Sí

6. ¿El procedimiento contempla un mecanismo que garantice la seguridad de la información?

☒ Sí

☒ No

☐ No

Comentarios u observaciones de la instancia evaluadora

Se realizó una consulta el 6 de noviembre de 2021, a las 14:horas a la liga <http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>, ésta conduce a la siguiente: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/ReportesClues.html>, en esta liga aparecen tres opciones de reporte: "Nominal" que marca error, "por establecimiento" y "general" no ofrecen resultados.

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

La instancia evaluadora reportará si el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, MIR o FID, permite obtener información relevante sobre los siguientes elementos de diseño del Pp. En caso de que el instrumento no cumpla con los criterios o no se disponga de evidencia, deberá realizar una propuesta conforme a lo señalado en el cuadro.

Características del Instrumento de Seguimiento del Desempeño

Criterio	Respuesta	Nombre del indicador	Definición	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Comportamiento del indicador	Propuesta de mejora del indicador
El cambio producido en la población objetivo derivado de la ejecución del Pp	Sí	Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años	El indicador mide el porcentaje de muertes por infarto agudo del miocardio a los treinta días posteriores al ingreso en mayores de 45 años de edad, en un año determinado	(Número de muertes por infarto agudo al miocardio que ocurren en el mismo hospital durante 30 días posteriores a la admisión en un año determinado / Número de admisiones al hospital con diagnóstico primario de infarto agudo al miocardio, que su admisión no resultó en la transferencia a otro hospital para el mismo año) X 100	Porcentaje	Anual	28.19	Descendente	Ninguna
La cobertura de la población	Sí	Actividad B 2 4.1 Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica	El indicador mide el porcentaje de dictámenes de acreditación validados	(Número de dictámenes validados de establecimientos para la atención médica en un año determinado / Numero de evaluaciones con fines de acreditación realizadas a establecimientos para la atención médica para el mismo año) X 100	Porcentaje	Trimestral	No disponible	Ascendente	Se sugiere registrar el valor de la línea base y del año al que corresponda esa medición, puesto que el indicador se reporta desde 2016.
La generación y/o entrega de los bienes y/o servicios	Sí	Componente A Porcentaje de establecimientos de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	El indicador mide los establecimientos de segundo nivel de atención de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	(Número de establecimientos de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud / Número total de establecimientos de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud seleccionados del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud para implementar el Modelo de Gestión de Calidad en Salud) X 100	Porcentaje	Semestral	17.19	Ascendente	Ninguna

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

La gestión de los principales procesos (actividades) del Pp	<i>Sí</i>	Actividad C 3 3.1 Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos	El indicador mide el porcentaje de notificaciones realizadas a las entidades federativas como resultado de la supervisión a los establecimientos sujetos al Programa Anual de Supervisión	(Número de notificaciones de resultados de la supervisión a establecimientos emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en un año determinado / Numero de supervisiones realizadas para ese mismo año) X 100	Porcentaje	Trimestral	No disponible	Ascendente	Se sugiere registrar el valor de la línea base y del año al que corresponda esa medición, puesto que el indicador se reporta desde 2016.
---	-----------	---	---	---	------------	------------	---------------	------------	--

La instancia evaluadora reportará si el o los indicadores que integran el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, MIR o FID, cumplen con los criterios señalados en el siguiente cuadro. En caso de que no cumpla con los criterios o no se disponga de evidencia, deberá realizar una propuesta conforme a las características indicadas.

Características de los indicadores

	Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Justificación	Propuesta de mejora del indicador
MIR	Fin	Tasa de morbilidad por diabetes mellitus tipo II de la población entre 25 a 44 años	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	Es claro porque su nombre tiene relación lógica con su método de cálculo y existe congruencia entre las variables que lo conforman. Es relevante porque mide con un indicador validado (reconocido) uno de los aspectos importantes del logro del objetivo: Contribuir al bienestar social e igualdad mediante la regulación, vigilancia, control y fomento de la prestación de servicios de atención médica. Es económico porque no requiere gastos adicionales para su medición; se genera por sistemas de información institucionales. Es monitoreable porque la información de sus medios de verificación es precisa e inequívoca. Es adecuado porque aporta la información suficiente para emitir un juicio posterior y homogéneo respecto del desempeño del Programa	Ninguna.
	Propósito	Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	Es claro porque el nombre del indicador es auto explicativo y	Ninguna.

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

		miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años						acorde con el método de cálculo. Es relevante porque aporta información de un factor relevante del objetivo al cual se encuentra asociado: Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud reducen la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica. Es económico porque la información que se utiliza para su medición deriva de un sistema institucional de información y no requiere gastos adicionales para su generación. Es monitoreable porque los medios de verificación que se enuncian son específicos. Es adecuado porque que distintos actores pueden llegar a conclusiones similares al interpretar el indicador respecto del desempeño del Programa.	
Componente A		Porcentaje de establecimientos de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque se utilizan informes estatales sobre la implementación del Modelo y no se pudo constatar su ubicación electrónica.	Especificar los medios de verificación con base en los criterios establecidos en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
Componente B		Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCEs	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación son los mismos para el numerador y el denominador y se publican de manera individual en el Diario Oficial de la Federación.	Hacer disponible al público en general la base de información de los instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCEs
Componente C		Porcentaje de avance del Programa Anual de Supervisión	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque no se pudo constatar su ubicación electrónica.	Especificar con claridad la ubicación electrónica de los medios de verificación.
Componente D		Porcentaje de Avance del Programa Anual de Evaluación	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque no se pudo constatar su ubicación electrónica.	Especificar con claridad la ubicación

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

									electrónica de los medios de verificación.
	Actividad A1 1.1.	Porcentaje de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque no se pudo constatar su ubicación electrónica.	Especificar con claridad la ubicación electrónica de los medios de verificación.
		Porcentaje de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque no se pudo constatar su ubicación electrónica.	Especificar con claridad la ubicación electrónica de los medios de verificación.
	Actividad B 2 4.1	Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica	No	Sí	Sí	No	Sí	El método de cálculo requiere modificación en el numerador porque no especifica que es parte del denominador. Los medios de verificación no son precisos porque se utiliza de manera general: informes, reportes, expedientes, base de datos.	Modificar el numerador en el método de cálculo: Número de dictámenes validados de los resultados de las evaluaciones de establecimientos para la atención médica en un año determinado. Especificar los medios de verificación con base en los criterios establecidos en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
	Actividad C 3 3.1	Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación no son precisos porque se utiliza de manera general: informes, reportes, expedientes, base de datos.	Especificar los medios de verificación con base en los criterios establecidos en la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.
	Actividad D 4 2.1	Porcentaje convenios de transferencia de recursos presupuestarios formalizados con las entidades federativas	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Los medios de verificación son los mismos para el numerador y el denominador y se publican de manera individual en el Diario Oficial de la Federación.	Revisar los medios de verificación para el numerador y para el denominador del indicador porque son los mismos.
FID	Indicador FID								

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

La instancia evaluadora deberá incluir todos los indicadores del Instrumento de Seguimiento del Desempeño vigente del Pp, MIR o FID, para la valoración de las metas. En caso de que las metas no cumplan con los criterios o no se disponga de evidencia, deberá realizar una propuesta conforme a lo señalado en el cuadro.

Características de las metas

	Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Método de cálculo	Unidad de medida	Congruente con el sentido del indicador	Orientada a la mejora del desempeño	Factibles pero retadoras	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
MIR	Fin	Tasa de morbilidad por diabetes mellitus tipo II de la población entre 25 a 44 años	230.32	Se construye dividiendo el total de nuevos casos de Diabetes Mellitus tipo II en personas entre 25 a 44 años reportadas en un año determinado entre el total de población entre 25 a 44 años a mitad del año del mismo año y es multiplicado por 100,000 (Se interpreta de la siguiente manera: en 2019 se reportaron 15 casos nuevos de Diabetes Mellitus II en personas entre 25 a 44 años por cada 100,000 habitantes de 25 a 44 años	Tasa	Sí	No aplica	No aplica	A partir de 2021 se utiliza este indicador para medir el objetivo del Fin del Programa, por lo que la línea base y la meta son las mismas, en necesario dar seguimiento a las metas que se establezcan para los años subsecuentes a fin de conocer si son factibles pero retadoras.	No aplica
	Propósito	Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años	28.09	(Número de muertes por infarto agudo al miocardio que ocurren en el mismo hospital durante 30 días posteriores a la admisión en un año determinado / Número de admisiones al hospital con diagnóstico primario de infarto agudo al miocardio, que su admisión no resultó en la transferencia a otro hospital para el mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	Sí	Sí	No aplica	No aplica
	Componente A	Porcentaje de establecimientos	13.68	(Número de establecimientos de	Porcentaje	Sí	No	Sí	Los valores de las metas aprobada y ajustada para	Es necesario que el valor de la meta sea

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

	de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud		segundo nivel de atención de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Sistema de Gestión de Calidad en un año determinado / Número total de establecimientos de segundo nivel de atención de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud programados para implementar el Sistema de Gestión de Calidad para el mismo año) X 100					2021 son inferiores a la línea base y el sentido del indicador es ascendente.	mayor que la línea base porque no refleja avances en el cumplimiento del objetivo.
Componente B	Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCEs	100.00	(Número de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados en un año determinado / Número de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados programados anualmente durante el mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	Sí	Sí	No aplica	No aplica
Componente C	Porcentaje de avance del Programa Anual de Supervisión	90.63	(Número de supervisiones realizadas en un año determinado / Número de supervisiones programadas para el mismo año) x 100	Porcentaje	Sí	No	Sí	En el ejercicio presupuestal 2017 el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada fue del 155%, muy por encima de un “resultado satisfactorio” (entre 85% y 115% de cumplimiento. La meta establecida para 2017 a 2020 no sufrió modificación (90.00%); sin embargo, para 2021 se estableció en 90.63%, ligeramente superior a la meta de 2020.	No aplica
Componente D	Porcentaje de Avance del Programa Anual de Evaluación	90.01	(Número de establecimientos evaluados en un año determinado / Número	Porcentaje	Sí	No	Sí	En los ejercicios presupuestales 2016, 2017 y 2019 el porcentaje de avance con respecto a la meta	Se sugiere establecer una meta menos laxa como en el caso del indicador de

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

			de establecimientos programados en el Programa Anual de Evaluación para el mismo año) X 100					ajustada se ubicó muy por encima del "resultado satisfactorio". Se observan variaciones significativas entre la meta programada y la ajustada entre 2017 y 2018. En 2021 se estableció una meta ajustada inferior a las de 2019 y 2020.	Porcentaje de avance del Programa Anual de Supervisión.
Actividad A 1 1.1	Porcentaje de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud	100.00	(Número de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud realizadas en un año determinado / Número de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud programadas para el mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	Sí	Sí	No aplica	No aplica
Actividad A 1 1.1	Porcentaje de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención	100.00	(Número de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención realizadas en un año determinado/ Número de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención programadas para el mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	No	Sí	En el ejercicio presupuestal 2016 el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada fue del 200%, muy por encima de un “resultado satisfactorio”. Las metas establecidas en los años subsecuentes se han cumplido satisfactoriamente.	No aplica
Actividad B 2 4.1	Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica	90.01	(Número de dictámenes validados de establecimientos para la atención médica en un año determinado / Numero de evaluaciones con fines de acreditación realizadas a	Porcentaje	Sí	No	Sí	Durante los ejercicios presupuestales 2016 a 2019 el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada se ubicó muy por encima de un “resultado satisfactorio”. Entre 2017 y 2021 se observan variaciones	Establecer una metodología adecuada para el cálculo de las metas, además de redefinir el método de cálculo para asegurar que el numerador esté

