

Documento de Posición Institucional de Aspectos Susceptibles de Mejora (PI-ASM)

G005-Regulación y vigilancia de los establecimientos y servicios de atención médica

Datos 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.
Tipo de evaluación	Evaluación de Consistencia y Resultados
Objetivo de la evaluación	Proveer información que retroalimentara su diseño, gestión y resultados.
Instancia evaluadora	Investigación en Salud y Demografía, S.C.
Coordinador(a) de la evaluación	Dirección General de Evaluación del Desempeño
Datos de identificación del (de los) Pp evaluados	
Clave(s) del (de los) Pp	Denominación del (de los) Pp
Pp 1	G005-Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica
Unidad(es) Responsable(s) Pp 1	601 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Comentarios generales:

Se identificó la necesidad de actualizar el documento de diagnóstico, además de la revisión del problema por atender se recomienda revisar y actualizar la congruencia del Programa con las funciones normativas; así como el que se amplíe la información correspondiente a las posibles alternativas de solución al problema que atiende el Pp G005.

Comentarios específicos

Derivado de los resultados de la evaluación y a efecto de 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*, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud deberá:

- Revisar la problemática que pretende atender el Programa Presupuestario 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 y no solo a los que otorgan atención a la población sin seguridad social.



- Determinar una metodología para la medición de la satisfacción de la población objetivo del programa G005.
- Generar sistemas de información que retroalimente el diseño, la gestión y los resultados del citado programa.

ASM

Referencia/ pregunta	Texto del Informe Recomendación/Hallazgo	Estatu s	Punto de vista de la dependencia o entidad/Justificaci ón de la aceptación o rechazo de la recomendación	Acción de mejora derivada de la evaluación ¹ /ASM
1-2	1. 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.	Sí	Se considera importante re-definir el problema central que se pretende atender y a partir de dicha definición, determinar los indicadores para el Resumen Narrativo de la MIR.	Elaboración de un análisis con base en la metodología de MML y la MIR para determinar la redimensión de Componentes y Actividades, y actualización de datos en las fichas técnicas de los indicadores de la MIR.
1-2	2. Actualizar y complementar el Diagnostico del Programa, promover el uso homogéneo de definiciones y conceptos del programa en la documentación normativa.	Sí	Durante la evaluación de consistencia y resultados del programa G005, se identificó la necesidad de actualizar el diagnóstico y con ello determinar el alcance y la contribución del programa presupuestario	Revisión para la actualización del diagnóstico, definiciones y conceptos alineados con la normatividad, mediante documento preliminar.
7	3. Actualizar los documentos normativos del Programa y homogeneizar definición y cuantificación de las PP, PO, PA. Diagnóstico y Manual de procedimientos y Documento operativo.	Sí	Es relevante disponer de documentos técnicos normativos actualizados.	Revisión para la actualización del diagnóstico, definiciones y conceptos alineados con la normatividad, mediante documento preliminar.
9	4. Registrar el valor de la línea base y el año al que corresponde esa medición.	Sí	Se considera necesario contar con fichas técnicas completas	Elaboración de un análisis con base en la metodología de MML y la MIR para determinar la redimensión de Componentes y Actividades, y actualización de datos en las fichas técnicas de los indicadores de la MIR.
9	5. Revisar y corregir indicadores de Componente y actividad en cuanto a definición de numerador, denominador y medios de verificación.	Sí	Se considera necesario contar con fichas técnicas completas	Elaboración de un análisis con base en la metodología de MML y la MIR para determinar la redimensión de Componentes y Actividades, y actualización de datos en las fichas técnicas de los indicadores de la MIR.
10	6. 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.	Sí	Se considera necesario contar con fichas técnicas completas	Elaboración de un análisis con base en la metodología de MML y la MIR para determinar la redimensión de Componentes y Actividades, y actualización de datos en las fichas técnicas de los indicadores de la MIR.

¹ Acciones de mejora planeadas o emprendidas.

^{ASM} Revisión, análisis o elementos que servirán para la definición de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), a través de la elaboración del Documento de Opinión correspondiente]



Referencia/ pregunta	Texto del Informe Recomendación/Hallazgo	Estatu s	Punto de vista de la dependencia o entidad/Justificaci ón de la aceptación o rechazo de la recomendación	Acción de mejora derivada de la evaluación ¹ /ASM
14	7. 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.	No	El Programa S202 no se encuentra activo para el ejercicio 2022. No se visualizan complementariedades. El Programa P013 no cuenta con poblaciones o equivalencias complementarias, y su población está dirigida a personas físicas y no así morales. Actualmente la Unidad Administrativa no se encuentra en condiciones de establecer mecanismos de coordinación institucional.	
16	8. 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.	No	Sustentado en la Nota Técnica. Las metas del Programa se realizan considerando los resultados del año anterior, sin embargo la asignación del presupuesto anual no depende de la unidad administrativa, por lo que puede haber variación en su cumplimiento. Los períodos de programación y ejecución del Programa anual de Acreditación y del Pp G005 se ejecutan en tiempos diferentes. El Pp G 005 tiene la posibilidad de reformularse con otros tipos de Proyectos y Líneas Estratégicas.	
15	9. Definir un procedimiento para la elaboración del PE (Plan Estratégico), ampliar su horizonte estratégico y establecer su vinculación con los objetivos del PND y el PSS 2019-2024 y 2020-2024, respectivamente.	No	Sustentado en la Nota Técnica La planeación y operación del Programa, se establece en el Documento Operativo. El Pp G 005 tiene la posibilidad de reformularse con otros tipos de Proyectos y Líneas Estratégicas, por lo que su horizonte estratégico está definido.	
20	10. 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.	Sí	Se considera relevante realizar la revisión de la Lógica interna del Programa a través de su MIR	Revisión para la actualización del diagnóstico, definiciones y conceptos alineados con la normatividad, mediante documento preliminar.



