

# **Evaluación de Consistencia y Resultados 2017-2018 Atención a la Salud**

Secretaría de Salud

**Instancia Evaluadora:**  
Investigación en salud y demografía, S.C. INSAD

## Tabla de Contenido

1. Resumen Ejecutivo .....	2
2. Introducción .....	5
3. Descripción general del programa .....	6
4. Evaluación .....	8
5. Valoración Final del Programa .....	60
6. Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones .....	61
7. Conclusiones .....	64
8. Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora .....	66
9. Bibliografía .....	67

## Resumen Ejecutivo

### **Consideraciones generales**

El programa presupuestario Atención a la Salud (E023) inició su operación en 2008; a partir de su creación ha tenido la finalidad de proporcionar servicios de alta especialidad ambulatorios, hospitalarios y, de ser el caso, de urgencias a la población beneficiaria que los demande. Su fundamento normativo se origina en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en términos del derecho a la protección a la salud; en los Artículos 32, 33 y 77 bis, de la Ley General de Salud (PAEMAE, 2013, p. 24). La mayor parte de su presupuesto (81.7 por ciento) corresponde a recursos fiscales al Ramo 12 de salud; la unidad responsable es la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y se opera a través de 26 entes públicos descentralizados en cumplimiento a la Ley Federal de Entidades Paraestatales (instancias coordinadas o IC).

### **Trabajos realizados**

La Evaluación de Consistencia y Resultados del “Programa Atención a la Salud E023” (Programa o Pp) se realizó en cumplimiento del numeral 25, tercer párrafo, del Programa Anual de Evaluación (PAE 2017), emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), que estableció que las dependencias y entidades que operan o coordinan programas y acciones federales de desarrollo social, relacionados en el Anexo 2b del PAE 2017, deberían iniciar una evaluación de consistencia y resultados del ejercicio 2017 que podría ser plurianual para considerar datos definitivos de ese ejercicio fiscal.

La evaluación 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 y Orientación a Resultados; Cobertura y Focalización; Operación; Percepción de la Población Atendida; y Medición de Resultados. Los temas se abordaron con un total de 51 preguntas con base en los Términos de Referencia (TDR) establecidos por el CONEVAL. En su elaboración se utilizaron metodologías de marco lógico, de la matriz de indicadores para resultados, del análisis FODA y de planeación estratégica. Se fundamentó en trabajo de gabinete y en las evidencias documentales proporcionadas por la CCINSHAE.

### **Síntesis de resultados**

#### **• Diseño**

El Programa identifica el problema de salud por atender; se encarga de proporcionar atención hospitalaria y ambulatoria de alta complejidad a la población que lo solicite en las unidades médicas que son parte de la CCINSHAE.

Se caracteriza por tener un marco programático adecuado, congruente con los mandatos de orden superior. En un primer momento, con la Meta número 2. México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en su objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud y la estrategia de este objetivo 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. (CCINSHAE-Alin-P, Sf) (Gobierno de la República/PND, 2013). Así como, con el objetivo sectorial 2 del PROSESA “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” (SS-PROSESA 2013-2018, 2013). Se cuenta con un documento específico que guía el desarrollo del E023, el Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad 2013-2018 (PAEMAE); para consolidar el diseño, es necesaria una redefinición estratégica del Programa, consensuada y expresada en los documentos normativos del mismo, que haga explícita la vinculación entre la situación actual del Programa y el problema por atender, considerando los contextos externo e interno, así como los procesos bajo los cuales se opera en el otorgamiento de los servicios.

El Programa tiene la responsabilidad normativa de atender al enfoque de marco lógico representado con la metodología de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR); se identificó que el árbol del problema (AP) con causas primarias y secundarias no se incluyen en el Diagnóstico del PAEMAE; no se refleja en un árbol de objetivos (AO): no se incluye en el diagnóstico referido. La cuantificación de las poblaciones que se integran en el documento difiere de su caracterización; además, utiliza como referencia diversas fuentes de información; la población objetivo se cuantifica mediante estimación o programación anual. En 2017 se estimó en 1,749,887. La población atendida en 2016 se cuantificó en 1,644,919 personas desagregadas por unidad participante en la CCINSHAE, por edad y sexo (no se contó con el dato para 2017). El documento de Diagnóstico que proviene del PAEMAE también carece de una estrategia de cobertura para su población potencial. Es necesario elaborar un nuevo diagnóstico o complementar el existente con base en los Elementos Mínimos establecidos por el CONEVAL, tomando como referencia la planeación y reorganización de las acciones del Programa y su estrategia de cobertura.

En la MIR del Programa se identificó el Resumen Narrativo: Fin, Propósito, dos Componentes y dos Actividades; en éstas últimas, en una de ellas no se expresa la vinculación con alguno de los Componentes; se refiere que solo una de las actividades se atribuye a uno de los Componentes (Hospitalización); la segunda actividad no tiene relación con los

componentes (valoración del usuarios); no es congruente con las causas secundarias y terciarias establecidas en cada una de las causas primarias del árbol del problema; se asocian, en mayor medida, con los procesos de operacionalización del Programa establecido en el PAEMAE. La MIR cuenta con 17 indicadores: cuatro de Fin; uno de Propósito; diez de Componentes; dos de Actividades. Es necesario atender que la vinculación del PAEMAE y la MIR se realice conforme a la normatividad establecida por el CONEVAL. Adicionalmente, se requiere asignar Actividades específicas para cada Componente; organizar las Actividades de acuerdo con lo establecido por el CONEVAL en la Guía; complementar el Diagnóstico con el AO, analizar y seleccionar los medios que formarán parte de la MIR; integrar en el documento normativo y en el Resumen Narrativo de la MIR del Programa, atendiendo que las versiones incorporadas en ambos documentos coincidan con la MIR vigente.

- **Planeación y orientación a resultados**

Dentro de las evidencias entregadas no se identificó un plan estratégico de la unidad responsable del Programa que considere escenarios de mediano y largo plazos y que incluya indicadores y metas estratégicas. De igual forma, no se identificaron ejercicios de programación anual integrados. La atención de los Aspectos Susceptibles de Mejora es una responsabilidad que el Programa atiende de manera cotidiana; no todos han sido solventados porque faltó información sobre el seguimiento de los ASM institucionales. Son importantes las adecuaciones anuales realizadas a las MIR.

Respecto de la orientación a resultados, se constató que se dispone, de manera regular e institucionalizada, de informes de evaluaciones externas que permiten monitorear el desempeño, la toma de decisiones y la realización de adecuaciones al Programa con la definición de acciones que mejoran su gestión y resultados.

- **Cobertura y focalización del Programa**

El Programa dispone de información sobre la cobertura de su población objetivo para el periodo 2009-2017; sin embargo, no se dispuso de un documento de planeación estratégica que incluya metas de cobertura de mediano y largo plazos. No obstante, se dispone de elementos que podrían apoyar un proceso de planeación orientado a la cobertura de la población potencial y objetivo que presenta la necesidad por atender con el Programa.

No se mostró evidencia que permita afirmar que se dispone de información sistematizada de manera única y con la pertinencia para conocer la demanda total de apoyos en atención médica de alta especialidad. El programa informó que la demanda se contabiliza de manera histórica.

- **Operación del Programa**

El Programa tiene áreas de oportunidad en sus procedimientos para atender y dar trámite a las solicitudes de apoyo, así como para la selección de sus beneficiarios y la entrega de apoyos; en las evidencias proporcionadas no se identificaron mecanismos de verificación que permitan, en general, verificar que la demanda y la entrega de los apoyos se realizan de acuerdo con los requisitos para recibir las solicitudes y entregarlos. Estos procedimientos deben ser estandarizados, sistematizados y públicos, y apegados al documento normativo del Programa.

El Programa opera a través de recursos fiscales y recursos propios derivados de la prestación de servicios de alta especialidad que brindan los Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Para 2017, el presupuesto de recursos propios ascendió a 4,400.25 mdp, mientras que el presupuesto correspondiente a recursos fiscales del Ramo 12 Salud fue de 19,697.15 mdp, estas dos fuentes de financiamiento representan un total de 24,097.40 mdp (SHCP-PEF, 2017). Los recursos propios representan el 18.26 por ciento del total del presupuesto y los recursos fiscales constituyen el 81.73 por ciento (CCINSHAE-FINANCIAMIRNTO-E023, 2017).

- **Percepción de la población objetivo**

El Programa cuenta con mecanismos e instrumentos que le permiten medir el grado de satisfacción de la población objetivo que solicita el apoyo (total de usuarios *diferentes* que fueron atendidos en la institución) se dispone de un instrumento interno denominado INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud) y, otro, externo denominado Aval Ciudadano. Se miden, entre otros, los indicadores estratégicos: *Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos* y *Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos*, mismos que se concentran en el Reporte de Indicadores Presupuestales 2017.

- **Medición de resultados del Programa**

La CCINSHAE ha dado cumplimiento a la ejecución de los tipos de evaluación establecidos en el Programa Anual de Evaluación que emite el CONEVAL y la SHCP para cada ejercicio fiscal. Se identificó que el Programa documenta sus resultados con los indicadores de la MIR y evaluaciones internas y 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; la importancia de la evaluación de impacto radica en la medición de los efectos netos del programa sobre los beneficiarios, cuyos resultados



permiten obtener conclusiones importantes acerca de la eficacia de éste para resolver el problema al que está enfocado. Para atender esta responsabilidad el Programa deberá realizar un estudio de factibilidad de una evaluación de impacto de acuerdo con los lineamientos del CONEVAL.

- **En Resumen**

Con base en la evaluación realizada se observó que algunas de las preguntas contenidas en los TDR debieron ser analizadas bajo una condición de analogía con las particularidades del Programa; es claro que el Pp no entrega bienes o servicios a la población beneficiaria en la lógica de otros programas presupuestarios de modalidad E Prestación de servicios públicos clasificados en la función de desarrollo social. Sin embargo, sí es factible el atender los requerimientos relacionados con los procesos clave del Programa; esta es la mayor área de oportunidad que tiene ya sea en: 1) el contexto de la construcción de procesos globales relacionados con la asignación de preconsultas (referente a la recepción, registro y trámite de solicitudes), el otorgamiento de consultas de primera vez (referente a la selección de beneficiarios), la entrega de servicios de diagnóstico, tratamiento, insumos y seguimiento médico (en el contexto de la entrega de apoyos) y las acciones a realizar para garantizar la prestación de los servicios médicos y de salud; y 2) la conjunción de los procedimientos antes referidos a partir de los que estén disponibles para cada una de las 26 IC del Programa; esto le permitiría asegurar que dichos procedimientos sean estandarizados, sistematizados y difundidos públicamente. Lo mismo deberá hacerse para los mecanismos documentados de verificación asociados con cada uno de los procedimientos antes referidos.

En INSAD se considera que los objetivos de la evaluación se han cumplido; los elementos analizados permiten inferir que la consistencia y orientación a resultados del Programa presenta áreas de oportunidad, que son señaladas al interior del presente informe de evaluación; la valoración global registra un puntaje de 2.238 de un máximo de cuatro. Este valor ubica al Programa en una categoría ordinal que refleja áreas de oportunidad para mejorar su diseño, hacer más eficiente su gestión y revisar los resultados frente al enorme reto de consolidar a los servicios de salud de alta especialidad.

## Introducción

Las disposiciones establecidas en el marco normativo del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) indican que los programas de la Administración Pública Federal (APF) deben medir y evaluar su gestión, y demostrar en el marco legal, institucional, programático, administrativo y organizativo una Gestión para Resultados (GpR).[1]

En cumplimiento con esta normatividad, el Programa Anual de Evaluación para el Ejercicio Fiscal 2017 de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (PAE 2017), emitido de forma conjunta por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), considera como compromiso por parte de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE o Comisión), la realización de una Evaluación de Consistencia y Resultados al Programa Presupuestario (Pp o Programa) E023 Atención a la Salud. La finalidad es proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.[2]

La firma consultora Investigación en Salud y Demografía, S. C. (INSAD) fue seleccionada, con base en el proceso licitatorio correspondiente para esta evaluación. Se realiza de conformidad con los Términos de Referencia (TDR) de la Evaluación de Consistencia y Resultados del Pp E023 Atención a la Salud. Este documento constituye el cuarto entregable del Informe de Evaluación de Consistencia y Resultados, con base en la relación contractual establecida entre INSAD y la CCINSHAE. Para su elaboración se analizó la información documental que proporcionó la Comisión, conforme a los criterios establecidos en los TDR (CCINSHAE/TDR, 2018). Contiene los resultados finales obtenidos de la valoración del conjunto de 51 preguntas y los 6 temas de: Diseño; Planeación y Orientación a Resultados, Cobertura y Focalización; Operación; Percepción de la Población Atendida; y Medición de Resultados. Incluye, además, un resumen ejecutivo, descripción del Programa, principales fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones, una propuesta de Diseño del Programa; y los 16 anexos solicitados.