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

				establecimientos para la atención médica para el mismo año) X 100					significativas entre la meta aprobada y ajustada.	incluido en el denominador.
	Actividad C 3 3.1	Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos	90.63	(Número de notificaciones de resultados de la supervisión a establecimientos emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en un año determinado / Numero de supervisiones realizadas para ese mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	No	Sí	En el ejercicio presupuestal 2016 el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada fue del 125%, por encima de un "resultado satisfactorio". Las metas establecidas en los años subsecuentes se han cumplido satisfactoriamente y en 2021 es ligeramente mayor a las establecidas en los años anteriores.	No aplica
	Actividad D 4 2.1	Porcentaje convenios de transferencia de recursos presupuestarios formalizados con las entidades federativas	90.00	(Número de instrumentos legales formalizados con las entidades federativas en un año determinado / Numero de instrumentos legales programados para el mismo año) X 100	Porcentaje	Sí	No	Sí	En el ejercicio presupuestal 2016 el porcentaje de avance con respecto a la meta ajustada fue del 124%, por encima de un "resultado satisfactorio". La meta establecida para 2021 es inferior a las establecidas en los años anteriores.	Se sugiere establecer una meta menos laxa, al menos similar al año de inicio.
FID	Indicador FID									
Finalmente, la instancia evaluadora especificará si los medios de verificación del o los indicadores que integran el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp, MIR o FID, cumplen con los criterios señalados en el siguiente cuadro. En caso de que los medios de verificación no cumplan con los criterios o no se disponga de evidencia, deberá realizar una propuesta conforme a las características indicadas.										
	Nivel de objetivo	Nombre completo del documento donde se encuentra la información	Nombre del área administrativa que genera o publica la información	Año/periodo en que se emite el documento y si coincide con la frecuencia de medición del indicador	Ubicación física del documento o la liga electrónica donde se encuentra publicada la información	Propuesta de mejora del medio de verificación				
MIR	Fin	Sí	Sí	Sí	Sí	Se sugiere que en los medios de verificación se especifique el significado de las siglas SINAVE "Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica".				
	Propósito	Sí	No	Sí	Sí	Se sugiere incluir en los medios de verificación a la Dirección General de Información en Salud de la SSA como el área administrativa que genera la información.				

Anexo 4. Instrumentos de Seguimiento del Desempeño

	Componente A	Sí	Sí	Sí	No	Se sugiere incluir en los medios de verificación la liga electrónica para los informes estatales que implementan el Modelo y para la base del Catálogo Único de Establecimientos.
	Componente B	Sí	Sí	Sí	Sí	Se sugiere hacer más específica la liga electrónica en la que se ubican los informes, puesto que solo llega a nivel de UR.
	Componente C	Sí	Sí	Sí	Sí	Se sugiere hacer más específica la liga electrónica en la que se ubican los informes, puesto que solo llega a nivel de UR.
	Componente D	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica
	Actividad A 1 1.1	Sí	Sí	Sí	Sí	Se sugiere hacer más específica la liga electrónica en la que se ubican los informes, puesto que solo llega a nivel de UR.
	Actividades	Sí	Sí	Sí	Sí	Se sugiere hacer más específica la liga electrónica en la que se ubican los informes, puesto que solo llega a nivel de UR.
	Actividad B 2 4.1	Sí	Sí	Sí	No	Incluir en la ficha técnica la liga electrónica específica en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en la que se encuentran los dictámenes.
	Actividad C 3 3.1	Sí	Sí	Sí	No	Incluir en la ficha técnica la liga electrónica específica en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en la que se encuentran las notificaciones de resultados de la supervisión.
	Actividad D 4 2.1	Sí	Sí	No	Sí	Se sugiere que la frecuencia de medición corresponda entre la fuente para instrumentos formalizados (ahora trimestral) y la correspondiente a instrumentos programados (ahora anual) sea la misma.
FID	Indicador FID					

Fuente: Matriz de Indicadores para Resultados 2021; Fichas técnicas de los Indicadores 2020 y Ficha del Programa del portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP (DGCES/MIR, 2021) (DDGCES/FT, 2021) (SHCP/TP FPG005, 2021).

Anexo 5. Complementariedades, similitudes y duplicidades											
Información del Pp evaluado											
Nombre del Programa:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica					Modalidad y clave:		P013		
Dependencia/Entidad:		Secretaría de Salud					Ramo:		12		
Unidad Responsable:		Dirección General de Calidad y Educación en Salud					Clave:		G005		
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados					Año de la Evaluación:		2020		
Información de los Pp analizados											
Se integrará una tabla con las características de los Programas presupuestarios (Pp) analizados, identificando si estos son similares, se complementan o duplican con el Pp evaluado. A continuación, se presenta una tabla con los elementos mínimos que debe contener:											
Nombre del Pp	Modalidad y clave	Dependencia o Entidad:	Ramo	Problema público que busca resolver	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio otorgado	Relación identificada	Argumentación	Recomendación
Descripción: El Pp P012 Rectoría en Salud contribuye al bienestar social e igualdad mediante la coordinación interinstitucional que permita el acceso efectivo a servicios de salud con calidad a la población, mediante la conducción eficaz del Sistema Nacional de Salud a través de la planeación y desarrollo de instrumentos rectores que garanticen la disponibilidad de servicios de salud efectivos, eficientes, de calidad y seguros a la población usuaria. El Programa entrega servicios que contribuyen a la mejora de la calidad de la atención: 1. Monitoreo ciudadano de establecimientos de atención médica que cuentan con aval ciudadano; 2. La disponibilidad de información actualizada en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS); 3. La certificación de necesidades de infraestructura en el Plan Maestro de Infraestructura; 4. La realización de evaluaciones de tecnologías para la salud, como una herramienta para la toma de decisiones en las instituciones del sistema Nacional de Salud y, 5. La implementación de acciones de mejora en los programas de la SS (SHCP/TP FP012, 2021).											
Nombre del Pp			Rectoría en Salud								
Modalidad y clave			P012								
Dependencia o Entidad:			600-Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud								
Ramo			12 Salud								
Problema público que busca resolver			En la evaluación de diseño realizada al Pp P012 Rectoría en Salud en 2016 tiene identificada como necesidad que atiende “coordinar estrategias enfocadas en la planeación de los instrumentos y herramientas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, que tienen relación con la construcción de un Sistema Universal de Salud basado en la calidad de la atención el trato digno a las personas, calidad efectividad, eficiencia y sustentabilidad financiera” (UNAM/ED P012, 2016).								
Objetivo central			El Sistema Nacional de Salud se conduce eficazmente a través de la planeación y el desarrollo de los instrumentos rectores que garanticen la disponibilidad de servicios de salud efectivos, eficientes, de calidad y seguros a la población usuaria (SHCP/TP FP012, 2021).								
Población objetivo			En la ED de 2016, se propone que la PO sea identificada como población objetivo y está definida como “Las dependencias y entidades federales y estatales del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios de salud y desarrollan acciones para la prestación de servicios a la población con independencia de su condición laboral” (UNAM/ED P012, 2016).								
Cobertura geográfica			Nacional								
Bien y/o servicio otorgado			Establecimientos de atención médica acreditados que cuentan con aval ciudadano y realizan monitoreo ciudadano en favor de la mejora de la calidad de la atención (SHCP/TP FP012, 2021).								
Relación identificada			Se identifica una relación de complementariedad en cuanto la población objetivo que se atiende a nivel del Componente A, los “establecimientos acreditados”.								
Argumentación			El Pp G005 realiza evaluación de los establecimientos de salud para su acreditación; el Pp P012 complementa los establecimientos de salud acreditados con el mecanismo de aval ciudadano. Se desconoce si estos establecimientos acreditados, forman parte de las poblaciones objetivo y atendida del Pp G005.								
Recomendación			Se recomienda que el Pp G005 tenga una mayor coordinación con este programa, dado que presentan poblaciones que son y/o pueden ser complementarias, representa un área de oportunidad que el Pp G005 aproveche a través de una mejor alineación de acciones y recursos. Visibilizar esta complementariedad en el documento de Diagnóstico del Programa.								

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la ficha del Pp P012 en la página de transparencia presupuestaria de la SHCP (SHCP/TP FP012, 2021).

Anexo 5. Complementariedades, similitudes y duplicidades											
Información del Pp evaluado											
Nombre del Programa:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica					Modalidad y clave:		P013		
Dependencia/Entidad:		Secretaría de Salud					Ramo:		12		
Unidad Responsable:		Dirección General de Calidad y Educación en Salud					Clave:		G005		
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados					Año de la Evaluación:		2020		
Información de los Pp analizados											
Se integrará una tabla con las características de los Programas presupuestarios (Pp) analizados, identificando si estos son similares, se complementan o duplican con el Pp evaluado. A continuación, se presenta una tabla con los elementos mínimos que debe contener:											
Nombre del Pp	Modalidad y clave	Dependencia o Entidad:	Ramo	Problema público que busca resolver	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio otorgado	Relación identificada	Argumentación	Recomendación
Descripción:											
El Pp S202 contribuye a garantizar servicios de salud con calidad mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los Establecimientos de Atención Médica y Áreas Administrativas y Centrales de Calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, a través de apoyos económicos anuales mediante concurso a los tres niveles de atención, para generar acciones de mejora de la calidad enfocadas en la atención de problemas de salud pública prioritarios, en dos vertientes: Proyectos de mejora de la calidad (proyectos de gestión de redes y de investigación y capacitación) y Reconocimientos (Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua), lo que permita la disminución de la heterogeneidad de la calidad en la atención a la salud brindada (CONEVAL/Inventario, 2019).											
Nombre del Pp		Calidad en la Atención Médica									
Modalidad y clave		S202									
Dependencia o Entidad:		Secretaría de Salud									
Ramo		12									
Problema público que busca resolver		Existe heterogeneidad en la calidad de la atención de los problemas de salud pública prioritarios en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, afectando la provisión de servicios de salud con calidad (CONEVAL/Inventario, 2019).									
Objetivo central		Los Establecimientos del Sector Salud que reciben subsidio contribuyen a la disminución de la heterogeneidad de la calidad en la atención de la salud, en los temas prioritarios de salud pública.									
Población objetivo		Establecimientos de Atención Médica, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y Centrales de Calidad, de los Servicios Estatales de Salud de las Entidades Federativas, de la Secretaría de Salud o coordinados sectorialmente por ésta, a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que se encuentren preseleccionados como finalistas por haber alcanzado las calificaciones más altas en las Evaluaciones definidas en las Convocatorias del Programa (SS/ROP S202, 2020).									
Cobertura geográfica		Nacional									
Bien y/o servicio otorgado		Incentivos económicos entregados para mejorar la calidad de la atención en los problemas de salud prioritarios (SHCP/TP FS202, 2021).									
Relación identificada		Se identifica una relación de complementariedad en cuanto la población objetivo que se atiende a nivel del Propósito de los programas.									
Argumentación		Ambos programas tienen como población objetivo a los establecimientos de atención médica, otorgando diferentes bienes o servicios. El Pp G005 entrega servicios de evaluación y supervisión para su acreditación. Mientras que el Pp S002, entrega incentivos económicos para mejorar la calidad de la atención en los problemas de salud prioritarios.									
Recomendación		Dado que ambos programas son responsabilidad de la DGCEs, y que se enfocan a la mejora de la calidad en la prestación de servicios de salud por parte de los establecimientos de salud. Es necesario visibilizar en el Diagnóstico del Pp G005, esta complementariedad identificada.									

Fuente: Elaboración propia con base en la ficha del Pp S202 en la página de transparencia presupuestaria de la SHCP las Reglas de Operación del Pp vigentes.

Anexo 6. Avance en la implementación de los ASM.

Clave y nombre del Pp:	G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica		
Tipo de Evaluación:	Consistencia y Resultados	Año de la Evaluación:	2020

El Pp no cuenta con evaluaciones externas, documentos de trabajo o documentos de seguimiento de ASM en los últimos tres años (2018-2020). En los siguientes apartados se reportan los ASM derivados de la Evaluación de Diseño en 2016.