Referencia/ pregunta	Texto del Informe Recomendación/Hallazgo	Estatu s	Punto de vista de la dependencia o entidad/Justificaci ón de la aceptación o rechazo de la recomendación	Acción de mejora derivada de la evaluación ¹ /ASM
24	11. Revisar las metodologías de cuantificación categorizando los establecimientos en acreditados y pendientes de acreditar; programados y realizados anualmente separando las de acreditación y reacreditación y con ello. Complementar las series históricas de las poblaciones P, O y A les permita rediseñar la estrategia de cobertura.	Sí	Se considera relevante realizar un Análisis de metodología de cuantificación y categorización.	Revisión de las metodologías de cuantificación y categorización que permitan completar información de las Poblaciones del Programa.
38	12. 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.	Sí	Se considera relevante la actualización del Documento Operativo del Programa	Actualización del Documento Operativo del Programa, alineando lo específico con el Manual de Acreditación
35	13. Definir mecanismos periódicos de actualización y ajuste de metas que permitan la sustitución de establecimientos programados para ser evaluados con fines de acreditación.	Sí	En los primeros meses del año las entidades no programan visitas porque se encuentran en etapa de planeación	Definición de mecanismos periódicos de actualización y ajuste de metas del Programa que permitan la sustitución de establecimientos programados
35	14. Gestionar ante las instancias normativas superiores, la priorización de establecimientos con programas pendientes de ajuste de cumplimiento.	No	Sustentado en la Nota Técnica. En los primeros meses del año las entidades no programan visitas porque se encuentran en etapa de planeación. Se aclara la focalización de la población que atiende el Pp C 005, derivado del universo establecido en el Programa Anual de Acreditación.	
35	15. 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.	No	Sustentado en la Nota Técnica. En los primeros meses del año las entidades no programan visitas porque se encuentran en etapa de planeación. Se aclaran los periodos de planificación y operación del Programa Anual de Acreditación y del Pp C005.	
36	16. 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 INSABI.	No	Sustentado en la Nota Técnica. La acreditación establece con claridad en el Manual su alcance y está dirigida a los tres niveles de atención. El Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, y la Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica determinan los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad en los	



Referencia/ pregunta	Texto del Informe Recomendación/Hallazgo	Estatu s	Punto de vista de la dependencia o entidad/Justificaci ón de la aceptación o rechazo de la recomendación	Acción de mejora derivada de la evaluación ¹ /ASM
			Establecimientos de Atención médica en intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES, los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos FPGC y el Seguro Médico Siglo XXI SMS XXI, los cuales se encuentran asociados a los niveles de atención y las Redes específicas de servicios de salud.	
44	17. Diseñar y aplicar un sistema de monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios indirectos del 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.	Sí	Resulta importante la metodología para la medición de la satisfacción de la población objetivo del programa G005.	Propuesta de monitoreo de la satisfacción de los usuarios indirectos del programa presupuestario.
45-46	18. 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.	Sí	Fortalecer la planeación estratégica del programa.	Fortalecimiento de la planeación estratégica del Programa con la identificación y definición de escenarios de mediano y largo plazos.
33	19. 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".	No	Dado que la Evaluación de Indicadores y de Procesos es parte del Sistema de Evaluación del Desempeño y del programa de mejoramiento de la gestión, la Unidad Administrativa no ha previsto en su planificación y presupuestación el ejecutar una acción de esa relevancia. Adicional, se tiene que la Unidad Administrativa en el transcurso de 2022 y 2023 atenderá los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la Evaluación de Consistencia y Resultados 2021.	

NOTA: Es importante considerar que una sola recomendación puede derivar en varios ASM o viceversa, un solo ASM incluir varias recomendaciones.

Fuentes de información utilizadas

MIR G005

Informes de la Evaluación de Consistencia y Resultados 2021



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Unidad(es) Responsable(s) que participaron en la elaboración de la PI-ASM

Unidad Responsable	Nombre(s) de la persona(s) servidora(s) pública(s)
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Marcela Sánchez Zavala Subdirectora de Acreditación y Garantía der Calidad
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Juana Sánchez Laguna Jefa de Departamento
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Francisca Patricia Vázquez Guerrero Jefa de Departamento de Sistemas de Reconocimiento
Dirección General de Evaluación del Desempeño	Mtro. Ibelcar Molina Mandujano Director de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud
Dirección General de Evaluación del Desempeño	Rosa Haydeé Martínez Ojeda Subdirectora de Programas Especiales de Salud
Dirección General de Evaluación del Desempeño	Rosalinda Bañuelos Ubaldo Soporte Administrativo