[1] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 134); Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 9, 31 y 37); Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (1, 2, 3, 27, 45, 78, 85, 110 y 111) y su Reglamento (304-A); Ley de Coordinación Fiscal (Art. 49); Ley General de Desarrollo Social (Art. 72-80); Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015 (Art. 1, 28); Reglamento Interior de la SHCP (Art. 63); Reglamento Interior de la SFP (Art. 24); Decreto por el que se regula el CONEVAL (Art. 11); Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (numerales 16°, 17°, 30°).

[2] La Evaluación de Consistencia y Resultados del Pp E023 Atención a la Salud fue establecida en el Programa Anual de Evaluación 2015, pero es hasta el ejercicio fiscal 2017 cuando se puede llevar a cabo y se concreta atendiendo a lo señalado en el numeral 34 del Programa Anual de Evaluación 2017.

## Descripción general del programa

El Programa inicia su operación en 2008. Su finalidad es proporcionar servicios ambulatorios, hospitalarios y, de ser el caso, de urgencias de alta especialidad a la población que lo demande. Su fundamento normativo se origina en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en términos del derecho a la protección a la salud; en los Artículos 32, 33 y 77 bis, de la Ley General de Salud (PAEMAE, 2013, p. 24). De 2008 a 2014 el Programa se denominó *Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud*; en 2015 se modifica el nombre a *Atención a la Salud*; implicó cambios en los indicadores de seguimiento.

La operación del programa se realiza a través de la coordinación de entes públicos descentralizados en cumplimiento a la Ley Federal de Entidades Paraestatales. De acuerdo con las evaluaciones (Fichas de monitoreo 2015-2016 y 2016-2017) el E023, se encarga de proporcionar atención hospitalaria y ambulatoria de alta complejidad a la población que lo solicite en las unidades médicas que son parte de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

La vinculación del Programa con los ordenamientos superiores es directa; en particular, el E023, busca contribuir con la Meta número 2. *México Incluyente* del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en su objetivo 2.3 *Asegurar el acceso a los servicios de salud* y la estrategia de este objetivo 2.3.4 *Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad*. (CCINSHAE-Alin-P, Sf) (Gobierno de la República/PND, 2013). Así como, con el objetivo sectorial 2 del PROSESA “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” (SS-PROSESA 2013-2018, 2013). El Programa otorga dos tipos de servicios básicos a sus beneficiarios: la atención médica especializada ambulatoria y la hospitalaria (y Urgencias). En cada tipo de servicio se incluyen actividades complementarias derivadas de la óptima atención de los beneficiarios, como son los servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento y los administrativos (Expedientes y control de citas, abasto de insumos médicos y mantenimiento de equipo médico e instalaciones).

Con las evidencias disponibles se identifica que se cuenta con la definición de las poblaciones potencial (PP), objetivo (PO) y la atendida (PA) con unidad de medida y con su cuantificación; la PP se define como “*Número de personas que podrían acudir a la institución para solicitar atención médica en la institución con base en su capacidad instalada y los pacientes atendidos en años previos (expedientes vigentes)*”. Se cuantifica mediante la estimación o programación anual (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018). En 2017 se estimó en 2,680,857 personas desagregada por unidad participante en la CCINSHAE (CCINSHAE-conc-Pob., 2018). La PO se define como: “*Número de personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución*”; se cuantifica mediante la estimación histórica o programación anual del grupo de atención. En 2017, se estimó en 1,749,887 personas desagregadas por unidad participante en la CCINSHAE (CCINSHAE-conc-Pob., 2018). La PA se define como el total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución. En 2016 se cuantificó en 1,644,919 personas desagregadas por unidad participante en la CCINSHAE, por edad y sexo (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017). No se contó con el dato para 2017.

La cobertura del Programa no es nacional, se limita a las personas que acuden (PA), posibles a atender (PO) o las que pudieran acudir (PP) a las unidades coordinadas a solicitar la atención médica, con base en la capacidad instalada. De 2009 a 2013 la PP tuvo un comportamiento ascendente, de 2,770,867 en 2009, pasó a 3,291,823 de personas en 2013, lo que representó un incremento del 18.8 por ciento. En el periodo de 2013 a 2017 se presentó un decremento, de 3,291,823 a 2,680,857 personas, lo que representó una disminución del 22.7 por ciento (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018). La PO presentó un incremento sostenido en el periodo de análisis; de 1,388,224 en 2009, pasaron a 1,806,878 personas en 2017, lo que representó una variación positiva de 30.1 por ciento (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018). La PA en el mismo periodo presentó un incremento sostenido; de 1,360,568 en 2009, pasaron a 1,644,919 personas en 2017, lo que representó un incremento de 20.8 por ciento (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018). La cobertura de la población objetivo del Programa fue en promedio el 97.3 por ciento, en el periodo de análisis de 2009 a 2017 (Anexo 10). La cobertura de la población potencial en ese mismo periodo es, en promedio, del 51.3 por ciento.

El presupuesto del Programa mayormente cuenta con recursos fiscales provenientes del Ramo 12 Salud; los resultados están disponibles en la Cuenta Pública de 2017, el Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos en Clasificación, Funcional Programática de la Cuenta Pública 2017. El presupuesto total ejercido fue de 20,830.12 mdp; representó el 105.8 por ciento del monto original programado.

Respecto de las metas de los indicadores de propósito, seis presentan como oportunidad de mejora la formulación de las metas; en cinco, el valor registrado para la meta en 2017 fue menor con respecto a la línea base, con lo cual no es posible medir el desempeño del Programa. El indicador de Fin “Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional” establece su línea base en 31.6 por ciento y la meta en 24.7 por ciento, siendo que el comportamiento de la meta debe ser ascendente. A nivel de Componente existen

tres indicadores: “Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados” con una línea base de 37.9 por ciento y una meta en 36.8 (ascendente); “Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados” con una línea base de 60.9 por ciento y la meta en 56.6 (ascendente); “Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos” su línea base es 87.4 por ciento y la meta 87.2 (ascendente). A nivel de Actividad: “Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)” con una línea base de 7.3 y la meta en 7.5 (descendente). El sexto de los indicadores a nivel de Componente: “Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas” la meta establecida es igual que la línea base: 100 por ciento.

La presente evaluación está conformada por seis temas; en el relacionado con el Diseño del Programa se identificó que aún existen retos importantes para su consolidación: es notoria la ausencia de evaluaciones de consistencia y resultados y de la aplicación continua de la normatividad de la metodología de marco lógico y de la matriz de indicadores para resultados (MIR). El PAEMAE presenta algunas limitaciones de información referente a los servicios médicos especializados; no coincide con la MIR ni con el Árbol de Problemas que se refiere como “Demanda no atendida de servicios especializados de salud”, y no se distinguen las diferencias en atención médica entre mujeres y hombres. Se considera relevante analizar si el problema por atender con el Programa se relaciona con el crecimiento de los padecimientos complejos en la población, por dos razones: a) porque la atención de esta temática es una de las grandes limitantes para el derecho a la salud ; b) porque no habrá recursos suficientes en salud si no se previene y atiende el crecimiento de este tipo de padecimientos (PAEMAE, 2013, pp. 23-26). Se sugiere como definición del problema *“crecimiento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades que requieren atención de alta especialidad”*.

#### Objetivos de la Evaluación

##### *Objetivo general.*

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del programa E023 Atención a la salud con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

##### *Objetivos específicos*

- Analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales;
- Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- Examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado;
- Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas;
- Identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados,
- Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado,
- Realizar una propuesta de Diseño del programa (Árbol de problema, definiciones de población objetivo, potencial y atendida, Estructura analítica del programa, Matriz de Indicadores para resultados que garantice la lógica horizontal y vertical) a partir del análisis realizado que permita atender las áreas de oportunidad detectadas.

## Evaluación Diseño

**1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:**

- El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
- Se define la población que tiene el problema o necesidad.
- Se define el plazo para su revisión y su actualización.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>El problema no cumple con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>

### Justificación:

En las evidencias revisadas no se identifica un documento donde se refiera la necesidad por atender por el Programa; se cuenta con un esquema del “árbol del problema” que expresa que el problema por resolver es la “Demanda no atendida de servicios especializados de salud”; este enunciado está formulado como un hecho negativo que puede ser revertido; se define parcialmente la población en función de la demanda de servicios de alta especialidad y no se determina un plazo para su revisión o actualización (CCINSHAE/DGRH, 2018).

En el diagnóstico del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad 2013-2018 (PAEMAE) se identifica que la “necesidad de contar con servicios de medicina de alta especialidad es creciente y el tipo de instituciones requeridas, en cuanto a infraestructura y equipamiento tiene que adecuarse” a los determinantes sociales, económicos y culturales y a los cambios epidemiológicos y demográficos; éste se presenta como documento normativo sin ser específico para el Programa E023 Atención a la Salud (PAEMAE, 2013, p. 24).

El diagnóstico del PAEMAE presenta algunas limitaciones de información referentes a los servicios médicos especializados; no coincide ni con la MIR ni con el Árbol de Problemas que refiere la “demanda no atendida de servicios especializados de salud”; no se proporciona información de atención médica desagregada para mujeres y hombres, de acuerdo con lo solicitado en los TDR. Se considera relevante analizar si el problema por atender con el Programa se relaciona con <<el crecimiento de los padecimientos complejos en la población más vulnerable socialmente>>. Lo anterior por dos razones: a) permitiría describir la necesidad como un asunto prioritario de derechos humanos y de salud pública; b) porque no habrá recursos suficientes si no se previene y atiende el crecimiento de este tipo de padecimientos (PAEMAE, 2013, pp. 23-26).

El PAEMAE no define con claridad la población por atender, como tampoco lo hace la nota técnica proporcionada por el Programa al respecto (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018). Se habla indistintamente de diferentes conceptos relacionados con el de población: población en general, poblaciones de diversos estratos socioeconómicos con énfasis en grupos vulnerables, población requirente, o población con padecimientos catalogados como complejos, poco frecuentes, con evolución generalmente crónica, con tratamientos largos y costosos (PAEMAE, 2013, pp. 15, 24).

El PAEMAE señala que la planeación es flexible y se podrán hacer modificaciones a las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas. No determina un plazo para reelaborar el Diagnóstico; las metas se plantean hasta el 2018 (PAEMAE, 2013, p. 84).

Las áreas de oportunidad identificadas son: 1. La realización de un ejercicio de planeación participativa con base en la Metodología del Marco Lógico (MML) para una definición clara del problema por atender, con la participación de los involucrados; 2. La elaboración de un documento de diagnóstico que sea específico para el Programa de acuerdo con los Lineamientos generales para la elaboración de diagnósticos de la SHCP y del CONEVAL (cfr. Pregunta 2) (DOF/LGEGPDS, 2009).

## 2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- Causas, efectos y características del problema.
- Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
- Ubicación territorial de la población que presenta el problema.
- El plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y</li> <li>El diagnóstico no cumple con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>

### Justificación:

En el PAEMAE (cfr. Pregunta 1), hay un capítulo de diagnóstico que analiza la problemática de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad (CCINSHAE) y de las instancia coordinadas (IC), tanto en materia de atención médica como de formación de recursos humanos en salud; el documento no describe de manera específica las causas, efectos y características del problema por atender con el Programa; no refiere una cuantificación y características de la población que presenta el problema, ni su ubicación territorial; y, no se define el plazo para su revisión y su actualización (PAEMAE, 2013, p. 24). Se presenta un esquema del árbol del problema (AP) donde se menciona la necesidad prioritaria por atender como “demanda no atendida de servicios especializados de salud”; se enuncian, sin analizarse o al menos describirse, las causas y efectos que el problema ocasiona en la población beneficiaria; no se hace explícito que el sujeto de atención son las personas que requieren atención médica especializada (CCINSHAE, AP, 2017).