Avance del Documento de Trabajo

No.	Aspectos susceptibles de Mejora	Actividades	Área(s) Responsable(s)	Fecha de término	Resultados esperados	Productos y/o evidencias	Identificación del documento probatorio	Observaciones
1	Acotar las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo en el Diagnóstico del Programa	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición de las poblaciones potencial y objetivo	Diagnóstico del Programa	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	Se atendió el ASM al acotar las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo del Programa. Asimismo, se estableció una metodología para la identificación de las poblaciones potencial y objetivo, que permite cuantificarlas.
2	Incluir la ubicación territorial y el plazo de actualización en el documento de diagnóstico	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición del problema que busca atender el Programa	Diagnóstico del programa	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	Se atendió el ASM al especificar la ubicación territorial y el plazo de actualización del problema que busca atender el Programa, en el documento de Diagnóstico.
3	Especificar el plazo temporal del problema que busca atender el programa, en el diagnóstico del mismo	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición del problema que busca atender el Programa	Diagnóstico del Programa	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	Se atendió el ASM al especificar el plazo temporal del problema que busca atender el Programa, en el documento de Diagnóstico.
4	Especificar la metodología para la definición de metas de los indicadores del programa	Mejora al diagnóstico	DGCES	29 de diciembre de 2017	Mayor especificidad en la definición de metas del Programa.	Diagnóstico del Programa	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	En marzo 2018, se tenía un avance del 90%, ya que se elaboró el documento "Metodología para la definición de las metas de los indicadores del Programa G005". Asimismo, en cumplimiento a los Criterios para el registro y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios para el Ejercicio Fiscal 2018, se establecieron las metas del Programa para el Ejercicio 2018 en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH). No obstante, con base en el avance obtenido en los indicadores de la MIR para el Ejercicio 2017, conforme a lo reportado el 9 de marzo de 2018 en el apartado de Cuenta Pública del PASH, se harán precisiones a las metas de los indicadores "Porcentaje de Dictámenes de acreditación" y

								"Porcentaje de avance del programa Anual de acreditación. Por lo que, se hará una última revisión general al documento previo a su publicación. Específicamente, se ha definido cómo establecer las metas de los indicadores "Porcentaje de Dictámenes de acreditación" y "Porcentaje de avance del Programa Anual de Acreditación".
5	Revisar los supuestos de la MIR y se mejorará su redacción	Mejora a la MIR	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la lógica vertical y horizontal de la MIR	MIR del programa	"Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	Se atendió el ASM, ya que se consideraron las recomendaciones de mejora de la MIR de la evaluación de Diseño del Programa y se mejoró la redacción de los supuestos, lo que da mayor claridad a las lógicas horizontal y vertical de la MIR
6	Atender las recomendaciones sobre las oportunidades de mejora de la MIR del Programa para cumplir con las lógicas vertical y horizontal	Mejora a la MIR	DGCES	29 de diciembre de 2017	Mejora en la lógica vertical y horizontal de la MIR	MIR del programa	"Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	Se atendió el ASM, ya que se consideraron las recomendaciones de mejora de la MIR de la evaluación de Diseño del Programa y se revisaron las lógicas vertical y horizontal. Específicamente se mejoró la redacción de los supuestos, los medios de verificación y la correspondencia de las actividades con los componentes para la MIR del Programa del Ejercicio 2017.

Avance del documento institucional

No.	Aspectos susceptibles de Mejora	Área coordinadora	Acciones para emprender	Área responsable	Fecha de término	Resultados esperados	Productos y/o evidencias	Avance (%)	Identificación del documento probatorio	Observaciones
1	Acotar las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo en el Diagnóstico del Programa	Unidad Administrativa	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición de las poblaciones potencial y objetivo	Diagnóstico del Programa	100%	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	
2	Incluir la ubicación territorial y el plazo de actualización en el documento de diagnóstico	Unidad Administrativa	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición del problema que busca atender el Programa	Diagnóstico del programa	100%	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	
3	Especificar el plazo temporal del problema que busca atender el programa, en el	Unidad Administrativa	Mejora al diagnóstico	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la definición del problema que busca atender el Programa	Diagnóstico del Programa	100%	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de	

	diagnóstico del mismo								Atención Médica"	
4	Especificar la metodología para la definición de metas de los indicadores del programa	Unidad Administrativa	Mejora al diagnóstico	DGCES	29 de diciembre de 2017	Mayor especificidad en la definición de metas del Programa.	Diagnóstico del Programa	100%	"Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	
5	Revisar los supuestos de la MIR y se mejorará su redacción	Unidad Administrativa	Mejora a la MIR	DGCES	31 de septiembre de 2017	Mejora en la lógica vertical y horizontal de la MIR	MIR del Programa	100%	"Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	
6	Atender las recomendaciones sobre las oportunidades de mejora de la MIR del Programa para cumplir con las lógicas vertical y horizontal	Unidad Administrativa	Mejora a la MIR	DGCES	29 de diciembre de 2017	Mejora en la lógica vertical y horizontal de la MIR	MIR del programa	100%	"Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica"	

Fuente: Elaboración propia con base en el documento de trabajo y avances al documento de trabajo 2017-2018 (SS/ADTASM, 2017-2018).

Anexo 7. Resultados de las acciones para atender los ASM.							
Clave y nombre del Pp		G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica					
Tipo de Evaluación		Consistencia y Resultados			Año de la Evaluación:		2020
Pp no cuenta con evaluaciones externas en los últimos tres años (2018-2020), por lo que no existen documentos de trabajo o documentos institucionales, ni de avances de los ASM.							
Resultados							
No.	ASM	Área coordinadora	Fecha de término	Resultados esperados	Productos o evidencias	Observaciones	

Anexo 8. Análisis de los ASM no atendidos.							
Clave y nombre del Pp	G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Tipo de Evaluación	Consistencia y Resultados					Año de la Evaluación:	2020
Pp no cuenta con evaluaciones externas en los últimos tres años (2018-2020), por lo que no existen documentos de trabajo o documentos institucionales, ni de avances de los ASM.							
Resultados							
No.	ASM	Área coordinadora	% de avance	Acciones en proceso	Motivos de no atención	Fecha de Término	Observaciones

Anexo 9. Estrategia de Cobertura

Clave y nombre del Pp:		G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados.		Año de la Evaluación:		2020		
A fin de aportar claridad en el presente anexo, se retomarán las definiciones conceptuales de las poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida, incluidas en la pregunta 8 de estos TdR, ya sean las definidas por el Pp o en ausencia de estas, las que definió la instancia evaluadora como parte de su respuesta, en consenso con el Pp.								
Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida								
Población		Definición						
Potencial (PP)		“Los establecimientos para la atención médica definidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSNPSAM), que en su artículo 7, fracción tercera establece que: todo aquel, público, social, o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos”.						
Objetivo (PO)		“De conformidad con lo establecido en el artículo 7 del RLGSNPSAM, se atenderán a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (que son aproximadamente 29,563 establecimientos) que otorgan atención médica, con base en la información de los datos de la CLUES, de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (DGIS), excluyendo los equipos itinerantes, consultorios periféricos y consultorios delegacionales, que no son susceptibles de regulación en términos de esta disposición”.						
Atendida (PA)		Los establecimientos para la atención médica de la PO que se lograron atender en el ejercicio fiscal determinado y que concluyen con un dictamen que puede ser de acreditación, reacreditación o no favorable.						
La instancia evaluadora registrará la evolución en la cobertura de las poblaciones, registrando la información por año, según la disponibilidad de la información por parte del Pp o, en su caso, registrará su propuesta de cobertura, en consenso con el Pp.								
Evolución de la cobertura								
Población	Unidad de medida	Año 1 2017	Año 2 2018 ¹³	Año 3 2019	Año 4 2020	Año 5 2021		
Potencial (P)	Establecimientos de salud	21,627		22,503	21,689			
Objetivo (O)	Establecimientos de salud	581	1,046	2,453	1,076	3,132		
Atendida (A)	Establecimientos de salud	330	1,040	2,698	539	-		
(A/O) x 100		56.8%	99.4%	108.8%	50.9%	%		
La instancia evaluadora analizará la estrategia de cobertura del Pp y emitirá su valoración o, en su caso, realizará su propuesta, en consenso con el Pp.								
Análisis de la estrategia de cobertura								
La estrategia de cobertura contempla o incluye al menos:					Valoración	Propuesta		
Método de cálculo documentado		Si		No	X	Parcial	Identificación y cuantificación adecuadas	Separar acreditaciones y reacreditaciones
Consistencia con el diseño del programa		Si		No	X	Parcial	Adaptación a modificaciones a la legislación Pendientes	Ampliar la visión de cobertura a las disposiciones del INSABI
El presupuesto requerido		Si		No	X	Parcial	Insuficiencia en el pago de viáticos y	Asumiendo compromisos de carácter

¹³ La DGCEs, de conformidad con los Criterios y Requisitos para la Reacreditación de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica Acreditados en el Periodo 2004-2012 conformará el programa de visitas de reacreditación para la segunda fase, dentro del ejercicio fiscal 2018.

Anexo 9. Estrategia de Cobertura

Clave y nombre del Pp:	G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica							
Tipo de Evaluación:	Evaluación de Consistencia y Resultados.				Año de la Evaluación:			2020
							pasajes de evaluadores. Falta de previsión presupuestal de los estados para complementar los gastos	presupuestal entre los estados y el programa
Metas a corto plazo factibles		Si		No	x	Parcial	Condicionadas a la disponibilidad presupuestal para gastos de los evaluadores.	Asumiendo compromisos de carácter presupuestal entre los estados y el Programa
Análisis de posibles riesgos o amenazas que vulneren el cumplimiento de las metas		Si		No	X	Parcial	La participación de los evaluadores es voluntaria y adicional a sus labores cotidianas.	Incentivar la participación de los evaluadores. Institucionalizar La función con compensación salarial.
Indicadores claros		Si		No	X	Parcial	No hay diferenciación de los tipos de PA	Separar las categorías de acreditación y reacreditación