No se distinguen claramente las causas y los efectos del problema en el Diagnóstico del PAEMAE. De la lectura, se puede inferir la siguiente clasificación, misma que no es congruente con lo expresado en el Árbol del Problema:

Causas: cambios en la morbilidad-mortalidad, padecimientos con costos muy elevados de atención para una población mayoritariamente de escasos recursos, alto grado de fragmentación del Sector Salud, falta de integración de un sistema de redes de servicios, falta de realización conjunta de proyectos de investigación y de formación de recursos humanos, falta de convenios de coordinación institucional, escasa enseñanza en salud y actualización, revisión del avance del conocimiento, modelo conceptual y de gestión “banco de tres patas”, inadecuadas estructuras orgánicas, salarios poco atractivos, falta de disponibilidad de tecnologías de la información (TIC), falta de presupuesto y de recursos financieros, diversa naturaleza jurídica de las instituciones, imposibilidad de dar seguimiento a los pacientes, información inadecuada y no homologada para el monitoreo de los sistemas de calidad.

Efectos: adecuación del tipo de instituciones (en infraestructura y equipamiento), necesidad de una red de MAE basada en investigación costo-efectiva, inadecuada atención, subutilización y/o saturación de infraestructura, distribución desigual, falta de aprovechamiento y proyección de recursos humanos especializados, insuficiente vínculo entre la investigación y los problemas nacionales, incumplimiento de normas oficiales como el expediente clínico electrónico y falta de sistemas integrales de gestión hospitalaria, duplicidad de costos (PAEMAE, 2013, pp. 23-27).

Ver complemento Pregunta 2 archivo adjunto



## Complemento pregunta 2

Se dice que la prioridad es la “población con padecimientos catalogados como complejos, poco frecuentes, con evolución generalmente crónica, con tratamientos largos y costosos”, pero ésta no es cuantificada, al menos con base en estas características: complejidad, frecuencia, tipo de evolución, tipo de tratamientos y costos. Cabe agregar variables que sirvan para conocer los determinantes sociales de la salud y las tendencias demográficas y epidemiológicas vinculadas al problema. Todo esto según el tipo de institución (Institutos, HFR, HRAE), y con datos desagregados por sexo, edad, grupo étnico, discapacidad y otros motivos de discriminación.

Para atender las áreas de oportunidad identificadas, se recomienda elaborar un diagnóstico específico del Programa acorde con los Lineamientos generales para la elaboración de diagnósticos de la SHCP y del CONEVAL, con un enfoque de derechos humanos y de salud pública. El Diagnóstico deberá incluir, al menos, las siguientes secciones: 1) Antecedentes; 2) Identificación, definición y descripción del problema o necesidad, con el análisis de causas y efectos (no solo la descripción); 3) Caracterización del problema incluyendo la dimensión de la magnitud, ubicación y características de la población afectada y factible de atender, cobertura (estrategia y evolución); 4) el Árbol de Objetivos, con el análisis de los medios y fines (no solo la descripción); 5) Diseño de la intervención con las experiencias nacionales e internacionales relacionadas con el Programa 6) Marco de actuación de la propuesta; 7) Presupuesto (evolución) (CONEVAL/Diagnósticos, 2016).



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

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>° El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y</li> <li>° La justificación teórica o empírica documentada no es consistente con el diagnóstico del problema.</li> </ul>

#### Justificación:

El Programa no cuenta con una justificación teórica como tal que sustente el tipo de intervención que lleva a cabo. Se fundamenta, empíricamente, en el documento Modelo de Atención Integral de Salud (MAI), que “bajo las directrices que establece el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), incorpora los avances y lecciones aprendidas de modelos desarrollados con anterioridad (de 1985 a 2014), a nivel federal y estatal, por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud” (SS-MAI, 2015, p. 11).

El MAI es producto también de una tarea por recabar la experiencia de directivos, funcionarios del sistema federal y estatal, e investigadores expertos en salud, en la ruta de “homogeneizar los servicios y prácticas del Sector Salud”. Se considera un instrumento de inicio justamente porque se espera que “próximas evaluaciones y las experiencias de terreno” le permitan el irse perfeccionando como un “documento vivo destinado a orientar la práctica desde el aporte y aprendizaje continuo” (SS-MAI, 2015, pp. 12, 18).

El MAI opera bajo una lógica de escalonamiento de las intervenciones, que comienza con una fundamentación micro-regional, al que se suma otro sistema/subsistema derivado del eje vertebrador de la oferta de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud con tres subsistemas: “primero, el de hospitales generales que atenderían el grupo “E” de intervenciones; segundo, el de los hospitales de alta especialidad que ofrecería el grupo “F”; y tercero, los institutos nacionales de salud que cubrirían el grupo “G” de la cartera de servicios. Estos tres subsistemas tendrían relativa autonomía financiera para recibir recursos económicos mediante el sistema de pago por eventos. Las estructuras jurisdiccionales y estatales asumirían las funciones de rectoría y financiamiento (Esquema S)”. Es en esta segunda lógica donde se sustenta el tipo de intervención del Programa (SS-MAI, 2015, pp. 42-43).

No obstante, ésta lógica de escalonamiento de las intervenciones en que se sustenta el MAI, no se expresa en el Diagnóstico del PAEMAE 2013-2018. Ni siquiera se nombra al MAI. La recomendación es hacer un Diagnóstico de fundamentación teórica y empírica que sustente que éste tipo de intervención es la mejor alternativa para atender el problema.

No se ofrece evidencia (nacional o internacional) que compruebe que la atención médica de alta especialidad AMAE es la mejor alternativa para resolver el crecimiento de padecimientos complejos en la población más vulnerable, o acerca de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o los apoyos otorgados a la población objetivo, toda vez que el Programa no ha sido sometido a una evaluación de impacto, lo cual es un área de oportunidad fundamental.

Aunque no está en las evidencias conviene considerar la justificación empírica y prospectiva de un estudio de expertos que asegure que “es por medio de los médicos especialistas que el Sistema Nacional de Salud acoge las necesidades de atención de la salud más complejas de la población” (Ruelas Barajas, 2015, p. Introducción 2).

(\*) Los establecimientos que otorgarán la cartera de servicios son: Paquete “A” de la cartera de servicios, Casa de salud, auxiliar de salud, promotor comunitario; Paquete “B”, Centros de salud (rurales y urbanos); Paquete “C”, Centros de salud con sede en la cabecera municipal; Paquete “D”, Hospitales básicos comunitarios y Hospitales rurales de zona; Paquete “E”, Hospitales generales, regionales o Materno infantiles; Paquete “F, G”, Hospitales de Alta Especialidad (SS-MAI, 2015).

**4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional considerando que:**

- Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional por ejemplo: población objetivo.**
- El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>° El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivo(s) del programa sectorial, especial, institucional o nacional, y</li> <li>° Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta.</li> </ul>

**Justificación:**

El Propósito del Programa es “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención de la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios”; está documentado en la MIR 2017 respectiva y en el Concentrado CCINSHAE de Indicadores (CCINSHAE,MAPEF,PCE, 2017) (CCINSHAE,MIR 2017, 2017). Es importante observar que en otra evidencia se tiene como Propósito el de “La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional en coordinación con la red de servicios” (CCINSHAE-Esquema MIR, 2017).

Sin embargo, ninguno de estos dos enunciados del Propósito está vinculados en un documento concreto, al objetivo del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA); según la evidencia de alineación programática proporcionada por el Programa, corresponde al objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, y su estrategia 2.1 Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral (SS-PROSESA 2013-2018, 2013) (CCINSHAE-Alin-P, Sf). Cabe mencionar que el Programa también se vincula con las estrategias 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, y la 2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.

En el documento de alineación programática proporcionado como evidencia, la clave del Programa si es E023, pero no corresponde al nombre del Programa Atención a la Salud, ya que dice Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud. Esta inconsistencia repercute en la comprensión del alcance del Programa, dado que éste sólo se limita al nivel de atención relativo a la medicina de alta especialidad. Los conceptos comunes entre el Pp y el Programa Sectorial de Salud son “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.

El logro del Propósito del Programa aporta al cumplimiento de las tres metas del objetivo sectorial 2, mismas que se retoman en el Fin de su MIR respectiva: a) Tasa de mortalidad por cáncer de mama = 16.0 en 2018; b) Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (indicador definido por la OCDE)= 16.0 en 2018; c) Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino= 10.0 en 2018 (SS-PROSESA 2013-2018, 2013, pp. 73-76).

Sin embargo, el logro del Propósito del Programa no es suficiente para que se cumplan las tres metas del objetivo sectorial 2, ya que su aportación sólo corresponde a la demanda que se presenta en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Por otra parte, estas tres metas sectoriales están en la MIR, pero se omiten en la evidencia ESQUEMA MIR 2017 PP E023 (CCINSHAE-Esquema MIR, 2017).

También se observa que no existe vinculación clara y directa entre el PROSESA, el PAEMAE y el Programa, aún y cuando el PAEMAE señala que se emite en cumplimiento del PROSESA y se ofrece como evidencia para el Programa. El PAEMAE mismo, reconoce que en realidad responde a las atribuciones de la CCINSHAE que se consignan en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (PAEMAE, 2013, p. 12).

Se recomienda revisar la alineación programática, así como el nombre del Programa, dado que el término “Atención a la Salud” es mucho más amplio en cobertura y modalidad de atención que sólo la de alta especialidad.

**5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional o nacional relacionado con el programa?**

Meta	Un México Incluyente
Objetivo	Asegurar el acceso a los servicios de salud
Estrategia	Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
Estrategia Transversal	Gobierno Cercano y Moderno
Programa Sectorial, Especial, Institucional o Nacional	Programa Sectorial de Salud
Objetivo	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

**Justificación:**

El objetivo sectorial 2 del PROSESA “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” (al cual se infiere está relacionado el Programa), se vincula a su vez con la meta nacional 2. México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en su objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud y la estrategia de este objetivo 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad . Lo anterior con base en la evidencia proporcionada (CCINSHAE-Alin-P, Sf) (Gobierno de la República/PND, 2013).

Se considera que están vinculados por el tipo de líneas de acción de esta estrategia 2.3.4, que son: a) Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud; b) Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas; c) Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; d) Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población; e) Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros; f) Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas; y, g) Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos. Todas ellas atendibles en la gestión institucional de la medicina de alta especialidad.

Las estrategias transversales de la meta nacional 2. México Incluyente del PND, que pueden considerarse con una mayor vinculación con este objetivo sectorial 2, son la Estrategia II. Gobierno Cercano y Moderno, con su Línea de acción: Optimizar el gasto operativo y los costos de atención, privilegiando el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario; y la Estrategia III. Perspectiva de Género, con su Línea de acción: Evaluar los esquemas de atención de los programas sociales para determinar los mecanismos más efectivos que reduzcan las brechas de género, logrando una política social equitativa entre mujeres y hombres. Se considera que la Estrategia II debiera estar vinculada ya que los padecimientos complejos son altamente costosos y requieren inversión en tecnología de punta.

Sin embargo, sólo la estrategia transversal para la perspectiva de género se trata con más detalle en el PROSESA, bajo las siguientes líneas de acción: a) Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia; b) Fortalecer programas de detección oportuna de diabetes, cáncer de mama, cérvico-uterino, hipertensión y obesidad; c) Garantizar un acceso oportuno y de calidad a la atención geriátrica de mujeres mayores; y, d) Garantizar servicios de salud básicos, de prevención y atención a las mujeres reclusas y a sus hijos e hijas. Se considera que la perspectiva de género es un factor central porque hombres y mujeres se posicionan de manera diferenciada ante el autocuidado de la salud y los padecimientos complejos, y porque las mujeres tienen culturalmente tareas impuestas en los cuidados de otras personas con este tipo de padecimientos.

El objetivo sectorial 2, también se encuentra cercano a otras estrategias de este objetivo 2.3 del PND como son la: estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal (línea de acción-Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral); y la estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud (línea de acción- Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud) (PAEMAE, 2013, pp. 30-31).

## 6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la Agenda de Desarrollo Post 2015?

**No procede valoración cuantitativa.**

### **Justificación:**

El Propósito del Programa, “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención de la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios”, se vincula de manera indirecta con los siguientes Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): a) Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y su Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años; b) Objetivo 5. Mejorar la salud materna y sus Meta 5.A: Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, y al c) Objetivo 6. Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades y sus metas; la 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015; la 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten y, la 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves. (ONU, p. Portada)

Este Propósito también se vincula de manera indirecta con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” en sus siguientes metas: 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos; 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos; 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Dicha vinculación se reconoce en la evidencia Objetivos de Desarrollo Sostenible. Identificación de objetivos y metas, a partir del catálogo proporcionado por la SHCP.

Se identifican otras metas de este ODS No. 3 que están vinculadas indirectamente con el Programa: 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; 3.8 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 (PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, p. Objetivo 3).

**7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:**

- a. Unidad de medida.
- b. Están cuantificadas.
- c. Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
- d. Se define un plazo para su revisión y actualización.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>° El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y</li> <li>° Las definiciones cumplen con al menos una de las características establecidas.</li> </ul>

**Justificación:**

El Programa presenta como documento oficial el PAEMAE 2013-2018, que no cumple con los contenidos requeridos como documento normativo (cfr. preguntas 1 y 2); el diagnóstico contenido en dicho documento no define las poblaciones Potencial (PP) y Objetivo (PO). En documentos de trabajo por separado se definen y cuantifican las poblaciones (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018) (CCINSHAE-conc-Pob., 2018) (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017). Con las evidencias disponibles se identifica que se cuenta con la definición de las PP y PO, con unidad de medida y están cuantificadas; el área de oportunidad se relaciona con precisar la metodología y las fuentes de información empleadas para su cuantificación y la definición del periodo de actualización.

La PP se define como “Número de personas que podrían acudir a la institución para solicitar atención médica en la institución con base en su capacidad instalada y los pacientes atendidos en años previos (expedientes vigentes)”. Se cuantifica mediante la estimación o programación anual mediante: a) Número de pacientes a los que se les apertura expediente clínico en el año de reporte, más número de pacientes subsecuentes con expediente activo utilizado en el año de reporte (registro unitario por paciente no por cada evento). b) Número de pacientes que se estima requerirán atención médica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado. c) Número de preconsultas que se estima otorgar más número estimado de pacientes a atender por convenio (ver Anexo 1) (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018). En 2017 se estimó en 2,680,857 personas desagregada por unidad participante en la CCINSHAE (CCINSHAE-conc-Pob., 2018).

La PO se define como: Número de personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución. Se cuantifica mediante la estimación o programación anual del siguiente grupo de atención: a) Número estimado de pacientes a los que se les abrirá expediente clínico en el año de reporte más el número estimado de pacientes subsecuentes con expediente activo que se prevé utilizar en el año de reporte. b) Número estimado de pacientes que podrían requerir atención médica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado. c) Número estimado de pre-consultas a otorgar más número estimado de pacientes a atender por convenio (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018). En 2017 se estimó en 1,749,887 personas desagregadas por unidad participante en la CCINSHAE (CCINSHAE-conc-Pob., 2018).

La población atendida (PA) se define como el total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución. Se cuantifica mediante el siguiente grupo de atención: 1) consultas de primera vez y subsecuentes con expediente activo, 2) atención de urgencias sin expediente clínico activo y 3) preconsultas a otorgar más atención a pacientes por convenio que no se les apertura expediente clínico. En 2016 se cuantificó en 1,644,919 personas desagregadas por unidad participante en la CCINSHAE, por edad y sexo (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017). No se contó con el dato para 2017.

Para atender las áreas de oportunidad referidas se recomienda precisar la metodología para la cuantificación de las PP, PO y PA, especificando, los procesos a seguir desde las unidades participantes hasta la CCINSHAE, las fórmulas empleadas, fuentes de información de cada una de las variables que participan en la cuantificación, su vigencia y periodos de actualización. Incluir esta información como un apartado del diagnóstico específico del Programa.

NOTA: Población potencial a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención. población objetivo a la que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad. población atendida a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

**8. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:**

- a. Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b. Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- c. Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
- d. Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

**Respuesta: No Aplica.**

**Justificación:**

No aplica

El Programa no recaba información de los beneficiarios con las características establecidas en la pregunta. El programa presupuestario E023 "Atención a la salud" es un Programa de Desarrollo Social, que otorga servicios de atención médica especializada, cuyos Beneficiarios no se encuentran en los términos señalados en la Ley General de Desarrollo Social, con relación a la generación de padrones. La coordinación del Programa gestionó ante la Secretaría de la Función Pública la definición al respecto. Como evidencia se anexa la respuesta de la SFP en la que se consideró "procedente" la justificación para la falta de integración en el SIIPP-G de los padrones de beneficiarios, presentada por la Dirección General de Evaluación del Desempeño, para programas presupuestarios a cargo de la Secretaría de Salud, en los que se incluye al Pp E023 "Atención a la salud" (SFP-Of. Padrones, 2017).

**9. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la periodicidad de las mediciones.**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

El Programa E023 Atención a la salud no recaba información de los beneficiarios con las características establecidas en la pregunta (cfr. pregunta 8). Si bien, es revisable la no aplicación de la recolección de información socioeconómica, por lineamiento, sí es posible que el Programa pueda generarla.

La prestación de servicios de salud incluye la recolección de alguna de las variables que permita conocer las características de la población que hace uso de los servicios de salud, como en el caso de apertura de un expediente clínico, o el estudio socioeconómico que se puede realizar, para determinar el nivel socioeconómico y del tabulador que le corresponda, con fines de aplicación de cuotas de recuperación por algunos servicios.



**10. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.

**Justificación:**

En la revisión de las evidencias se presenta como documento normativo el “Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad” PAEMAE, pero éste no incluye al resumen narrativo de la MIR; en su vinculación con la MIR del Programa se puede identificar una relación de compatibilidad con el Fin, de causalidad y compatibilidad con el Propósito, los Componentes y las Actividades (CCINSHAE,PAEMAE, 2013) (CCINSHAE,MIR , 2017).

El PAEMAE, presenta entre sus objetivos: “1. Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica” y “2. Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios”; estos objetivos en conjunto presentan una relación de compatibilidad con el Fin: “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios” (CCINSHAE,PAEMAE, 2013, p. 47). Y una relación de causalidad y compatibilidad clara con el Propósito: “La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional en coordinación con la red de servicios” (CCINSHAE,MIR , 2017).

El Programa integra dos Componentes que se enuncian de manera general, el primero: “Atención ambulatoria especializada otorgada”, se puede identificar en la “Estrategia 1.2: Brindar atención ambulatoria a la población en las entidades coordinadas”; en el segundo: “Atención hospitalaria especializada otorgada”, está presente en la “Estrategia 1.1: Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande”.

De igual forma, la MIR del Programa incluye dos Actividades; la primera, se denomina: “Valoración de usuarios”, se identifican relaciones con las líneas de acción “1.2.2. Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada” y, “1.2.6. Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida”. En lo que respecta a la segunda: “Hospitalización de pacientes”, se identifica relación con las líneas de acción: “1.1.1. Prestar atención médica hospitalaria especializada a la población en los INS, HFR y HRAE acorde a las capacidades disponibles”; y “1.1.4. Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad” (CCINSHAE,MIR , 2017) (CCINSHAE,PAEMAE, 2013, p. 48). En el anexo 3 se presenta el resumen narrativo de la MIR. En archivo adjunto 3.1 se muestran elementos en los que identifican áreas de mejora de la MIR.

Cabe señalar que las relaciones presentadas entre el PAEMAE y la MIR 2017, son compatibles y causales; sin embargo, se sugiere elaborar un documento normativo específico para el Programa, en donde se especifiquen las relaciones con la MIR.

**11. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:**

- a. **Nombre.**
- b. **Definición.**
- c. **Método de cálculo.**
- d. **Unidad de Medida.**
- e. **Frecuencia de Medición.**
- f. **Línea base.**
- g. **Metas.**
- h. **Comportamiento del indicador (ascendente, descendente).**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

**Justificación:**

La revisión de la Matriz de indicadores para Resultado (MIR 2017) identificó 17 indicadores, de los cuales, cuatro son de Fin; uno de Propósito; 10 de Componente y dos de Actividad. La revisión en conjunto de la MIR, las fichas técnicas de los indicadores y las metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017, identificó que 17 indicadores cumplen con las ocho características valoradas en la pregunta (CCINSHAE, MIR, 2017) (CCINSHAE,FTI, 2017) (CCINSHAE,MAPEF,PCE, 2017).

De acuerdo con lo solicitado en el Anexo 4 del Anexo técnico de la evaluación y con base en la información contenida en las fichas técnicas, se realizó la valoración de los indicadores respecto del cumplimiento de los criterios CREMA: Claro, Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado. Se identificó que los 17 indicadores valorados son Claros; no existe duda alguna sobre lo que pretenden medir, el nombre de los indicadores es congruente con su método de cálculo, hay coherencia entre el numerador y denominador que conforman el método de cálculo y la descripción de las variables es adecuada. Los 17 indicadores son relevantes; reflejan un factor central del logro del objetivo que pretenden medir y tienen una meta específica asociada, que es acorde con su frecuencia de medición; son Monitoreables.

Los 17 indicadores cuentan con línea de base; once indicadores son de 2016, cuatro son de 2015, uno es de 2012 y uno más de 2009. Los medios de verificación presentan oportunidades de mejora en su integración; cumplen parcialmente con las especificaciones establecidas en el Manual para el diseño y la construcción de indicadores del CONEVAL (Manual); tienen un nombre completo que los identifica; pero debe revisarse que cuenten con el nombre completo del área que produce o publica la información y que se indique la periodicidad con la que se generan (debe ser acorde con la frecuencia de medición del indicador) (CONEVAL/MDIR, 2014). Son Adecuados en función de cumplir con los ocho elementos valorados en la pregunta; los 17 indicadores proporcionan información relevante y apropiada para describir los logros del Programa. En lo que se refiere a las Ficha Técnicas de los Indicadores en ningún caso cuentan con metas anuales y sexenales que permitan valorar su congruencia con las metas anuales y con el sentido del indicador (ascendente o descendente); cabe aclarar que la información de las metas es extraída del documento "Metas del Anteproyecto del PEF 2017", previamente citado.

Para atender las áreas de oportunidad identificadas, se recomienda incorporar en las fichas técnicas de los indicadores, los faltantes de información como metas sexenal y anual.

**12. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:**

- a. **Cuentan con unidad de medida.**
- b. **Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.**
- c. **Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
2	° Del 50% al 69% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

**Justificación:**

La revisión de los indicadores en la MIR 2017 considera 17 indicadores de los cuales cuatro son de Fin; uno de Propósito; 10 de Componente y dos de Actividad. La revisión en conjunto de la MIR, las fichas técnicas de los indicadores y de las Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017, identificó que los 17 cuentan con unidad de medida; once con metas establecidas de forma adecuada; la unidad de medida es congruente con el método de cálculo; están orientadas a impulsar el desempeño del Programa y son factibles de alcanzar, considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta; seis indicadores presentan áreas de oportunidad (Anexo 5) (CCINSHAE, MIR 2017, 2017) (CCINSHAE, FTI, 2017) (CCINSHAE, MAPEF, PCE, 2017).

Se encontró que seis indicadores presentan como oportunidad de mejora la formulación de las metas; en cinco, el valor registrado para la meta en 2017 fue menor con respecto a la línea base, con lo cual no es posible medir el desempeño del Programa; el indicador de Fin "Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional" establece su línea base en 31.6 por ciento y la meta en 24.7 por ciento, siendo que el comportamiento de la meta debe ser ascendente. A nivel de Componente existen tres indicadores similares: "Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados" con una línea base de 37.9 por ciento y una meta en 36.8 (ascendente); "Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados" la línea base es de 60.9 por ciento y la meta en 56.6 (ascendente); "Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos" su línea base es 87.4 por ciento y la meta 87.2 (ascendente). A nivel de Actividad: "Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)" con una línea base de 7.3 y la meta en 7.5 (descendente); en el sexto de los indicadores a nivel de Componente: "Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas" la meta establecida es igual que la línea base: 100 por ciento.

No se identificó evidencia en la que se especifique la metodología que emplea el Programa para establecer las metas de los indicadores de la MIR.

Como áreas de oportunidad se identifican: 1. revisar y replantear las metas de los indicadores de Fin, Componente y Actividad que se establecieron por debajo de la línea base; 2. Explicitar, en un documento, la metodología que se emplea para determinar las metas de los indicadores de la MIR.

**13. ¿Con cuáles programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

En la información proporcionada por el Programa se identificaron tres programas: el E003 “Atención a la Salud en el Trabajo” y el E011 “Atención a la Salud” pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y el E044 “Atención a la Salud” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Se identificaron los objetivos de cada uno de los programas: E003 “Contribuir a reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida mediante acciones de promoción y prevención de la salud con énfasis en la detección oportuna de enfermedades y protección específica”; E011 “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención médica de los derechohabientes del IMSS para incrementar su esperanza de vida al nacer; E044 Contribuir a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad mediante la disminución de casos de enfermedades tratables no controladas y la mortalidad asociadas a las mismas (SS, OTROS PROGRAMAS, 2017).

En la revisión de los objetivos de cada uno de los programas se determinó que no tienen coincidencias con el Programa que se está evaluando, sin embargo, se complementan porque sus componentes son similares o iguales pero atienden a diferentes poblaciones su cobertura es nacional y su evaluación es anual. Las relaciones de complementariedad y coincidencias se presentan en el anexo 6.