Anexo 10. Diagramas de flujo de los procesos clave

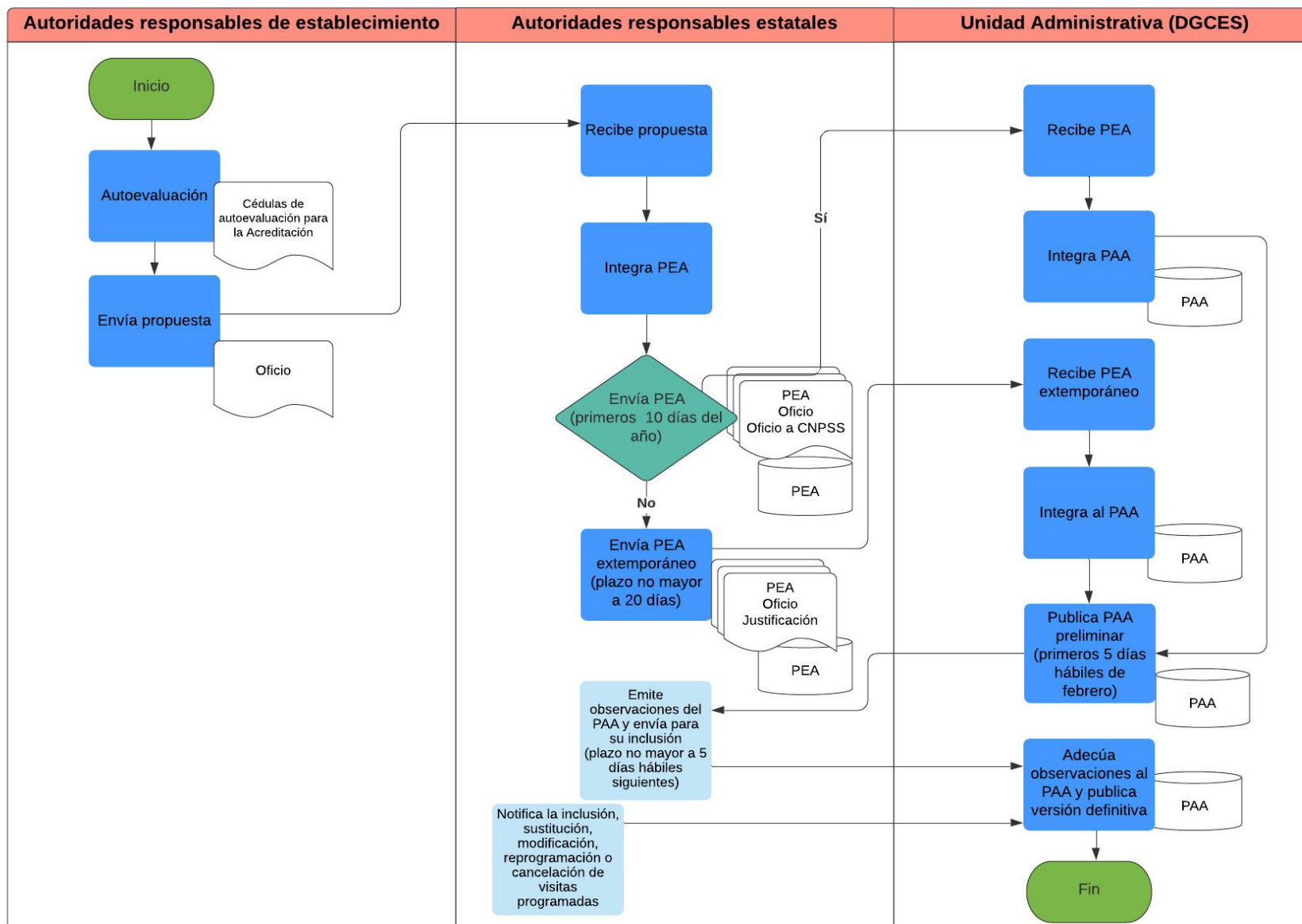
Proveedor	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Autoridades responsables de establecimientos	Recepción de Cédulas de autoevaluación	Autoevaluación. Llenado de Cédulas de autoevaluación para la Acreditación	Cédulas de autoevaluación	
		Envío/recepción de propuestas		
		Integración del PEA		
		Envío del PEA	PEA	Unidad administrativa
Autoridades responsables estatales	Registro, dar trámite	Recepción del PEA		
		Integración del PAA	PAA	Unidad administrativa
Unidad administrativa	Selección de PO	Recepción del PEA		
Unidad administrativa		Integración del PAA	PAA	Unidad administrativa
Unidad administrativa	Selección de destinatarios	Selección de establecimientos		
		Publicación de PAA preliminar		Autoridades responsables estatales
		Recepción de observaciones al PAA preliminar		
		Notificación de la inclusión, sustitución, modificación, reprogramación o cancelación de visitas programadas		
		Análisis de solicitudes		
		Resolución del análisis	PAA	Unidad administrativa
Autoridades responsables estatales	Entrega de bienes y/o servicios	Envío/recepción de cédulas de autoevaluación y formatos de subrogados firmados		
Unidad administrativa		Confirmación de visita de evaluación		
		Presentación a la visita	Acta de inicio	
		Inicio de visita		
		Actividades relativas a evaluación		
		Cierre de visita	Acta de cierre	

Anexo 10. Diagramas de flujo de los procesos clave

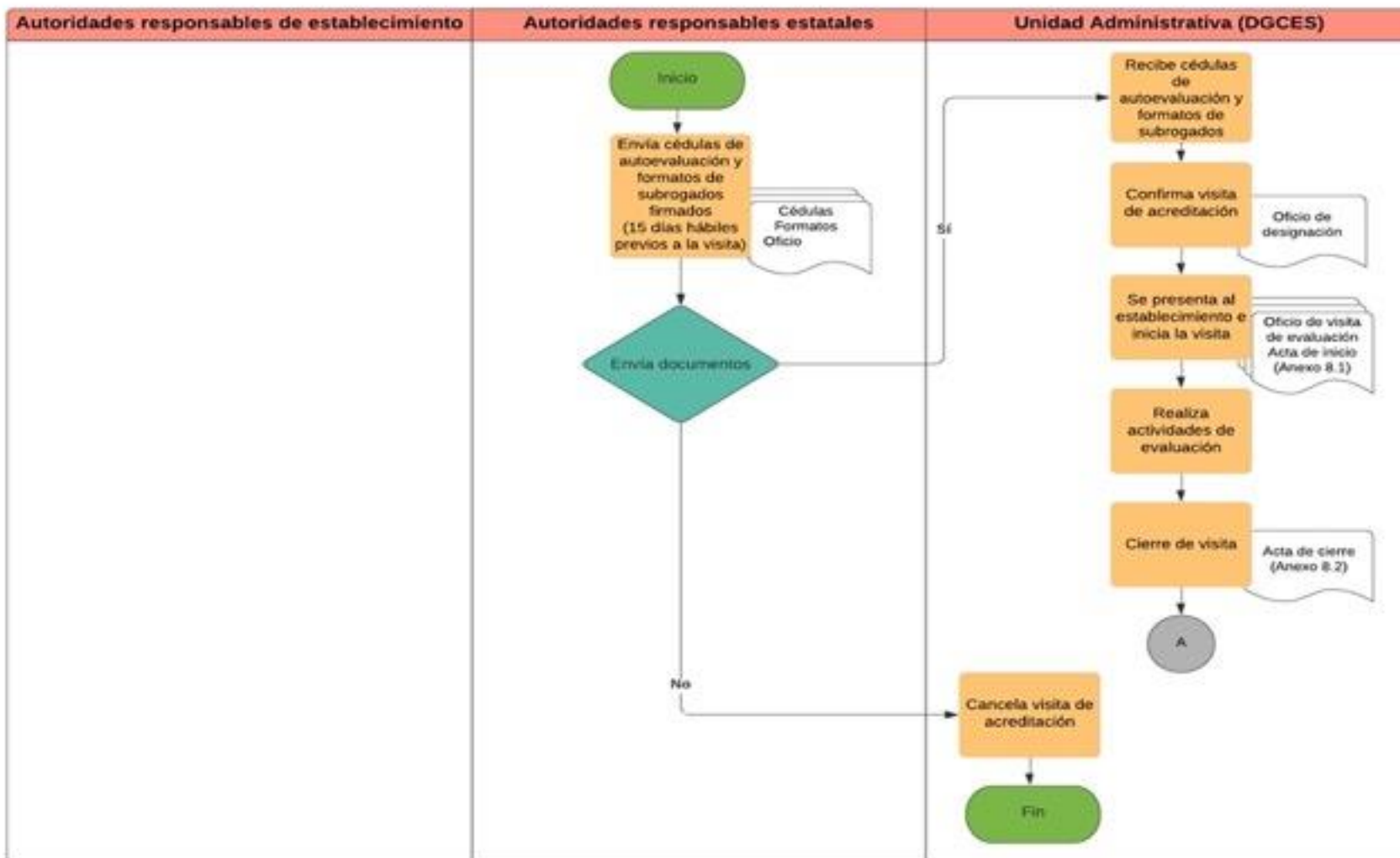
Proveedor	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
		Análisis de evidencia documental		
Unidad administrativa		Elaboración de informe de hallazgos	Informe de hallazgos	
Unidad administrativa		Elaboración de dictamen de acreditación	Dictamen de acreditación o reacreditación	
		Emisión de dictamen		
		Dar a conocer el dictamen		
		Envío de dictamen de acreditación	Dictamen de acreditación	Autoridades responsables estatales Autoridades responsables del establecimiento

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 06/12/2016, modificado el 22/08/2019 (DOF/MAESAM, 2016) (DOF/Modificación MAESAM, 2019).

Recepción, registro y dar trámite a solicitudes de servicios; selección de PO; selección de beneficiarios

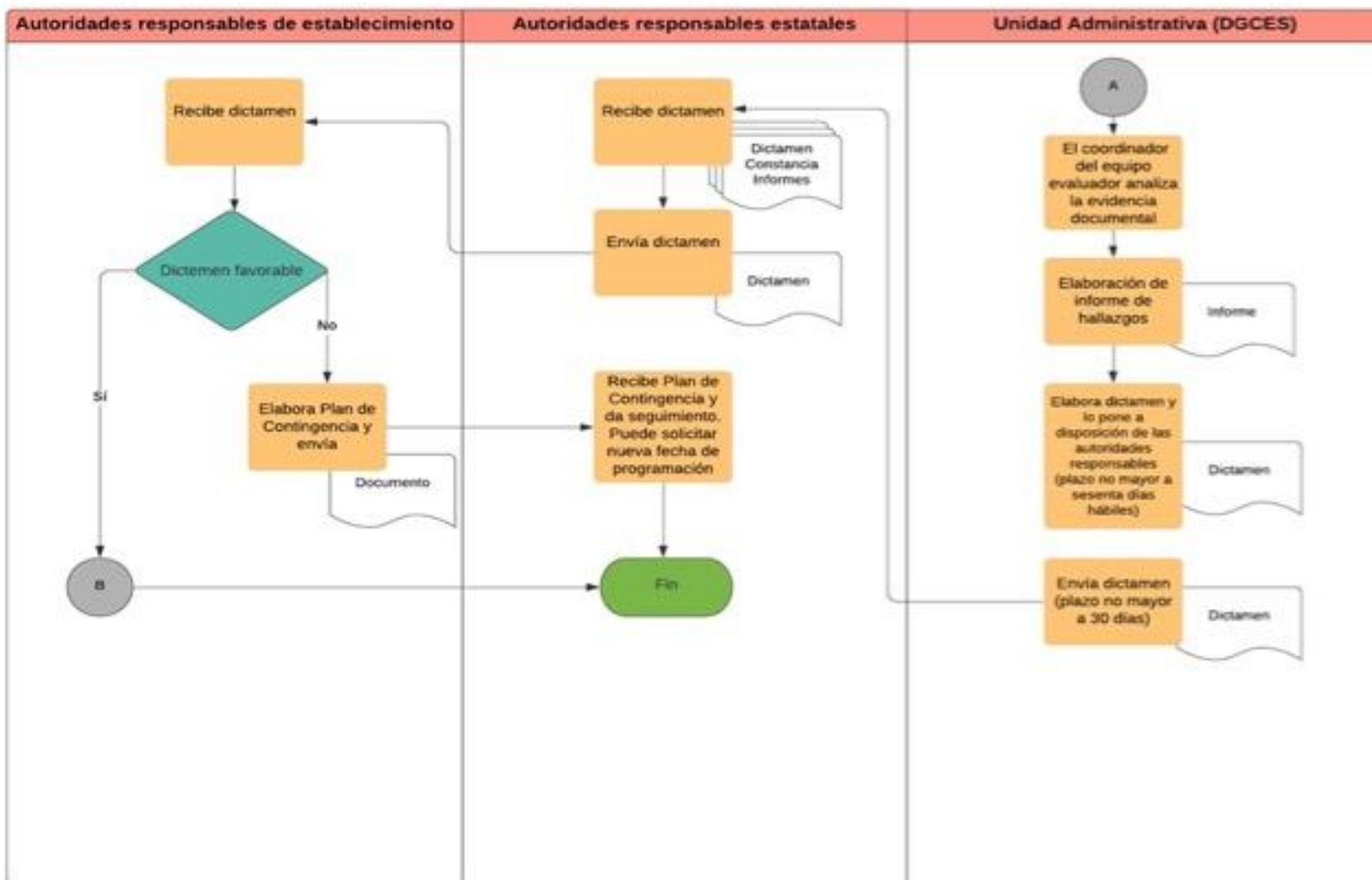


Entrega de bienes y/o servicios. Evaluación



Fuente: Elaboración propia con base en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 06/12/2016, modificado el 22/08/2019; y en el diagrama de flujo asociado.

Entrega de bienes y/o servicios. Dictaminación



Fuente: Elaboración propia con base en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 06/12/2016, modificado el 22/08/2019; y en el diagrama de flujo asociado.