Cabe hacer mención que el Programa a través de una nota técnica, menciona que tiene complementariedad con los programas: P018 Prevención y Control de Enfermedades; S072 Prospera Programa de Inclusión Social; S200 Fortalecimiento a la Atención Médica; U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva; S202 Calidad en la Atención Médica; P016 Prevención y Atención de VIH/Sida y otras ITS; E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud; y E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. Sin embargo, no menciona en qué forma se da la complementariedad.

## Planeación y Orientación a Resultados

### 14. La Unidad Responsable del programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características:

- Es resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- Contempla el mediano y/o largo plazo.
- Establece los resultados que quieren alcanzar, es decir, el Fin y Propósito del programa.
- Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
2	° El plan estratégico tiene dos de las características establecidas.

### Justificación:

En la revisión de la evidencia entregada no se identificó un documento de planeación estratégica de la unidad responsable del Programa que cumpla totalmente con los criterios valorados en esta pregunta. Como evidencia para este apartado se presenta el PAEMAE 2013-2018.

El PAEMAE 2013-2018 describe la Estrategia Nacional para la implementación de nuevas estrategias y empleo de recursos tecnológicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan de manera prioritaria a nuestra población.

La estrategia se fundamenta normativamente en las atribuciones de la CCINSHAE, de coordinar y dar seguimiento para el cumplimiento del PAEMAE en el apoyo de los procesos internos que conducen al logro de los objetivos planteados en bien de la población.

El PAEMAE contiene todos los temas de atención que en el momento de su elaboración (2013-2018) integraba las funciones de la CCINSHAE; este documento está vigente para las funciones del Programa; no se identificó evidencia de que su formulación sea resultado de un ejercicio de planeación institucionalizado que se realice en cumplimiento de un procedimiento establecido en un documento normativo como podría ser el manual de procedimientos de la unidad responsable; no está elaborado bajo la metodología de marco lógico; en consecuencia, no se precisan los resultados que quieren alcanzar, en términos de Fin y Propósito del Programa. El PAEMAE estableció indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados, con definición de metas solo para el mediano plazo; cabe mencionar que solo uno de los indicadores establecidos en las líneas de acción que se refiere a usuarios satisfechos con la calidad de los servicios de salud está incluido en la MIR 2017 del Programa; los otros indicadores de la MIR no están referidos en el PAEMAE (PAEMAE, 2013).

Para atender las áreas de oportunidad identificadas, se recomienda realizar un procedimiento de planeación estratégica documentado que inicie con un diagnóstico estratégico y que dé fundamento al planteamiento de objetivos, estrategias y líneas de acción para su cumplimiento; que sea un ejercicio de planeación específico de la unidad administrativa responsable, en el que se realicen proyecciones para las metas de los indicadores en el mediano y largo plazos.

**15. El programa cuenta con planes de trabajo anuales para alcanzar sus objetivos que:**

- a. Son resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento.
- b. Son conocidos por los responsables de los principales procesos del programa.
- c. Tienen establecidas sus metas.
- d. Se revisan y actualizan.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
3	° Los planes de trabajo anuales tienen tres de las características establecidas.

**Justificación:**

En las evidencias entregadas por el Programa no se identificó un plan de trabajo anual específico para el Programa; se pudo identificar el establecimiento de metas a través de la MIR 2017 y las Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017, con estimación de metas calendarizadas por cada una de la 26 IC y un concentrado para el Programa (PyCM 2017) (CCINSHAE,MIR 2017, 2017) (CCINSHAE,MAPEF,PCE, 2017).

Para el establecimiento de metas, el documento de Programa y la calendarización del ejercicio (PyCM) 2017 únicamente considera 14 indicadores de los 17 que contiene la MIR 2017, excluyendo tres indicadores de Fin. Contiene su definición y las metas propuestas para el año de la evaluación; adicionalmente, se detecta que en 2015 se presentó un cambio en el nombre del Programa, al pasar de Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud al de Atención a la Salud; el programa comenta que fue por indicación de la SHCP, no se identificó un análisis de las implicaciones operativas derivadas de este cambio. Las observaciones anteriores no permiten hacer un seguimiento específico completo de los indicadores del Programa. Con las evidencias revisadas se valida que las metas se revisan y actualizan anualmente. No es posible validar que sea resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, que siguen un procedimiento establecido en un documento normativo como podría ser el manual de procedimientos de la unidad responsable. Con las evidencias revisadas se valida que son procesos conocidos por los responsables de las unidades que participan en el Programa, tienen establecidas sus metas y, se revisan y actualizan anualmente.

El Programa proporcionó el guion de contenidos del Programa Anual de Trabajo (PAT) entregado a los prosecretarios de las unidades (CCINSHAE-Guion PAT, S/f); una nota técnica en la que se presentan tres referencias de Programas de Trabajo Anual para 2017, del Instituto Nacional de Pediatría (PTA/INP, 2017); Hospital Juárez de México (PTA/HJM, 2017); y del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (PTA/HRAECV, 2017). Estos programas son para cada una de las unidades de salud coordinadas por la CCINSHAE; sin embargo, no se integra al trabajo que desarrolla, como conjunto, el Programa a lo largo de un año.

Para atender las áreas de oportunidad identificadas, se recomienda realizar un ejercicio de planeación para 2019, y la formulación de un plan de trabajo anual específico del Programa en donde se expliciten, entre otros, los siguientes elementos: un procedimiento de planeación establecido formalmente en un documento; el nombre y cargo de los responsables de los principales procesos del Programa; las líneas de acción a realizar y su vinculación con los medios del Árbol de Objetivos de la MIR; las metas establecidas y la especificación del periodo de revisión y actualización del documento de referencia.

**16. El programa utiliza informes de evaluaciones externas:**

- a. De manera regular, es decir, uno de los elementos para la toma de decisiones sobre cambios al programa son los resultados de evaluaciones externas.
- b. De manera institucionalizada, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- c. Para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados.
- d. De manera consensada, participan operadores, gerentes y personal de la unidad de planeación y/o evaluación.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° El programa utiliza informes de evaluación externa y tiene todas las características establecidas.

**Justificación:**

Se identificó que se realizaron las siguientes evaluaciones externas: en 2010, una evaluación de diseño (ED); en 2009 y 2010 se llevaron a cabo dos evaluaciones específicas de desempeño (EED); y, aunque no son evaluaciones externas, se consideran en esta valoración las fichas de monitoreo y evaluación (FMyE) para los periodos 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017 (INSAD-CCINSHAE/ED, 2010) (INSP/EED, 2010) (INSP/EED, 2011) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2013) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2014); (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2016); (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).

Con base en las evidencias entregadas, se corroboró que el Programa utiliza los informes de evaluaciones externas que cumplen con las cuatro características valoradas en la pregunta. Se utilizan de forma regular e institucionalizada para la toma de decisiones relacionadas con cambios para mejorar su gestión y resultados; se cuenta con documentos de trabajo y de avances, en los que se definen Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) y su atención permite mejorar el desempeño del Programa. Se entregó evidencia de convocatorias al menos de tres reuniones de revisión de la MIR 2017 con base en observaciones de evaluaciones externas; minutas de reunión de revisión de la MIR con participación de CONEVAL, lo anterior se relaciona con la participación consensuada del personal operativo del Programa, en la utilización de la información de las evaluaciones externas (CCINSHAE/CorreoMejoraMIR, 2016) (CCINSHAE-Revisión MIR, 2016).

Se proporcionaron los documentos de posición y opinión institucional para las FMyE de 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017, respectivamente (no se consideran las EED y la ED). En dichos documentos se analizan las recomendaciones derivadas de las evaluaciones y se traducen en ASM que permiten mejorar la gestión y resultados del Programa (CCINSHAE/PI, 2013) (CCINSHAE/PI, 2014) (CCINSHAE/PI, 2015-2016) (CCINSHAE/PI, 2016-2017) (CCINSHAE/PI, 2017-2018). El Programa cumple con la obligación de utilizar el Mecanismo para el seguimiento a los ASM normado por la SHCP, el CONEVAL y la Secretaría de la Función Pública (SFP) (SHCP/CONEVAL/SFP Mecanismo ASM, 2011).

Se cuenta con el "Documento de seguimiento a los Aspectos de Susceptibles de Mejora, clasificados como institucionales, derivados de informes y evaluaciones externas" para los periodos 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017. Se describen los ASM de los periodos, destacando para 2014-2015, la revisión de las definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida; para 2015-2016 se observan dos temas: continuar con la definición de las poblaciones y revisar y precisar el medio de verificación del indicador de Propósito; para 2016-2017 se establece que se debe continuar con el fortalecimiento de los medios de verificación en el tema de percepción en la calidad de la atención médica. En estos documentos se detallan las actividades, plazos perentorios para su realización, resultados esperados, productos y/o evidencias, grado de cumplimiento de las actividades y los documentos probatorios que los sustentan (CCINSHAE/SASMCI, 2014-2015) (CCINSHAE/SASMCI, 2015-2016) (CCINSHAE/SASMCI, 2016-2017).



**17. Del total de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) clasificados como específicos y/o institucionales de los últimos tres años, ¿qué porcentaje han sido solventados de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo y/o institucionales?**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° Del 85 al 100% del total de los ASM se han solventado y las acciones de mejora están siendo implementadas de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo e institucionales

#### Justificación:

Se identificó que se realizaron las siguientes evaluaciones externas: en 2010, una evaluación de diseño (ED); en 2009 y 2010 se llevaron a cabo dos evaluaciones específicas de desempeño (EED); y, aunque no son evaluaciones externas, se consideran en esta valoración las fichas de monitoreo y evaluación (FMyE) para los periodos 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017 (INSAD-CCINSHAE/ED, 2010) (INSP/EED, 2010) (INSP/EED, 2011) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2013) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2014); (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2016); (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).

Con base en las evidencias entregadas, se corroboró que el Programa utiliza los informes de evaluaciones externas que cumplen con las cuatro características valoradas en la pregunta. Se utilizan de forma regular e institucionalizada para la toma de decisiones relacionadas con cambios para mejorar su gestión y resultados; se cuenta con documentos de trabajo y de avances, en los que se definen Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) y su atención permite mejorar el desempeño del Programa. Se entregó evidencia de convocatorias al menos de tres reuniones de revisión de la MIR 2017 con base en observaciones de evaluaciones externas; minutas de reunión de revisión de la MIR con participación de CONEVAL, lo anterior se relaciona con la participación consensuada del personal operativo del Programa, en la utilización de la información de las evaluaciones externas (CCINSHAE/CorreoMejoraMIR, 2016) (CCINSHAE-Revisión MIR, 2016).

Se proporcionaron los documentos de posición y opinión institucional para las FMyE de 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017, respectivamente (no se consideran las EED y la ED). En dichos documentos se analizan las recomendaciones derivadas de las evaluaciones y se traducen en ASM que permiten mejorar la gestión y resultados del Programa (CCINSHAE/PI, 2013) (CCINSHAE/PI, 2014) (CCINSHAE/PI, 2015-2016) (CCINSHAE/PI, 2016-2017) (CCINSHAE/PI, 2017-2018). El Programa cumple con la obligación de utilizar el Mecanismo para el seguimiento a los ASM normado por la SHCP, el CONEVAL y la Secretaría de la Función Pública (SFP) (SHCP/CONEVAL/SFP Mecanismo ASM, 2011).

Se cuenta con el "Documento de seguimiento a los Aspectos de Susceptibles de Mejora, clasificados como institucionales, derivados de informes y evaluaciones externas" para los periodos 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017. Se describen los ASM de los periodos, destacando para 2014-2015, la revisión de las definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida; para 2015-2016 se observan dos temas: continuar con la definición de las poblaciones y revisar y precisar el medio de verificación del indicador de Propósito; para 2016-2017 se establece que se debe continuar con el fortalecimiento de los medios de verificación en el tema de percepción en la calidad de la atención médica. En estos documentos se detallan las actividades, plazos perentorios para su realización, resultados esperados, productos y/o evidencias, grado de cumplimiento de las actividades y los documentos probatorios que los sustentan (CCINSHAE/SASMCI, 2014-2015) (CCINSHAE/SASMCI, 2015-2016) (CCINSHAE/SASMCI, 2016-2017).

**18. ¿Con las acciones definidas en los documentos de trabajo e institucionales, que a la fecha se han implementado, provenientes de los Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal de los últimos tres años, se han logrado los resultados establecidos?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Para valorar el logro de los resultados obtenidos con la implementación de los ASM, se contó con documentos probatorios que avalan el cumplimiento del 100 por ciento de avance de tres de los cinco ASM específicos e institucionales: uno institucional del periodo 2014-2015 y dos específicos del periodo 2015-2016. Para el complemento de dos ASM específicos de los periodos 2016-2017 y 2017-2018 no se contó con las evidencias respectivas para valorar su avance; a continuación se describen los hallazgos identificados por ASM.

El ASM institucional 2014-2015, relacionado con la revisión y mejora de las definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida, reportó el 100 por ciento de cumplimiento; el documento probatorio es el “Formato para la determinación y cálculo poblacional del PP E023 Ejercicio 2016”. Dicho formato forma parte de la impresión del correo electrónico entregado como evidencia; se valida el logro del resultado esperado (CCINSHAE/Correo, 2016).

Para el periodo 2015-2016, se incorporaron dos ASM específicos: el primero de ellos vinculado con dar continuidad al seguimiento de los ASM relacionados con las definiciones de las poblaciones; se presenta como documento probatorio el correo de difusión de la actualización de las poblaciones 2016; se corrobora el cumplimiento del resultado esperado (CCINSHAE/Correo, 2016). El segundo ASM, es la revisión de los medios de verificación del indicador de nivel de Propósito “Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida”; se presentan como evidencia el oficio núm. 1091 de la CCINSHAE, en el que se refiere la instrumentación de una encuesta de satisfacción a los institutos nacionales de salud que otorgan atención médica y un ejemplo de la encuesta aplicada que sustentan su realización, en las diferentes áreas del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”; se considera que el resultado esperado se cumplió (CCINSHAE/O1091, 2016) (INCICH/Formato encuesta, 2016).

Para el periodo 2016-2017 se presenta como evidencia el documento de trabajo del Programa, en el que identifica un ASM específico “Continuar fortaleciendo los medios de verificación respecto a la percepción de la calidad de la atención médica recibida”, se plantea como resultado esperado, la encuesta de percepción de calidad revisada por las entidades que participan en el Programa y como producto probatorio la encuesta aplicada en el ejercicio fiscal 2017; se desconoce su progreso; no se entregó evidencia de avances del documento de trabajo del Programa, como documento probatorio se entregan minutas de reuniones de trabajo con gestores de calidad de a IC, que permiten valorar el avance pero no el cumplimiento de los resultados esperados.

Con relación al periodo 2017-2018, se entregó el documento de opinión institucional de la FMYe 2016-2017 en la que se emitieron cuatro recomendaciones, una de las cuales se aceptó como un ASM específico; se relaciona con la pertinencia, suficiencia del número de indicadores que reportan en la MIR para el logro de los resultados del Programa y el cumplimiento de la lógica vertical y horizontal de la MIR. El complemento de tres recomendaciones no fue atendido; al respecto no se entregó el documento de trabajo para el periodo 2017-2018; se desconocen los términos en los que se planteó el ASM derivado de esta recomendación, los resultados esperados y documentos probatorios establecidos para avalar su cumplimiento, así como la fecha comprometida para su consecución (cfr. Pregunta 19). En el Anexo 8 se presentan los hallazgos identificados por ASM (CCINSHAE/SASMCI, 2014-2015) (CCINSHAE/SASMCI, 2015-2016) (CCINSHAE/SASMCI, 2016-2017).

## 19. ¿Qué recomendaciones de la(s) evaluación(es) externa(s) de los últimos tres años no han sido atendidas y por qué?

**No procede valoración cuantitativa.**

### **Justificación:**

En las FMyE y en la EED se identificaron cinco recomendaciones no atendidas: una en la FMyE 2014-2015 y cuatro de las FMyE 2016-2017, (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2016); (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).

Se identificó que el Programa en el periodo 2014-2015, tiene dos recomendaciones; que son atendidas como ASM en 100 por ciento (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015).

Para la FMyE 2016-2017, se identificaron cuatro recomendaciones las cuales no fueron atendidas:

1. Realizar la implementación de un sistema de registro nominal que apoye a determinar un padrón de beneficiarios o población potencial atendida y no sólo eventos; la argumentación para no clasificarla en ASM fue “recomendación no factible de atenderse en el corto plazo, esta acción está asociada a la instrumentación del expediente clínico electrónico y sistemas de gestión hospitalaria automatizados. El padrón nominal está siendo desarrollado por la Dirección General de Información en Salud. Adicionalmente, las instituciones que participan en el Programa proporcionan atención médica a quién lo requiera sin excluirlos por su pertenencia a algún padrón o relación de usuarios de servicios de salud” (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).
2. Se recomienda realizar acciones para consolidar a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, con el fin de lograr una mejor distribución de la atención a través de la coordinación que se realiza con la red de servicios; no fue clasificada como ASM con el argumento de “recomendación ya contemplada dentro de las acciones estratégicas de consolidación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad” (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).
3. “Debido a que la población potencial objetivo y atendida por la capacidad de infraestructura, recursos humanos y financiera, se recomienda evaluar la capacidad instalada o subutilización, con relación a la eficiencia de la cobertura a través de un indicador de la Matriz de Indicadores para Resultados “Recomendación no atendible”, sin explicación (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).
4. “Valorar la pertinencia del número de indicadores que reporta y que cumpla con la Metodología de Marco Lógico (lógica vertical y horizontal), que sean los suficientes y necesarios para el logro de sus resultados; recomendación no clasificada en ASM con la argumentación “El Programa considera que los objetivos que están plasmados en la Matriz de Indicadores para Resultados son los suficientes y necesarios y se concentran los resultados más relevantes” (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).

En relación con la evaluación de diseño realizada en 2010, si bien no corresponde a condiciones observadas en los últimos tres años, es relevante considerar que una de las principales recomendaciones refiere la elaboración de un diagnóstico específico del Programa que atienda las áreas de oportunidad identificadas. Como ejemplos de lo que debe contener este diagnóstico, está: la definición del problema, sus causas y sus efectos; árbol de objetivos; definición, cuantificación e identificación de las poblaciones potencial, objetivo y atendida. Esta recomendación sigue vigente en esta evaluación de consistencia y resultados que se realiza al Programa.

**20. A partir del análisis de las evaluaciones externas realizadas al programa y de su experiencia en la temática ¿qué temas del programa considera importante evaluar mediante instancias externas?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Entre las evidencias presentadas por el Programa, se identificaron cinco FMyE para los periodos 2012-2013; 2013-2014; 2014-2015; 2015-2016; y 2016-2017; en 2009 y 2010; se llevaron a cabo dos evaluaciones específicas de desempeño (EED); y en 2010, una evaluación de diseño (ED) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2013) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2014) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2016) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017) (INSP/EED, 2010) (INSP/EED, 2011) (INSAD-CCINSHAE/ED, 2010).

Con base en los resultados de las FMyE de 2014-2015 y 2016-2017, se considera que el Programa tiene identificado el problema (cfr. Pregunta 1); sin embargo, no están establecidos los tiempos para su revisión y actualización; se identifica que el Programa cambia su nombre de “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud” al de “Atención a la Salud”, sin que represente un cambio en sus funciones o actividades; se menciona que existe una ausencia de registro nominal en su sistema de información que afecta las cifras en sus poblaciones PP, PO y PA; los tipos de poblaciones PP, PO y PA, se cuentan como una debilidad del Programa; se detecta que el Programa se encarga de orientar y consolidar las acciones programáticas que generan los institutos nacionales y los hospitales de alta especialidad, pero no administra el presupuesto de los organismos participantes debido a que estos poseen autonomía técnica, operativa y administrativa; en función de esta observación se sugiere revisar los procedimientos de gestión de información. Las áreas de oportunidad de la operación del programa mencionadas pueden ser atendidas a través de una Evaluación complementaria con módulo completo de Diseño.

En el año de 2016-2017, se menciona que la distribución de la población atendida se encuentra concentrada en la Ciudad de México, lo que dificulta el acceso a los usuarios que requieren atención en las unidades coordinadas por el Programa; en el caso de las instituciones que operan el Programa, cuentan con limitantes de infraestructura, recursos humanos y financieros disponibles y habilitados, que pueden incidir en la disminución de la población atendida y objetivo. Estas limitaciones pueden ser analizadas mediante una Evaluación de Procesos que valore si el Programa realiza sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente, y si contribuyen al mejoramiento de su gestión (CONEVAL/TE, 2018).

Por otra parte, no se identifica alguna evidencia de seguimiento general para conocer en qué medida el Programa contribuye a solucionar los problemas de salud de alta complejidad de la población que atiende. Esta área de oportunidad de conocimiento del problema que atiende el Programa puede ser atendida a través de una Evaluación Complementaria de Resultados o, de ser el caso, realizar un estudio de factibilidad sobre si las condiciones en las que opera el Programa hacen posible llevar a cabo una evaluación de impacto o, en su caso, determinar qué organización debe darse al Programa para favorecer que, en el mediano plazo, se esté en condiciones de evaluar su impacto.

**21. El Programa recolecta información acerca de:**

- a. **La contribución del programa a los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional.**
- b. **Los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios en el tiempo.**
- c. **Las características socioeconómicas de sus beneficiarios.**
- d. **Las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población beneficiaria.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° El programa recolecta información acerca de todos de los aspectos establecidos.

**Justificación:**

Con la información disponible se identifica que el Programa recolecta información que permite valorar tres de los aspectos establecidos en la pregunta; contribuye al cumplimiento de uno de los objetivos del PROSESA, cuenta con información de los tipos de apoyo otorgados a los beneficiarios. Como ya se señaló, el Programa no requiere de un padrón de beneficiarios en los términos de otros programas sociales (cfr. pregunta 8).

El Programa cumple con las funciones que establece el Estado mexicano respecto a la prestación de servicios de salud para padecimientos de alta complejidad a través de los institutos nacionales de salud y los hospitales federales de alta especialidad. Se alinea al PROSESA en su objetivo sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; en ese sentido contribuye al logro de la meta nacional a través de tres indicadores: 1) Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo, 2) Tasa de mortalidad por cáncer de mama y 3) Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Con relación a los avances de los indicadores mencionados, en el informe anual de la MIR 2017, no se presentan resultados (SHCP-PASH, 2017). Si bien, estos indicadores no son responsabilidad directa del Programa, es un área de oportunidad que la unidad coordinadora cuente con evidencia de las gestiones para solicitar que la instancia responsable de darle seguimiento a estos indicadores registre los resultados en forma oportuna; toda vez que éstos son parte de la MIR.

En relación con los tipos de apoyos otorgados a los beneficiarios, éstos pueden ser económicos y no económicos; en estos últimos se ubicarían los servicios de salud que el Programa ofrece a sus beneficiarios. Es claro que el Programa cuenta con el registro de los servicios que se proporcionan a cada beneficiario y que esta información se integra tanto en la estadística hospitalaria como en el expediente médico de cada beneficiario atendido.

De igual forma, el Programa recolecta información sobre las características socioeconómicas de los beneficiarios en el momento en que lleva a cabo el estudio que le permite determinar en qué nivel del tabulador se ubica en relación con los procesos referentes a las cuotas de recuperación que, en su caso, pudieran corresponder.

Respecto de integrar información sobre las personas que no son beneficiarias, debe tenerse presente que el Programa no utiliza criterios de selección para aceptar o no a un posible beneficiario en función de su condición socioeconómica; en consecuencia, no aplica el inciso “d” que se valora en la pregunta.

Considerando lo antes expuesto el Programa recolecta información de todos los aspectos que le aplican por lo que cumple con las características de la pregunta.

Para atender las áreas de oportunidad señaladas se recomienda identificar, sistematizar y procesar la información que se recolecta sobre el tipo de apoyos que se proporciona a los beneficiarios y sobre sus características socioeconómicas y que esta información sea utilizada como insumo de la planeación de la prestación los servicios y mejora de la calidad de los mismos.

**22. El programa recolecta información para monitorear su desempeño con las siguientes características:**

- a. Es oportuna.
- b. Es confiable, es decir, se cuenta con un mecanismo de validación.
- c. Está sistematizada.
- d. Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.
- e. Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
3	° La información que recolecta el programa cuenta con cuatro de las características establecidas.

**Justificación:**

Con la evidencia disponible se identifica que el Programa recolecta información para monitorear su desempeño con cuatro de las características que se requieren en la pregunta. El seguimiento del Programa, en términos de la MIR, se realiza a través de información del Sistema de Reportes de la MIR que consiste en hojas de cálculo en Excel a las cuales se les incorporan algunos controles para validar la información y para facilitar la consolidación de cifras de todos los ejecutores del Programa, con lo que se considera que la información es oportuna y está sistematizada. La oportunidad de mejora se relaciona con la confiabilidad; no fue posible valorar el mecanismo de validación empleado.(CCINSHAE-NI-P22, 2018) .