Anexo 11. Presupuesto

La instancia evaluadora deberá especificar el monto del presupuesto aprobado para el año de evaluación del Pp.

Recursos presupuestarios

Capítulo de gasto	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	
2000 Materiales y suministros	1,071,515
3000 Servicios generales	259,097
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	14,331,757
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	-
6000 Inversión pública	-
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	-
8000 Participaciones y aportaciones	-
9000 Deuda pública	-
TOTAL	15,662,369

La instancia evaluadora deberá especificar la fuente de los recursos mediante los cuales se financia el Pp.

Fuente u origen de los recursos

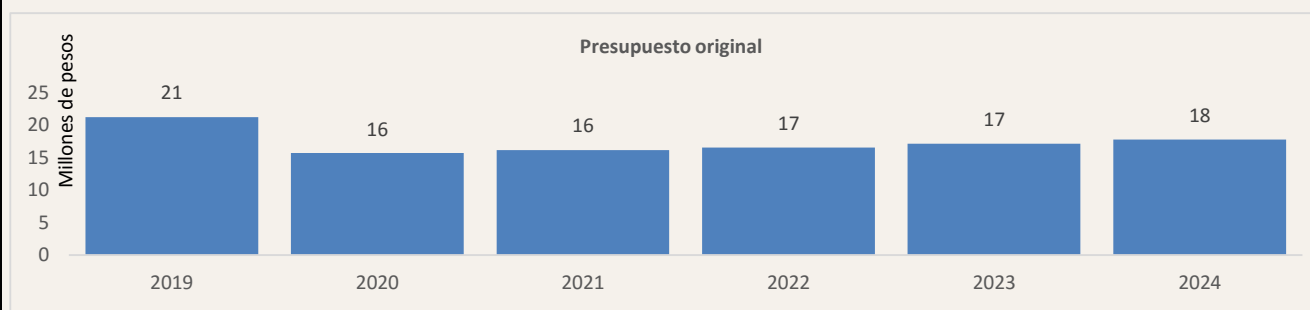
Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Recursos Fiscales	100
Otros recursos [especificar fuente(s)]	-
TOTAL	100

La instancia evaluadora deberá especificar, a partir de los capítulos de gasto señalados, el desglose de los gastos para generar los bienes y/o los servicios del Pp.

Gastos

Gasto	Metodología	Estimación	Fuente de información
Operación	Partidas de los conceptos 21, 22, 26, 27, 32, 33, 37 y 43	15, 255,944	Reporte Recursos financieros de la DGCEs
Mantenimiento	Partidas del concepto 24	406,425	Reporte Recursos financieros de la DGCEs
Capital			
TOTAL		15,662,369	
Unitario	Cociente del gasto ejercido entre los 939 dictámenes de acreditación entregados, mencionados en el anexo 13	6,466	Ver Fuente de esta tabla y Anexo 13 de este informe

La instancia evaluadora deberá especificar las estimaciones presupuestales para mantener la operación del programa en el corto o mediano plazo, considerando las previsiones para atender a la población objetivo en ejercicios fiscales subsecuentes. Para ello, es posible utilizar un esquema como el siguiente ejemplo.



Nota: las partidas del concepto 24 que han sido incluidas son: Material eléctrico y electrónico; Artículos metálicos para la construcción; Materiales complementarios; Otros materiales y artículos de construcción y reparación.

Fuente: Evidencia documental, archivo de Excel denominado "G005 Presupuesto 2020-2021" (DGCEs-CA, 2021).

Anexo 12. Instrumentos de medición del grado de satisfacción de la PA

El Pp G005 cuenta con una Contraloría Social para incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación de las metas, acciones y aplicaciones para fomentar el uso transparente de los recursos otorgados a las Entidades Federativas en forma de subsidios para que éstas a través de los SESA lleven a cabo las visitas de acreditación. También existe una Cédula de Evaluación del Desempeño del Equipo de Evaluadores, que se solicita se responda por el responsable del establecimiento una vez finalizada la visita para la acreditación, con el fin de medir la capacidad de gestión, competencias y habilidades, valores y principios y el desempeño del equipo evaluador durante la visita. No obstante, el equipo evaluador no obtuvo evidencia de un documento que defina la metodología para medir el grado de satisfacción de su población atendida.

Fuente: Elaboración propia con base en la respuesta a la pregunta 43.

Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas

Nombre del Pp:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Modalidad:		G005						
Dependencia/Entidad:		12 Salud						
Unidad Responsable:		610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados						
Año de la Evaluación:		2020						
Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Sentido del indicador	Medición del año 2019	Meta ajustada (2020)	Logro (2020)	Avance (%)	Justificación de desviaciones
Fin	Tasa de mortalidad por cáncer de mama	Anual	Descendente	-	-	-	-	Hasta el ejercicio fiscal 2018, los Indicadores Sectoriales no eran registrados en sus metas programadas y alcanzadas, por las Unidades Responsables (UR), en las MIR respectivas, donde se registraron en el nivel de Fin, en cumplimiento de la normatividad en ese entonces vigente en la materia, los cuales permanecieron en las MIR 2020 (como es el caso de este indicador), debido a que se migró las MIR de 2018 a 2019 y 2020. Cuando la normatividad cambió, algunas UR no disponían de la información para mantener el seguimiento de dichos indicadores, por lo que se decidió esperar por la publicación del PROSESA de la nueva administración para analizar la viabilidad de considerar los sectoriales como indicador de FIN o que la UR definiera uno propio, con el desfase en la publicación del PROSESA, la actualización se fue posponiendo. Por lo anterior, este indicador no registra avance.
Propósito	Porcentaje de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio a 30 días posterior al ingreso en mayores de 45 años	Anual	Descendente	102.13	28.11	28.11	100	Si bien para el Ejercicio 2020 se programó una meta de porcentaje de mortalidad intrahospitalaria de 28.11, es un dato que se calcula de manera bienal. En este sentido, en 2020 se calculó con datos de 2017 con una tasa estandarizada de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio de 27.52. Cabe mencionar que el cálculo del indicador lo realiza la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y el último dato disponible corresponde al 2017, el cual fue

Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas

Nombre del Pp:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Modalidad:		G005						
Dependencia/Entidad:		12 Salud						
Unidad Responsable:		610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados						
Año de la Evaluación:		2020						
Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Sentido del indicador	Medición del año 2019	Meta ajustada (2020)	Logro (2020)	Avance (%)	Justificación de desviaciones
								reportado a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2019.
Componente	Porcentaje de avance del Programa Anual de Supervisión	Semestral	Ascendente	111.11	90	100	111.11	Derivado de la pandemia ocasionada por el virus SARS CoV2, y de la disponibilidad de recursos humanos se priorizaron las visitas de acreditación, por lo que el Programa Anual de Supervisión se ejecutó durante el mes de diciembre, es importante destacar que la meta original de establecimientos supervisados se sobrecumplió, la meta original era de nueve establecimientos, pero se logró realizar una supervisión más que fue en el Estado de México, en la realización de un establecimiento de salud.
Componente	Porcentaje de establecimientos de segundo nivel de atención de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Semestral	Ascendente	100	17.19	17.19	100	Como resultado de la participación en la convocatoria de Proyectos de Mejora de la Calidad 2020, en la que los establecimientos participantes, comienzan con la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, se logró cumplir la meta al 100% con la incorporación de nuevos establecimientos, tales como: el Hospital General de Durango y el Hospital Integral de Mezquital, de los Servicios Estatales de Salud de Durango y el Hospital General Valle de Santiago de los Servicios de Salud de Guanajuato.
Componente	Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por la DGCEs	Semestral	Ascendente	100	100	50	50	La DGCEs por medio del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, concluyó los trabajos de revisión y actualización quinquenal de la NOM-005-SSA3-2020 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de

Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas

Nombre del Pp:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Modalidad:		G005						
Dependencia/Entidad:		12 Salud						
Unidad Responsable:		610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados						
Año de la Evaluación:		2020						
Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Sentido del indicador	Medición del año 2019	Meta ajustada (2020)	Logro (2020)	Avance (%)	Justificación de desviaciones
								establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; por lo que el pasado 9 de julio de 2020 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación. Cabe destacar que la NOM-003-SSA3-2016 Para la Práctica de la Hemodiálisis ha concluido ya su proceso de revisión y actualización, por lo que se encuentra en proceso de publicación, pero como no se ha publicado no puede ser tomada en cuenta para este reporte, por lo mismo la meta es parcial.
Componente	Porcentaje de Avance del Programa Anual de Evaluación	Semestral	Ascendente	120.88	90.1	92.42	102.57	Al cierre del 2020 se cuenta con 939 dictámenes de acreditación, lo que representa un avance de 92.42% del total de evaluaciones incluidas en el Programa Anual de Acreditación 2020. Es importante mencionar que, de éstas, 593 corresponden al procedimiento de Acreditación para el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Derivado de la pandemia por el virus SARS CoV2, las entidades federativas realizaron ajustes en sus Programas Estatales de Acreditación 2020, lo que dio como resultado un incremento en la demanda de evaluación de establecimientos y la concentración de las actividades durante el último trimestre de 2020.
Actividad	Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos	Trimestral	Ascendente		90	100	111.11	Derivado de la pandemia ocasionada por el virus SARS CoV2, y de la disponibilidad de recursos humanos se priorizaron las visitas de acreditación, por lo que el Programa Anual de Supervisión se ejecutó durante diciembre, es importante destacar que la meta original de establecimientos supervisados se sobrecumplió, la meta

Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas

Nombre del Pp:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Modalidad:		G005						
Dependencia/Entidad:		12 Salud						
Unidad Responsable:		610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados						
Año de la Evaluación:		2020						
Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Sentido del indicador	Medición del año 2019	Meta ajustada (2020)	Logro (2020)	Avance (%)	Justificación de desviaciones
								original era de nueve establecimientos, pero se logró realizar una supervisión más que fue en el Estado de México, un establecimiento de salud.
Actividad	Porcentaje de reuniones sectoriales para el fomento de la calidad y seguridad de la atención	Trimestral	Ascendente	100	100	166	166	Se supera la meta en relación a lo programado, ya que se realizaron 5 reuniones regionales en Morelos, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Campeche, en las cuales se realizó un taller específico sobre seguridad del paciente a partir de la identificación de riesgos para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), por parte de los Responsables estatales de Calidad.
Actividad	Porcentaje de capacitaciones en materia de calidad y seguridad del paciente a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud	Trimestral	Ascendente	100	100	100	100	Se desarrollaron capacitaciones para la adecuada colocación de Equipo de Protección Personal y el programa de capacitación en infecciones en prevención en Atención Primaria a la Salud, disponibles en la plataforma Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud (EDUC@DS) de forma virtual para tener un alcance nacional. Se cumplió 100% con la meta esperada.
Actividad	Porcentaje convenios de transferencia de recursos presupuestarios formalizados con las entidades federativas	Trimestral	Ascendente	100	100	100	100	La Dirección General de Calidad y educación en Salud (DGCEs), concluyó la suscripción de diez convenios de recursos presupuestarios con carácter de subsidios con las entidades de Chihuahua, Sonora, Puebla, Hidalgo, Campeche, Nuevo León, Jalisco, Nayarit, Morelos y Coahuila, Los convenios de transferencia de recursos permitieron la ejecución de las visitas de acreditación y reacreditación mediante el financiamiento de viáticos y pasajes del personal evaluador que realiza las visitas de

Anexo 13. Avance de los Indicadores respecto de sus metas

Nombre del Pp:		Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica						
Modalidad:		G005						
Dependencia/Entidad:		12 Salud						
Unidad Responsable:		610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud						
Tipo de Evaluación:		Evaluación de Consistencia y Resultados						
Año de la Evaluación:		2020						
Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de Medición	Sentido del indicador	Medición del año 2019	Meta ajustada (2020)	Logro (2020)	Avance (%)	Justificación de desviaciones
								acreditación, asimismo se logró la ejecución de cinco reuniones regionales en las cuales se fortalecieron la capacidad de respuesta organizacional para la reducción de los riesgos asociados a la atención de la pandemia por COVID19 cumpliendo la meta estipulada al inicio del ejercicio.
Actividad	Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica	Trimestral	Ascendente	135.97	167.92	92.42	55.04	Derivado de la pandemia por el virus SARS CoV2, las entidades federativas realizaron ajustes en sus Programas Estatales de Acreditación 2020, lo que dio como resultado un incremento en la demanda de evaluación de establecimientos y la concentración de las actividades durante el último trimestre de 2020 y una disminución importante en el número de evaluaciones pues los recursos se derivaron, de la acreditación, a la atención a la pandemia. Al cierre de 2020 se cuenta con un total de 939 dictámenes de acreditación, lo que representa un avance de 92.42% del total de evaluaciones incluidas en el Programa Anual de Acreditación 2020. Es importante mencionar que, de éstas, 593 corresponden al procedimiento de Acreditación inicial para el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en el primer nivel de atención referido en el numeral 6.1 en el Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica vigente.