En este sistema de reportes de la MIR cada una de las unidades participantes le da seguimiento a la información del desempeño del Programa y se refieren diversos esquemas de monitoreo, ya que forma parte de los indicadores de medicina de alta especialidad y la numeralia que se presenta a la junta de gobierno; también se menciona el seguimiento de este instrumento a través de los comités de control y auditoría de los organismos, en los que participa el órgano interno de control; no se dispuso de evidencia documental del mecanismo de verificación. La información es pertinente respecto de su gestión, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes; está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente, de acuerdo con la periodicidad de cada indicador (CCINSHAE-Resultados MIR, 2018).

Con este sistema de información se genera el consolidado de los indicadores que se reportan trimestralmente al sistema del PASH.

## Cobertura y Focalización

**23. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:**

- Incluye la definición de la población objetivo.
- Especifica metas de cobertura anual.
- Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
- Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
2	° La estrategia de cobertura cuenta con dos de las características establecidas.

### Justificación:

La revisión de evidencia documental entregada por el Programa, no permitió identificar si existe una estrategia de cobertura para atender a la población objetivo y que esté explícita en un documento oficial específico. No obstante, se entregaron evidencias que contienen elementos que podrían relacionarse con un proceso de planeación orientado a la cobertura de la población objetivo que presenta la necesidad o problema por resolver con el Programa; estos elementos cumplen con dos de las características que se valoran en esta pregunta.

Las poblaciones PP, PO y PA están definidas y cuantificadas (cfr. Pregunta 7 y Anexo 1); abarcan un horizonte de corto plazo en su estimación ya que se refiere solo a la programación anual y son congruentes con el diseño del Programa. Se identificó que las definiciones de las tres poblaciones están vinculadas con el problema que se busca atender, de acuerdo con el árbol del problema y son consistentes con los objetivos de la MIR a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades. La PA se encuentra desglosada por sexo, rango de edad y entidad federativa (CCINSHAE/TDR, 2018) (CCINSHAE-conc-Pob., 2018) (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017).

La carencia de un Diagnóstico específico del Programa enfocado al problema particular que se busca atender (cfr. Pregunta 2) no permite observar si la estrategia de cobertura de la PO es consistente con el Diagnóstico. Debido a esto, es posible entender que la PO no cuente con estimaciones que consideren el mediano y largo plazos y que no se especifiquen mecanismos para revisar y actualizar la problemática del Programa y las definiciones de las poblaciones.

Para atender las áreas de mejora identificadas, se recomienda: 1. Elaborar un documento con la estrategia de cobertura para atender la población objetivo del Programa, que tenga consistencia con el Diagnóstico que se elabore y con el diseño del Programa, y que contemple definiciones, estimaciones y metas para el corto, mediano y largo plazos.



**24. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Con la información disponible no fue posible identificar que el Programa disponga de un mecanismo documentado para identificar a su población objetivo, por tanto la metodología de focalización y las fuentes de información que utiliza para ello no están disponibles. En nota técnica entregada por el Programa para la evaluación se hace referencia a la definición de la población objetivo y las variables que intervienen en su cuantificación; más no a la identificación de dicha población (CCINSHAE-NI-P24, 2018).

La PO del Programa se define como: Número de personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución. Se cuantifica mediante la estimación o programación anual del siguiente grupo de atención: a) Número estimado de pacientes a los que se les abrirá expediente clínico en el año de reporte más el número estimado de pacientes subsecuentes con expediente activo que se prevé utilizar en el año de reporte. b) Número estimado de pacientes que podrían requerir atención médica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado. c) Número estimado de pre-consultas a otorgar más número estimado de pacientes a atender por convenio (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018).

En los elementos que conforma la definición de la PO no se identifican elementos que sustenten la focalización o priorización de las personas que soliciten la atención; la demanda de servicios médicos especializados que presenta la población se atiende, hasta el límite de su infraestructura, conforme a lo que establecen los propios decretos de creación de las instituciones que participan en el Programa. Un área de oportunidad es considerar una focalización basada en los padecimientos complejos, considerando la especificidad de las carteras de servicios de las IC, como se indica en el PAEMAE, por ser la característica de la medicina de alta especialidad (CCINSHAE,PAEMAE, 2013, p. 15)

Para atender las oportunidades de mejora se recomienda que como parte de las acciones para mejorar la metodología para la cuantificación de las poblaciones PP, PO y PA (cfr. Pregunta 7) se desarrollen las especificaciones de los mecanismos con los que cuenta el Programa para identificar a su PO, que incluyan las especificaciones de los métodos de selección, priorización o depuración, las fuentes de información y los sistemas de información que son utilizados para este fin.

**25. A partir de las definiciones de la población potencial, la población objetivo y la población atendida, ¿cuál ha sido la cobertura del programa?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

La evidencia documental entregada por el Programa incluye una base de datos que define y cuantifica las poblaciones PP, PO y PA para el periodo 2009-2017; con esta información se integra el Anexo 10 “Evolución de la Cobertura” y se sustenta el análisis de la cobertura del Programa.

La PP entendida como las personas que podrían acudir a la institución para solicitar atención médica con base en su capacidad instalada y los pacientes atendidos en años previos (expedientes vigentes), tiene un comportamiento ascendente en la primera mitad del periodo de análisis y decremento en la segunda; pasaron de 2,770,867 en 2009, a 3,291,823 de personas en 2013, lo que representó un incremento del 18.8 por ciento. En el periodo de 2013 a 2017 se presentó un decremento; pasaron de 3,291,823 en 2013, a 2,680,857 personas en 2017, lo que representó una disminución del 22.7 por ciento, que el Programa atribuye al perfeccionamiento de la metodología para el cálculo de las poblaciones (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018).

Para la PO definida como las personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución. En el periodo de análisis se presentó un incremento sostenido; pasaron de 1,388,224 en 2009, a 1,806,878 personas en 2017, lo que representó una variación positiva del 30.1 por ciento (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018).

La PA definida como total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución, para el periodo de análisis presentó un incremento sostenido; pasaron de 1,360,568 en 2009, a 1,644,919 personas en 2017, lo que representó un incremento del 20.8 por ciento (CCINSHAE-BD-cobertura, 2018).

La cobertura de la PO del Programa fue en promedio el 97.3 por ciento, en el periodo de análisis de 2009 a 2017 (Anexo 10). La cobertura de la PP en ese mismo periodo, es, en promedio, del 51.3 por ciento.

En el Anexo 11 se presenta la población atendida desagregada por entidad federativa, grupo de edad y sexo (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017).

## Operación

**26. Describa mediante Diagramas de Flujo el proceso general del programa para cumplir con los bienes y los servicios (es decir los Componentes del programa), así como los procesos clave en la operación del programa.**

**No procede valoración cuantitativa.**

### Justificación:

En la evidencia entregada por el Programa no se identificó información sobre el proceso general o los procesos claves que se ocupan en la operación. El Programa comenta que estos procesos están en cada una de las IC; se entregaron algunos procedimientos que se incluyeron en la valoración de esta pregunta. La revisión de evidencias documentales permitió construir un proceso general con una visión integral que incluye los procesos clave; esta propuesta que se hace es congruente con los servicios (componentes) que el Programa otorga: 1. Atención ambulatoria especializada que recibe la referencia de los pacientes, asigna la consulta y estudios de laboratorio, realiza la valoración (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008); y la 2. Atención hospitalaria especializada que se encarga del ingreso (en el caso de urgencia determina la hospitalización), hospitalización, cirugía, recuperación, alta, programación de consulta de seguimiento (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008). Los diagramas de flujo se muestran en el Anexo 12.

Los objetivos de nivel de Componente en la MIR son: 1.- “Atención ambulatoria especializada otorgada” que se centra en proporcionar consulta médica especializada; y 2. “Atención hospitalaria especializada otorgada” que se encarga de la cirugía y la hospitalización especializada; ambos procesos son coincidentes con los procesos del Hospital Regional de Alta especialidad del Bajío: No. 30.- Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa” (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008); No. 34.- Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)” (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008).

Los procesos de la CCINSHAE se encuentran alineados al PND; al PROSESA y al seguimiento a los resultados de la MIR 2017 del Programa. En una búsqueda intencionada, INSAD obtuvo la versión completa del “Manual de Procedimientos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad” (SS/CCINSHAE/MGP, 2012); en donde la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos (DCPE), es el área encargada de dar seguimiento al cumplimiento de metas programáticas de los indicadores. En los documentos revisados no se identificaron procesos generales o procesos clave, en la coordinación del Programa, que le permiten cumplir con los Componentes. Para atender el área de oportunidad se recomienda la elaboración de los procesos, general y clave con los que la CCINSHAE realiza la coordinación de la entrega de los servicios de atención médica especializada, ambulatoria y hospitalaria a su población objetivo; esta recomendación es factible de atender a partir de que la unidad responsable del Programa manifiesta que las IC si cuentan con información de dichos procesos. La disponibilidad de este proceso general y los procesos claves supervisados por la unidad responsable permitirían, entre otros aspectos, servir de referente para que aquellas IC que están en proceso de consolidación tengan un referente que, desde una perspectiva normativa, les oriente en la construcción de sus propios procesos y en su implementación. En ninguna circunstancia se esperaría que los procesos general y claves a los que se ha hecho referencia tenga como sentido el promover la unificación de procesos entre las IC.

**27. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales).**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° El programa cuenta con información sistematizada, pero ésta no permite conocer la demanda total de apoyos ni las características de los solicitantes.

#### Justificación:

El Programa no mostró evidencias documentales fehacientes que permitan afirmar que dispone de información sistematizada de manera única y con la pertinencia para conocer la demanda total de apoyos en atención médica de alta especialidad. Lo que se tiene son distintos sistemas de información institucionales, cuyos nombres no están identificados, como por ejemplo, en la justificación de las características de cada una de las FT de los indicadores (CCINSHAE,FTI, 2017).

El Programa tiene carencias de información en una fuente única, tal como: cédulas de información de las personas beneficiarias; registros de personas beneficiarias; sistemas de información con las características de los solicitantes. La información socioeconómica de las personas atendidas se encuentra en los estudios socioeconómicos de trabajo social de cada institución; y aunque respondan seguramente a los criterios generales y a la metodología dictada en el Acuerdo para la clasificación socioeconómica de pacientes publicado en el Diario Oficial de la Federación, no aplica a todas las personas que acuden, como es el caso considerado en el artículo quinto de dicho Acuerdo por el que cada institución aplica convenios diferentes (SS-Clasificación Socioec., 2013, p. 8). Al respecto, el Programa comenta que cada institución lleva el registro de su población usuaria de acuerdo con los sistemas de información que posee; no se tuvo acceso a esta información en la evaluación.

Existe un Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad IMAE, que contiene un Apartado VII. Sistema electrónico para la captura y el cálculo automatizado de indicadores, en el que se propone un sistema Excel de siete formatos, pero éste tiene aún el carácter de propuesta (SS-CCINSHAE IMAE, 2016, pp. 202-208).

La situación es confirmada en la Nota Informativa que señala que la cuantificación de la población se hace “con base en los sistemas de información en materia de atención médica que reportan las entidades que participan del programa”. Este documento indica que la población objetivo está determinada “por la demanda de servicios médicos especializados que presenta la población [...] hasta el límite de su infraestructura, ya que no tienen como objetivo el proporcionar servicios médicos especializados a toda la población sin seguridad social”; cabe resaltar que los resultados de este Programa no se evalúan en términos de cobertura poblacional puesto que atiende a la demanda que se le presenta para aquellos padecimientos (complejos de larga duración y alto costo)” y esto implica contar con datos sobre estas características de las personas solicitantes (SS-CCINSHAE-A NI, 2018, p. 2) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2014).

La misma Nota reconoce que “falta un sistema de registro individual en todo el sistema de salud de la población sin seguridad social. Las entidades que participan en el Programa no cuentan con un sistema de información por persona, sus registros están basados en los eventos que realiza la unidad hospitalaria como consultas, egresos hospitalarios, estudios, etc., esta circunstancia está validada por los sistemas estadísticos de información en salud para población sin seguridad social en los cuales se acepta como referencia para el número de pacientes atendidos el número de consultas de primera vez en el año, a esta cifra se incorporan las atenciones por urgencias y pacientes por convenio a los cuales no se les abre expediente”. Al contrastar los datos en cada informe institucional hay diferencias de criterios y presentación de los indicadores generados.