Fuente: Elaboración propia con base en el Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. Cuenta Pública 2020 y 2019 (SHCP/AIPPAPFCP, 2020) (SHCP/AIPPAPFCP, 2019).

Anexo 14. Análisis FODA

Módulo de la evaluación	Fortaleza y/u oportunidad	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 1. Diseño	F. Congruente vinculación con la planeación sectorial y nacional y adecuada identificación, definición y cuantificación sus poblaciones potencial y atendida.	1-8		
d. Análisis de la población potencial, objetivo y atendida	F. Las poblaciones potencial, objetivo y atendida se encuentran delimitadas, sistematizadas, permiten su cuantificación y su verificación empírica.	7		
	F. Existencia de información sistematizada y documentada que le permite identificar sus poblaciones, sus características y el tipo de servicio que otorga y le permite su depuración o actualización.	8		
e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño	F. Existencia de indicadores que permitan obtener información sobre su gestión, la entrega de sus servicios, la cobertura y el resultado directos en su población objetivo por la utilización de los servicios que el Programa entrega.	9		
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
b. Análisis del problema público o necesidad	D. Deficiencias en el planteamiento el problema que se pretende atender	1-2	Revisar el problema central que se pretende atender y a partir de dicha re-definición se redimensionaría el Resumen Narrativo de la MIR, re-valorando los bienes y servicios que actualmente se proporcionan. Redimensionar la Actividad de acreditación a nivel de Componente, por ser una función modular del Programa.	Mediano plazo
b. Análisis del problema público o necesidad	D. Deficiencias en el Diagnóstico del Programa en cuanto a la precisión y uso homogéneo de las definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida, actualización y complementación de capítulos.	1-2	Actualizar y complementar el Diagnóstico del Programa, promover el uso homogéneo de definiciones y conceptos del programa en la documentación normativa.	Corto plazo
d. Análisis de la población potencial, objetivo y atendida	D. Inconsistencias en la definición y cuantificación de las PP, PO y PA entre los diversos documentos estratégicos del Programa.	7	Actualizar los documentos normativos del Programa y homogeneizar definición y cuantificación de las PP, PO, PA. Diagnóstico y Manual de procedimientos y Documento operativo.	Corto plazo

Anexo 14. Análisis FODA

e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño	D. Carencia de definición del valor de la línea base y el año al que corresponde en los indicadores de Actividad B 2 4.1 "Porcentaje de Dictámenes de acreditación de establecimientos para la atención médica" y el C 3 3.1 "Porcentaje de Notificaciones de los resultados de la supervisión de establecimientos"	9	Registrar el valor de la línea base y el año al que corresponde esa medición	Corto plazo
e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño	D. Deficiencias en la definición de medios de verificación para los indicadores de Componente y Actividad.	9	Revisar y corregir indicadores de Componente y actividad en cuanto a definición de numerador, denominador y medios de verificación.	Corto plazo
e. Análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño	D. Deficiencias en el indicador de Fin y Componente de la MIR 2021 no se incluye una justificación sobre la falta de la meta anual y la meta para 2021 del indicador del Componente A es menor a la línea de base, aun cuando el sentido del indicador es ascendente.	10	Revisar y corregir indicadores de Fin y Componente de la MIR 2021: Incluir en la justificación sobre la falta de la meta y revalorar la meta del indicador de Componente.	Corto plazo
g. Complementariedades y similitudes	O. Existe una complementariedad con el Pp S202 Calidad en la Atención Médica; ambos programas tienen como población a los establecimientos de atención médica y los dos están a cargo de la DGCES. Con el P012 Rectoría en Salud, ambos atienden poblaciones que son y/o pueden ser complementarias.	14	Generar mecanismos de coordinación institucionales formalmente con los Pp S202 Calidad en la Atención Médica y con el Pp P012 Rectoría en Salud. Visibilizar esta complementariedad y los mecanismos de coordinación que se establezcan en el documento de Diagnóstico del Programa.	Corto plazo
Módulo de la evaluación Fortaleza y/u oportunidad		Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 2. Planeación estratégica y orientación a resultados				
a. Instrumentos de planeación	F. Existencia de un Plan Anual de Trabajo (PAT) 2020, producto de un ejercicio de planeación institucionalizado y su actualización es anual.	16		
b. Generación y uso de información del desempeño	F. Atención completa a los aspectos susceptibles de mejora (ASM), mismos que se han incorporado en las actualizaciones que se han hecho al documento de diagnóstico del Programa	17		
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*

Anexo 14. Análisis FODA

Módulo 2. Planeación estratégica y orientación a resultados a. Instrumentos de planeación	D. El PAT carece de una programación anual de recursos para el Programa.	16	Realizar un ejercicio de programación y/o estimación de los recursos requeridos para el año siguiente, con base en los convenios con los SESA establecidos el año anterior; aún y cuando los recursos presupuestales no sean suficientes; quedaría constancia del por qué no fue posible alcanzar las metas programadas.	Corto plazo
a. Instrumentos de planeación	D. Existencia de un Plan Estratégico (PE) 2021-2023 que integra las áreas administrativas que la Conforman. Su elaboración no está establecida en una normativa; sus objetivos están referidos a un periodo de tres años y no de cinco, para considerarlo estratégico.	15	Definir un procedimiento para la elaboración del PE, ampliar su horizonte estratégico y establecer su vinculación con los objetivos del PND y el PSS 2019-2024 y 2020-2024, respectivamente.	Mediano plazo
b. Generación y uso de información del desempeño	D. Carencia en el cumplimiento de la Lógica Vertical de la MIR, no refleja que el logro del objetivo se alcance con un Sistema de Gestión de Calidad establecido que mejore la calidad de la atención con seguridad para el paciente; con establecimientos para la atención médica evaluados y supervisados y, con un marco legal actualizado que regule la prestación de servicios de atención médica.	20	Valorar la lógica interna del Programa para ratificar o rectificar la hipótesis de que el <<reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la prestación de los servicios de atención médica>> se logrará con: un Sistema de Gestión de Calidad establecido que mejore la calidad de la atención con seguridad para el paciente; con establecimientos para la atención médica evaluados y supervisados y, un marco legal actualizado que regule la prestación de servicios de atención médica; toda vez que la esencia del Pp que es la acreditación y reacreditación de establecimientos no está explícita en los componentes de la MIR.	Corto plazo
Módulo de la evaluación	Fortaleza y/u oportunidad	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 3. Cobertura y focalización	Disponibilidad de mecanismos para identificar a su población objetivo que es elegible para su atención	25		
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 3. Cobertura y focalización	D. Deficiencias en la definición de una estrategia de Cobertura, que hoy se identifica bajo un arreglo institucional informal.	24	Revisar las metodologías de cuantificación categorizando los establecimientos en acreditados y pendientes de acreditar; programados y realizados anualmente separando las de	Corto plazo

Anexo 14. Análisis FODA

			acreditación y reacreditación y con ello. Complementar las series históricas de las poblaciones P, O y A les permita rediseñar la estrategia de cobertura.	
Módulo de la evaluación	Fortaleza y/u oportunidad	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 4. Operación				
b. Solicitud de bienes y/o servicios	F. Existencia de información sistematizada referente a la población que demanda los servicios de acreditación.	27		
b. Solicitud de bienes y/o servicios	F. Adecuada información sistematizada en el PAA correspondiente a los establecimientos a acreditar durante el ejercicio presupuestal.	27		
b. Solicitud de bienes y/o servicios	F. Existencia de procedimientos definidos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios.	28		
b. Solicitud de bienes y/o servicios	F. Existencia de mecanismos de verificación para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios.	29		
c. Selección de la población objetivo	F. Adecuada información sistematizada para la selección de la PO.	30		
d. Entrega de bienes y/o servicios	F. Existencia de procedimientos definidos para la entrega de bienes y/o servicios.	33		
d. Entrega de bienes y/o servicios	F. Existencia de mecanismos de verificación para la entrega de los bienes y/o servicios.	34		
e. Mejora y simplificación regulatoria	F. Existencia de documentos normativos para establecer reglas claras de operación y funcionamiento para realizar la acreditación y/o reacreditación de los establecimientos de atención médica, plasmados en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica (2016 y 2019); lo que significa una mejora y simplificación regulatoria del proceso.	38	Actualizar el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, conforme al nuevo marco normativo señalado en la modificación de la Ley General de Salud de 2019 y la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. Realizar los trámites y registros ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria.	Corto plazo

Anexo 14. Análisis FODA

h. Transparencia y rendición de cuentas	F. Existencia de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para hacer públicos documentos normativos y operativos, información financiera, avances en indicadores, que son que son eficaces para fomentar las estrategias de los principios de gobierno abierto de la APF.	42-43		
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 4. Operación d. Entrega de bienes y/o servicios	D. Variaciones en la determinación y cumplimiento de metas anuales debido a la cancelación de unidades programadas en el PAA.	35	Definir mecanismos periódicos de actualización y ajuste de metas que permitan la sustitución de establecimientos programados para ser evaluados con fines de acreditación.	Corto plazo
d. Entrega de bienes y/o servicios	A. Limitaciones en los mecanismos financieros de los establecimientos por evaluarse que no permiten los ajustes de cumplimiento programados para su participación en la acreditación.	35	Gestionar ante las instancias normativas superiores, la priorización de establecimientos con programas pendientes de ajuste de cumplimiento	Mediano plazo.
d. Entrega de bienes y/o servicios	D. Insuficiencia de recursos humanos para la coordinación de los procesos de evaluación, principalmente en el último cuatrimestre del año en que se enfrenta una alta demanda de evaluaciones.	35	Definir y aplicar estrategias que permitan el equilibrio de la demanda, a lo largo del año, programando en los primeros meses los establecimientos que estén seguros de ser evaluados.	Corto plazo
d. Entrega de bienes y/o servicios	D. Inconsistencia entre los procedimientos para la generación de los servicios de acreditación y los documentos normativos actuales.	36	Actualizar los procedimientos para la generación de los servicios de acreditación a las disposiciones actuales de la orientación de la operación de los establecimientos de salud con la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada planteada por el INSAB.	Corto plazo
Módulo de la evaluación	Fortaleza y/u oportunidad	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 5. Percepción de la población atendida				
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 5. Percepción de la población atendida	D. Carencia de instrumentos para conocer y monitorear la satisfacción	44	Diseñar y aplicar un sistema de monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios indirectos del	Mediano plazo

Anexo 14. Análisis FODA

	de su población atendida de manera directa.		Programa como: el personal con funciones directivas en los establecimientos acreditados, el personal prestador de servicios y el personal que desempeña la función de evaluador en los procesos de acreditación.	
Módulo de la evaluación	Fortaleza y/u oportunidad	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 6: Medición de resultados	F. Medición de resultados del Programa través de la MIR y evaluaciones que no son de impacto.	45		
Módulo 6: Medición de resultados	F. Buen desempeño en el cumplimiento de las metas establecidas; 7 de los 10 indicadores factibles de valorar tuvieron un logro satisfactorio.	46		
Módulo de la evaluación	Debilidad y/o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación	Horizonte de atención*
Módulo 6: Medición de resultados	D. Carencia de una planeación estratégica vinculada a escenarios de mediano y largo plazos	45-46	Fortalecer la planeación estratégica del Programa con la identificación y definición de escenarios de mediano y largo plazos y la documentación de los avances programáticos permita medir su contribución a los objetivos superiores.	Mediano plazos

* Indicar: corto plazo (dentro de un ejercicio fiscal), mediano plazo (de dos a tres ejercicios fiscales) o largo plazo (más de tres ejercicios fiscales).

Anexo 15. Comparación con ECR anteriores

No le aplica al Programa, debido a que no hay Evaluaciones de Consistencia y Resultados anteriores.

Anexo 16. Valoración Final del Pp

Nombre del Pp: Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica

Modalidad: G005

Dependencia/Entidad: 12 Secretaría de Salud

Unidad Responsable: 610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

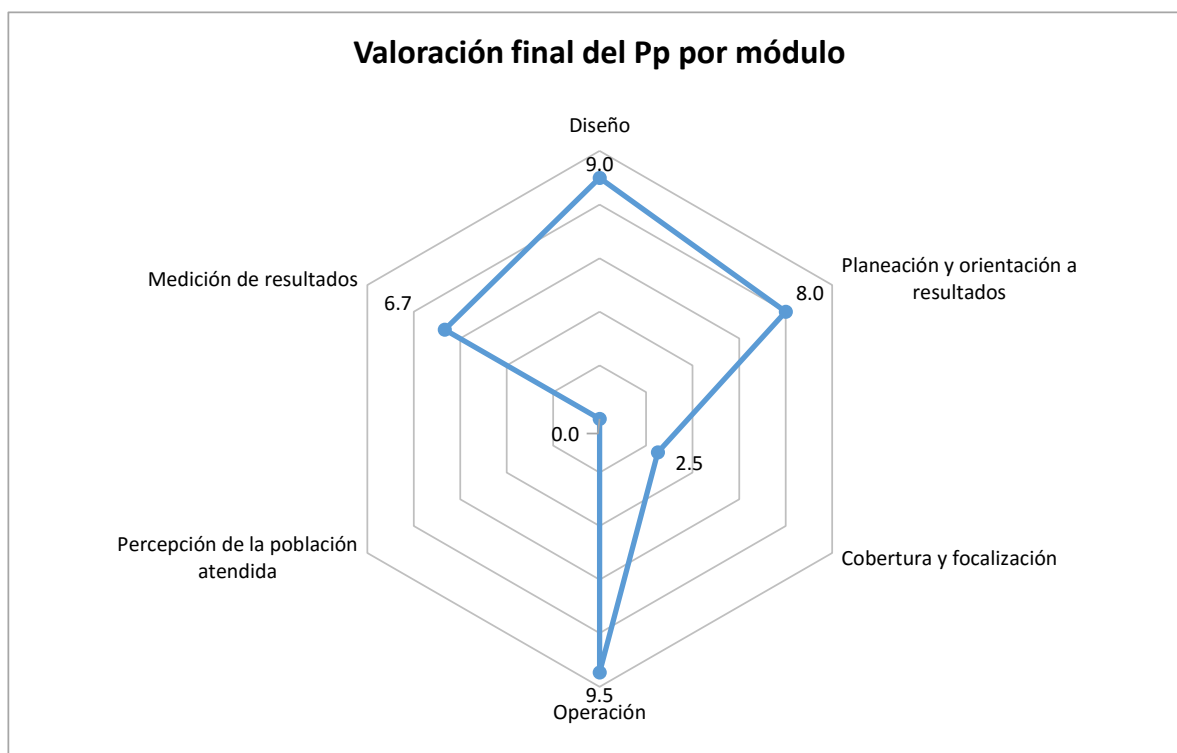
Tipo de Evaluación: Evaluación de Consistencia y Resultados

Año de la Evaluación: 2020

Módulo	Nivel promedio	Justificación
Diseño	9.0	Los elementos programáticos identificados tienen una vinculación congruente con la planeación sectorial y nacional e identifica, define y cuantifica sus poblaciones potencial y atendida. Se identifican tres áreas de mejora principales: 1) revisión del planteamiento del problema que busca resolver; 2) precisar y actualizar las definiciones de la población potencial, objetivo y atendida de manera homogénea en los distintos documentos normativos del Programa y 3) complementar su Diagnóstico.
Planeación y orientación a resultados	8.0	La planeación del Pp G005 está contenida en el Plan Estratégico de la DGCE y cuenta con indicadores de desempeño; la visión estratégica tiene un escenario de corto y mediano plazos; se dispone de programas anuales de trabajo (PAT) que con el seguimiento a los resultados de los indicadores de la MIR contribuyen a la generación de información con base en la cual se mide el desempeño del Programa y, esta información se genera de forma oportuna y confiable.
Cobertura y focalización	2.5	El Programa carece de una estrategia documentada de cobertura de las PP y PO. No obstante, el Programa se caracteriza por una adecuada cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo en los últimos años que le permitiría contar con la base para determinar escenarios de atención de corto, mediano y largo plazos que materialice la estrategia de cobertura que hoy se identifica bajo un arreglo institucional informal.
Operación	9.5	Los procesos que se ejecutan contribuyen a una adecuada implementación del Programa y son esenciales en darle consistencia y orientación hacia la obtención de resultados. Se identificaron dos condicionantes que afectan el desempeño del Programa: 1) los estados cancelan evaluaciones porque los establecimientos por evaluarse no cuentan con recursos financieros oportunos para cumplir con la acreditación/reacreditación; 2) la radicación de los recursos a los estados se da en el tercer semestre el año, lo que genera que no se ejerza de manera oportuna.
Percepción de la población atendida	0.0	A pesar de que el Programa cuenta con una Contraloría Social para fomentar el uso transparente de los subsidios otorgados a los gobiernos estatales, a través de los servicios estatales de salud, y dispone de una cédula de evaluación que responden los responsables de los establecimientos de salud al finalizar las visitas de acreditación, carece de instrumentos para conocer y

Módulo	Nivel promedio	Justificación
		monitorear la satisfacción de su población atendida de manera directa.
Medición de resultados	6.7	La medición se documenta con base en los indicadores de la MIR y evaluaciones externas que no son de impacto. Por lo que se refiere a los resultados del avance de los indicadores de la MIR, se observó un buen desempeño en el cumplimiento de las metas establecidas; 7 de los 10 indicadores factibles de valorar tuvieron un logro satisfactorio. Como área de mejora se identifica definir en su planeación estratégica escenarios de mediano y largo plazos.
<i>[Específicas del Pp (en su caso)]</i>		
Valoración final	8.4	La consistencia y orientación a resultados del Programa G005 son adecuadas, con algunas áreas de mejora. La valoración global sitúa al Programa en una categoría ordinal sobresaliente que refleja áreas de oportunidad mínimas para mejorar su diseño y orientar de forma más eficiente que la gestión se oriente a los resultados.

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación.

Anexo 17. Ficha Técnica de datos generales de la evaluación	
Nombre de la evaluación	Evaluación de Consistencia y resultados del programa presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica
Nombre y clave del programa evaluado	G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica
Ramo	Ramo 12 Salud
Unidad(es) Responsable(s)	610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
PAE de origen	PAE 2021
Año de conclusión y entrega de la evaluación	2021
Tipo de evaluación	Evaluación de Consistencia y resultados
Nombre de la instancia evaluadora	Investigación en Salud y Demografía S.C.
Nombre del(a) coordinador(a) de la evaluación	Dr. Manuel Urbina Fuentes
Nombre de los(as) principales colaboradores(as) de la instancia evaluadora	Lic. Patricia Barrón Belmonte Dra. Elsa Elena García Koch Lic. Mónica González Casillas Mtra. Sandra Milena Pacheco Mtra. Ana Beatriz Pérez Díaz Dra. Frida Rivera Buendía Dr. Ricardo Vernon Carter Dr. Sergio de la Vega Estrada Dr. José Luis Cisneros Dr. Gregorio Ornelas García Mtro. Gilberto A. Hernández de la Fuente Act. Javier Enrique Jiménez Bolón Act. José Luis Palma Cabrera
Unidad Administrativa Responsable de dar seguimiento a la evaluación (Área de Evaluación)	Dirección General de Evaluación del Desempeño
Forma de contratación de la instancia evaluadora	Procedimiento de invitación a cuando menos tres personas
Costo total de la evaluación con IVA incluido	\$754,000.00 IVA incluido
Fuente de financiamiento	Recursos Fiscales

Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación

La instancia evaluadora deberá registrar todas las fuentes de información utilizadas en la evaluación, considerando aquellas proporcionadas por el Pp evaluado y las recolectadas por la propia instancia evaluadora durante el análisis de gabinete y/o análisis cualitativo, esto es, el diagnóstico; documentos normativos e institucionales; informes o estudios nacionales e internacionales, fuentes de información y estadísticas oficiales, registros administrativos, entre otros.

Se sugiere utilizar algún estilo de referenciación, por ejemplo, el estilo American Psychological Association (APA) para referenciar y presentar las fuentes de información.

Finalmente, se sugiere registrar y clasificar las fuentes de información, de acuerdo con el tipo de material empleado, tal como se muestra a continuación.

Documentos normativos e institucionales

1. CONEVAL/GELM. (2019). Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas.
2. DGCES/AP. (s.f.). Árbol de Problemas G005.
3. DGCES/DOP. (2021). Documento Operativo del Programa Presupuestario G005 "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica para el Ejercicio 2021".
4. DGCES/FT. (2021). Fichas Técnicas de Indicadores del Desempeño del G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
5. DGCES/GOMCS. (2020). Guía Operativa para el mecanismo de Contraloría Social del Programa Presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005.
6. DGCES/MIR. (2021). Matriz de Indicadores para Resultados del Pp G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
7. DGCES/NASM. (Septiembre de 2017). Nota de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones al programa presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005.
8. DOF/LFTAIP. (20 de 05 de 2021). Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
9. DOF/LGTAIP. (20 de 05 de 2021). Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
10. DOF/MAESAM. (06 de 12 de 2016). Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 6 de diciembre de 2016.
11. DOF/Modificación MAESAM. (22 de Agosto de 2019). Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
12. DOF/PIB. (21 de 12 de 2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar.
13. DOF/PSS. (17 de Agosto de 2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
14. DOF/RISS. (19 de Enero de 2004). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Última reforma DOF 7-02-2018.
15. SHCP-CONEVAL-SFP/MASM. (08 de Marzo de 2011). Mecanismo para el seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora.
16. SHCP-CONEVAL/DPP. (29 de Agosto de 2019). Aspectos a considerar para la elaboración del diagnóstico de los programas presupuestarios de nueva creación o con cambios sustanciales que se propongan incluir en la Estructura Programática del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación

17. SHCP-CONEVAL/LMIRROP. (27 de Junio de 2019). Lineamientos para la Vinculación de la Matriz de Indicadores para Resultados y las Reglas de Operación de los Programas Presupuestarios.
18. SHCP-CONEVAL/PAE. (28 de Abril de 2020). Programa Anual de Evaluación de los Programas Presupuestarios y Políticas Públicas de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2020.
19. SHCP-SFP-CONEVAL/Lineamientos. (30 de Marzo de 2007). Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.
20. SHCP/ALPPP. (Junio de 2020). Anexo 1 de los Lineamientos para el Proceso de Programación y Presupuesto para 2021.
21. SHCP/CPp. (15 de Agosto de 2019). Oficio no. 307-A./1990. Manual de Programación y Presupuesto 2020. Anexo 2. Clasificación del Programas Presupuestarios (Pp's).
22. SHCP/EP. (Junio de 2015). Estructura Programática a Emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2016.
23. SHCP/Guía Indicadores. (14 de Octubre de 2016). Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos.
24. SHCP/Guía MIR. (14 de Octubre de 2016). Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados.
25. SS-DGCES/MPDGCES. (2016). Manual de procedimientos de la dirección general de calidad y educación en salud
26. SS-DGCES/Diagnóstico. (Julio de 2015). Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
27. SS-DGCES/Diagnóstico. (Septiembre de 2017). Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
28. SS-DGCES/Diagnóstico. (Septiembre de 2018). Diagnóstico del Programa Presupuestario G005: Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
29. SS-DGCES/DO. (2020). Documento Operativo del Programa de Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2020.
30. SS-DGCES/Flujograma MAESAM. (2019). Diagrama de flujo. Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 06/12/2016, modificado el 22/08/2019.
31. SS-DGCES/MAESAM. (22 de Agosto de 2019). Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
32. SS-DGCES/PAT. (2020). Programa Anual de Trabajo PAT 2021.
33. SS-DGCES/PE. (2021). Plan Estratégico 2021-2023. México.
34. SS-DGECS. (Diciembre de 2017). 147. Procedimiento para la Integración del Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
35. SS-DGED/TdR. (Octubre de 2021). Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
36. SS/ADTASM. (2017-2018). Avance al Documento de Trabajo: G-005-Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica.

Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación

37. SS/Convocatoria. (15 de Octubre de 2021). Invitación a Cuando Menos Tres Personas Nacional Electrónica IA-012000991-E272-2021. Servicio para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
38. SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2018). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
39. SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2019). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
40. SS/DGCES DO. (01 de 01 de 2021). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
41. SS/DGCES DO. (01 de enero de 2017). Documento operativo del programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, G005.
42. SS/DGCES MAESAM. (06 de 12 de 2016). Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 6 de diciembre de 2016.
43. SS/DGCES/PAA. (2020). Programa Anual de Acreditación 2020.
44. SS/DGIS CLUES. (27 de 12 de 2012). Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud. Diario Oficial de la Federación. México.
45. SS/RI. (19 de Enero de 2004). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Última reforma DOF 7-02-2018.
46. SS/ROP S202. (29 de Diciembre de 2020). Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2021.

Informes

47. ASF/ADG005. (2016). Secretaría de Salud. Regulación y Vigilancia en la Atención Médica. Auditoría de Desempeño: 16-0-12100-07-0210.
48. CONAMER. (22 de Agosto de 2019). Catálogo Nacional de Trámites, servicios, inspecciones y regulaciones de todo México.
49. CONEVAL/EDDS. (Noviembre de 2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018.
50. ONU-CDESC/OG14. (12 de Mayo de 2000). Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
51. SHCP/AIPPAPFCP. (2019). Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. Cuenta Pública 2019.
52. SHCP/AIPPAPFCP. (2020). Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. Cuenta Pública 2020.
53. SHCP/TP FP012. (2021). Ficha del Programa Presupuestario P012 Rectoría en Salud.

Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación

54. SHCP/TP FPG005. (2021). Ficha del Programa Presupuestario G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica.
55. SHCP/TP FS202. (2021). Transparencia Presupuestaria. Observatorio del Gasto. Ficha del Programa Presupuestario S202 Calidad de la Atención Médica.
56. UNAM/ED P012. (2016). Evaluación de Diseño. Programa presupuestario P12 "Rectoría en Salud".

Libros

Revistas

Documentos de trabajo e investigación

57. DGCES/Nota BD. (16 de Noviembre de 2021). Nota informativa. Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005. México, México.
58. DGCES/Nota informativa, Operación. (16 de noviembre de 2021). Operación del Programa Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005.

Páginas web

59. DGCES. (2021). Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). <http://www.calidad.salud.gob.mx/>
60. DGED/ASM. (2016-2017). Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado el 06 de Noviembre de 2021, de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/asm_filtro.html
61. CONAMER. (9 de Abril de 2018). ¿Qué es la Mejora Regulatoria? <https://www.gob.mx/conamer/acciones-y-programas/que-es-la-mejora-regulatoria>
62. DGED. (2021). Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). Aspectos Susceptibles de Mejora. <https://www.gob.mx/salud/documentos/mecanismos-aspectos-susceptibles-de-mejora-asm?state=published>
63. SHCP/TP. (2021). Transparencia Presupuestaria. Observatorio del Gasto. Programas. <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#consultas>

Estadísticas y registros administrativos

64. CONEVAL/Inventario. (2019). Inventario Coneval de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.
65. DGCES-CA. (2021). Recursos Financieros 2020-2021.
66. DGCES/BD EE. (2020). Base de datos de establecimientos evaluados.
67. SHCP. (2020). Base de Datos. Alineación de Estructuras Programáticas 2020.
68. SHCP/CP 2016. (2017). Cuenta Pública 2016. Gasto por Categoría Programática 12 Salud.
69. SHCP/CP 2017. (2018). Cuenta Pública 2017. Gasto por Categoría Programática 12 Salud.
70. SHCP/CP 2018. (2019). Cuenta Pública 2018. Gasto por Categoría Programática 12 Salud.
71. SHCP/CP 2019. (2020). Cuenta Pública 2019. Gasto por Categoría Programática 12 Salud.

Anexo 18. Fuentes de información de la evaluación

72. SHCP/CP 2020. (2021). Cuenta Pública 2020. Gasto por Categoría Programática 12 Salud.

73. SS/VPND-ODS. (2021). Base de Datos. Vinculación de la Secretaría de Salud con el PND y los ODS.

Otro

74. DGCEs-DG/Oficio DO G005. (31 de agosto de 2021). Documento operativo G005, 2021 a Secretaría de Salud y DGSS de Aguascalientes, cumplimiento de criterios de elegibilidad.

75. DGCEs-DG/PAAA. (15 de enero de 2020). Anual de Acreditación y Autoevaluación, 2020, oficio DGCEs-DG 0052.

76. DGCEs-DG/Solicitud de Padrón. (03 de marzo de 2020). Oficio 0260 DGCEs-DG Solicitud de Padrón de evaluadores a SS y DGISSEA.

77. DGCEs/oficio modificaciones al DO. (06 de diciembre de 2019). Modificaciones al documento Operativo G005, 2019, oficio 02077, 6 de diciembre de 2019.

78. DGCEs/oficio y PEA HGO. (27 de enero de 2021). Acuse de recibo del Programa Estatal de Acreditación del estado de Hidalgo 2021.

79. DGCEs/Presentación G005. (28 de Octubre de 2021). Presentación del Programa Presupuestal G005 "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica".

80. ILPES/Boletín 15. (30 de Octubre de 2004). Metodología de Marco Lógico. Santiago, Chile.

81. Presidencia de la República. (2016). Iniciativa de Decreto por el que reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

82. SS y DGSS/Postulación G005. (26 de agosto de 2020). oficio 000496, Postulación para el Programa G005, Secretaría de salud y DGSS Hidalgo. 26 agosto de 2020.

83. SS y DGSSH/Evaluadores. (26 de agosto de 2020). oficio 000496, Evaluadores Programa G005, Secretaría de salud y DGSS Hidalgo.

84. SS-DGPyP/EPI. (30 de Septiembre de 2020). Anteproyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2021. Estructura Programática Individual.

85. SS-INSP/EESUHCAUSES. (2018). Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES. México.

86. UAM/-INSP/SICS. (2014). Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. México.

Fuente: Elaboración propia con base en las evidencias documentales empleadas para la realización de la evaluación.

Anexos Complementarios de Preguntas

Anexo A. Complemento a la Pregunta 7

Definiciones de las Poblaciones (P)

La Población potencial (PP) se definió en el Diagnóstico 2018 del Programa como “Los establecimientos para la atención médica definidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSNPSAM), que en su artículo 7, fracción tercera establece que: todo aquel, público, social, o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos”. La cuantificación en 2017, según base de datos de la Clave Única de establecimientos de Salud (CLUES), fue de 36,892 establecimientos con CLUES, de los que 21,627 son el “universo potencial de establecimientos susceptibles de acreditación”, al aplicar la metodología para la identificación y cuantificación del AE potencial (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). No se reporta esta estimación para 2018; para 2019 y 2020 se reportaron 22,503 y 21,689 establecimientos, respectivamente (SS/DGCES DO, 2019) (SS-DGCES/DO, 2020); también se refirió que la actualización del registro CLUES es permanente, ya que se reciben y dictaminan las solicitudes de registro en todo momento y se publica en el portal DGIS.salu.gob.mx, de forma mensual (SS/DGIS CLUES, 2012).

La Población objetivo (PO) se definió como “De conformidad con lo establecido en el artículo 7 del RLGSNPSAM, se atenderán a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención médica, con base en la estimación del Universo potencial que están pendientes de acreditación”. Para la cuantificación de la PO en 2017, se parte de que la DGCES tiene acreditados un total de 10,767 establecimientos en el periodo que va de 2004 a junio de 2017, por lo que la PO es de 10,860 establecimientos que no cuentan con acreditación (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). No se dispuso del dato de esta PO para los años 2018 a 2020. Operativamente, la cuantificación de la PO se realiza anualmente a partir del Programa Anual de Acreditación que realiza la DGCES, a partir de las solicitudes presentadas por las autoridades responsables estatales, públicas o privadas y es la cantidad de establecimientos que el Programa se propone atender en el ejercicio presupuestal correspondiente (DOF/MAESAM, 2016).¹⁴

La Población atendida (PA) se conforma por los establecimientos para la atención médica de la PO que se lograron atender en el ejercicio fiscal determinado y que concluyen con un dictamen que puede ser de acreditación, reacreditación o no favorable. Esta población corresponde a un subconjunto o totalidad de la población objetivo (SS-DGCES/Diagnóstico, 2018). La DGCES cuenta con el sistema de registro de la Base de datos de expedientes de acreditación en el que, a partir de la CLUES, se captura la información de los establecimientos de salud inscritos al Programa Anual de Acreditación; de forma posterior, se registran los resultados de la evaluación y en su caso los datos de la acreditación o reacreditación (población atendida).

Metodología para la identificación y cuantificación de la PP (síntesis)

- Universo potencial de establecimientos con registro de CLUES de todos los estatus, (consultada en febrero de 2017): 36,892 establecimientos.
- En estatus de operación, se excluyen 3,030 establecimientos fuera de operación y en obra, quedando 33,852 establecimientos.
- Se consideran únicamente establecimientos de consulta externa y hospitalización; se excluyen 1,905

¹⁴ Programa Anual de Acreditación: Documento elaborado por la Unidad Administrativa, que integra los ejercicios de planeación y priorización de Establecimientos susceptibles de ser incluidos en el proceso de Acreditación y Reacreditación durante un año determinado, considerando las necesidades de su población usuaria.

Programa Estatal de Acreditación. Documento elaborado por las Autoridades Responsables, que contiene las acciones de programación y priorización de Establecimientos que se propone acreditar, basados las necesidades de su población usuaria.

establecimientos de apoyo y asistencia social, quedando 31,947 establecimientos.

- d. Se consideran únicamente los que reciben financiamiento del sistema nacional de protección en salud; se excluyen 277 establecimientos del IMSS, ISSSTE, PEMEX, PGR, SCT, SEDENA, y SEMAR; lo que da un total de 29,170 establecimientos.
- e. De la Secretaría de Salud se excluyen los de consulta externa que no son susceptibles de acreditación; se excluyen 837 establecimientos de brigada móvil, casa de salud, centro regional de desarrollo infantil, consultorio delegacional, sanidad internacional y unidad de ministerio público; que da un total de 28,333 establecimientos.
- f. De los servicios médicos privados y hospitales universitarios solo se consideran los establecimientos tipo hospitalización (HO); se excluyen 6,039 unidades de consulta externa; que dan un total de 22,294 establecimientos.
- g. Del IMSS PROSPERA, se excluyen 667 unidades que la División de Atención a la Salud y Política de Calidad determina como no acreditables; para tener el **Universo potencial de 21,627 establecimientos susceptibles de acreditación** (SS-DGCES/Diagnóstico, 2015).