La carencia de un sistema de información específico para el Programa, consistente, único y homologado, explica que se continúe trabajando sólo con estimaciones y que no se puedan determinar las características básicas del perfil de la población que se atiende, ni variables socioeconómicas ni clínicas, lo cual significa un área de oportunidad por atender. Se recomienda gestionar el diseño y operación de un sistema de registro nominal de personas atendidas que incluya variables mínimas que permitan conocer la demanda total de apoyos y las características socioeconómicas de los solicitantes de atención médica especializada.

**28. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:**

- a. Corresponden a las características de la población objetivo.
- b. Existen formatos definidos.
- c. Están disponibles para la población objetivo.
- d. Están apegados al documento normativo del programa.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>° El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo.</li> <li>° Los procedimientos cuentan con tres de las características descritas.</li> </ul>

**Justificación:**

En la revisión de la evidencia proporcionada, no se identificó un documento integrado específico del Programa que presente el procedimiento general para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, que permita valorar si cuenta con los elementos solicitados en la pregunta.

Se pudo verificar que en las páginas de los institutos nacionales de salud, algunos hospitales generales de referencia y algunos hospitales regionales de alta especialidad cuentan con un procedimiento para proporcionar atención por primera vez, que es específico para cada organismo y que, en general, es una pre-consulta: con la información disponible se puede validar que estos procedimientos corresponden a las características de la población objetivo, son consistentes con el PAEMAE y algunos están disponibles en las páginas electrónicas, que son públicas (CCINSHAE-Directorio Web, S/F). El área de oportunidad se relaciona con atender la ausencia de un procedimiento general específico del Programa y en que la totalidad de las instancias coordinadas (IC) dispongan públicamente de este procedimiento.

Cabe hacer mención que se identificó un documento denominado "Manual de Trámites y Servicios al Público" del Instituto nacional de pediatría (SS/CCINSHAE/MTySP, 2008), que presenta una guía simple de la recepción, registro y trámite de las solicitudes de apoyo, que no se menciona que sea específico del Programa; no muestra formatos definidos y no se menciona si está disponible para la población en general. Otros ejemplos de procedimientos relacionados con la solicitud de servicios tienen una antigüedad de 10 años, no fueron elaborados con la visión del Programa, se sugiere valorar su actualización (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008) (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008).

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda elaborar un procedimiento general de la coordinación del Programa, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo (servicios de atención especializada), que son publicados en sus respectivas páginas electrónicas; asimismo, asegurarse de que todas las IC publiquen los procedimientos y los actualicen periódicamente. El disponer de un procedimiento general propicia, entre otras consideraciones, la oportunidad para que las IC observen aspectos que sean referentes para los procesos de mejora específicos de cada instancia.

**29. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características:**

- a. Son consistentes con las características de la población objetivo.
- b. Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c. Están sistematizados.
- d. Están difundidos públicamente.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° Los mecanismos para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo tienen una de las características establecidas.

**Justificación:**

En la revisión de la información proporcionada, como fue comentado con anterioridad, no se identificó un documento integrado específico del Programa que presente el procedimiento general para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo (Cfr. Pregunta 28); en los procedimientos revisados en las páginas de las IC, no se identificaron mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, que satisfaga los elementos descritos en la Pregunta.

Se identificó como parte del manual de procedimientos de una IC correspondiente al año 2008, el número “34, Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)” (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008). En este procedimiento se identifican mecanismos de verificación de algunas partes del proceso de solicitud registro y trámite de atención hospitalaria, con lo que se valida que es consistente con las características de la población objetivo; sin embargo, no es posible validar las otras características de la pregunta como: si los mecanismos están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias coordinadas; si están sistematizados; o si están difundidos públicamente.

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda elaborar un procedimiento general de la coordinación del Programa, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo (cfr. recomendación de la pregunta 28), complementando el procedimiento con los respectivos mecanismos de verificación; adicionalmente, garantizar que sean utilizados por todas las IC, que se incluyan en sistemas de cómputo y se difundan públicamente.

**30. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:**

- a. Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b. Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c. Están sistematizados.
- d. Están difundidos públicamente.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
2	° Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen dos de las características establecidas.

**Justificación:**

En la revisión de la evidencia proporcionada, no se identificó un documento integrado específico del Programa que presente el procedimiento general para la selección de beneficiarios, que permita valorar si cuenta con los elementos solicitados en la pregunta. Por la naturaleza de la organización del Programa se considera que los procedimientos de selección de beneficiarios pudieran ser análogos a los relacionados con la asignación de consultas de primera vez.

En este contexto, en las páginas electrónicas consultadas, algunos de los institutos nacionales de salud, junto con el procedimiento para proporcionar atención por primera vez, incluyen los requisitos que deben cubrir los solicitantes para recibir atención en el servicio de pre-consulta, que son específicos de esa IC; en estos procedimientos disponibles se puede validar que están claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción y están difundidos públicamente. El área de oportunidad se relaciona con elaborar un procedimiento general del Programa que, como marco de referencia delimite la existencia de procedimientos específicos para cada IC; así como el promover que la totalidad de las IC dispongan en sus páginas electrónicas del procedimiento para la selección de beneficiarios. En reunión de trabajo la unidad responsable del Programa informó que las IC si cuentan con dichos procedimientos; no se tuvo acceso a la información durante la evaluación a la totalidad de información de las IC.

Cabe hacer mención que aunque se identificaron los procedimientos: No. 30.- Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa"; y No. 34.- Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)" de un hospital regional, no es posible validar las características solicitadas en la pregunta (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008) (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008).

Entre las evidencias presentadas, se incluyen tres direcciones electrónicas a las carteras de servicios para hospitales regionales de alta especialidad que proporciona una relación simple de servicios, que no cuentan con información que permitan ser considerados como un procedimiento (CCINSHAE-CARTERAS-ESTATUTOS, 2018).

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda elaborar un procedimiento general de la coordinación del Programa, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC para la selección de beneficiarios; que Incluyan: criterios de elegibilidad claramente especificados; utilizados por todas las instancias ejecutoras; que sean publicados en sus páginas electrónicas; y los actualicen periódicamente.



**31. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características:**

- a. **Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos.**
- b. **Están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c. **Están sistematizados.**
- d. **Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de proyectos y/o beneficiarios.**

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

En la revisión de la información proporcionada, no se identificó un documento específico del Programa que presente el procedimiento general para la selección de beneficiarios (Cfr. Pregunta 30); en los procedimientos revisados en las páginas de las IC que los presentan, no se identificaron mecanismos documentados para verificar el procedimiento para la selección de beneficiarios, que permitan validar el cumplimiento de las características solicitadas en la pregunta.

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda que al procedimiento general de la coordinación del Programa para la selección de beneficiarios, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC (cfr. recomendación de la pregunta 30), sea complementando con los respectivos mecanismos de verificación si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos; son utilizados por todas las instancias ejecutoras; están sistematizados en sus páginas electrónicas; y son conocidos por los operadores del programa responsables del proceso de selección de beneficiarios.

**32. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:**

- a. Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b. Están sistematizados.
- c. Están difundidos públicamente.
- d. Están apegados al documento normativo del programa.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen una de las características establecidas.

**Justificación:**

En la revisión de la evidencia proporcionada, no se identificó un documento integrado específico del Programa que presente el procedimiento general para otorgar los apoyos a los beneficiarios, que permita valorar si cuenta con los elementos solicitados en la pregunta.

Se proporcionó una nota técnica para la pregunta 32 en la que se argumenta en el marco de autonomía de gestión y especialidad de cada ejecutor del programa, los procedimientos en términos generales para su comprensión por la población que demanda atención médica forman parte de los portales de internet de las instituciones, y son de manejo general por las áreas de relaciones públicas o admisión cuando el paciente acude directamente a la entidad (CCINSHAE-NI-P32, 2018) y se anexa evidencia de los portales de las unidades hospitalarias ejecutores del programa (CCINSHAE-Directorio Web, S/F). La información contenida en algunos de los portales se refiere a procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo y fue valorada en la pregunta 28.

Otras evidencias proporcionada por el Programa como, el Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa” (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008); y Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)” (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008), solo se valida que están apegados al documento normativo PAEMAE. No es posible validar si los procedimientos están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras; si están sistematizados o si están difundidos públicamente.

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda elaborar un procedimiento general de la coordinación del Programa, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC para otorgar los apoyos a los beneficiarios (servicios de atención especializada), que son publicados en sus respectivas páginas electrónicas; asimismo, asegurarse de que todas las IC publiquen los procedimientos y que los actualicen periódicamente.

**33. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios y tienen las siguientes características:**

- a. **Permiten identificar si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa.**
- b. **Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c. **Están sistematizados.**
- d. **Son conocidos por operadores del programa.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° Los mecanismos para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios tienen una de las características establecidas.

**Justificación:**

En la revisión de la información proporcionada, no se identificó un documento integrado específico del Programa que presente el procedimiento general para la entrega de apoyos a beneficiarios (Cfr. Pregunta 32); en los procedimientos revisados de algunas de las IC no se identificaron mecanismos documentados para verificar el procedimiento para la entrega de apoyos a los beneficiarios que satisfaga las características solicitadas en la pregunta, como: sus características que permitan verificar si los apoyos a entregar son acordes con lo establecido en los documentos normativos del Programa; si son utilizados por todas las instancias ejecutoras; si están sistematizados; o si son conocidos por los operadores del Programa.

Cabe mencionar, aunque existen diversos documentos de seguimiento de la atención médica como son expediente clínico, así como diversos informes en la práctica cotidiana y encuestas de percepción de la calidad de la atención médica recibida por el paciente, no se menciona la relación explícita con los documentos normativos del Programa.

Un elemento inherente a la prestación de servicios de atención médica es la elaboración de un expediente clínico de cada persona atendida; como evidencia se presentó un Manual para la organización y funcionamiento del comité del expediente clínico correspondiente a una de las IC; se establece como objetivo revisar periódicamente el cumplimiento de la normatividad vigente en el llenado del expediente clínico de cada paciente que recibe atención médica en el instituto, y una de sus funciones es coordinar y supervisar la revisión de expedientes clínicos. Con esta evidencia se valida si los servicios a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del Programa; pero no es posible validar si son utilizados por todas las instancias ejecutoras; si están sistematizados o si son conocidos por todos los operadores del Programa (CCINSHAE-COMITE-EXP-C., s/f).

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda que al procedimiento general de la coordinación del Programa para la entrega de apoyos, que valide la existencia de procedimientos específicos de cada IC (cfr. recomendación de la pregunta 32), sea complementando con los respectivos mecanismos de verificación de si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa; son utilizados por todas las instancias ejecutoras; están sistematizados en sus páginas electrónicas; y son conocidos por los operadores del programa responsables del proceso de entrega de apoyos a los beneficiarios.

**34. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:**

- a. Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b. Están sistematizados.
- c. Están difundidos públicamente.
- d. Están apegados al documento normativo del programa.

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

Con base en la revisión de la información proporcionada por el Programa, se clarifica que el Programa no ejecuta obra. En lo que respecta a los procedimientos de ejecución de acciones no se identificó un documento normativo que permita establecer los procedimientos utilizados por el Programa para la ejecución de acciones orientada a la entrega de servicios a la población beneficiaria, que permita valorar las características solicitadas en la pregunta. En reunión de trabajo la unidad responsable del Programa informó que las IC si cuentan con dichos procedimientos; no se tuvo acceso a la información durante la evaluación.

Por otra parte, entre las evidencias presentadas, se incluye una serie de direcciones electrónicas para los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad que proporciona una guía simple informativa para obtener consulta de primera vez, que no puede ser considerada como un procedimiento. Se menciona en una nota técnica de la pregunta 34 que el Programa ha incluido el procedimiento para la cancelación de cuentas como un elemento de prueba del manejo estandarizado y avalado por las autoridades respecto a la operación institucional; se incluye un oficio circular para los directores de los hospitales regionales de alta especialidad, para que gestionen la aprobación del trámite correspondiente ante sus juntas directivas (CCINSHAE-NI-P34, 2018) (CCINSHAE-DGCHRAE-Of Circular, 2017). Con la evidencias presentadas se identifica que se refiere a una acción relevante del Programa, que solo incluye a un grupo de IC, pero dista mucho de ser un procedimiento formal, en el que se puedan validar las características solicitadas en la pregunta.

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda elaborar un procedimiento general de la coordinación del Programa, para la ejecución de acciones relacionadas con la prestación de servicios de atención médica especializada, que son utilizados por todas las instancias ejecutoras; que son sistematizados, difundidos públicamente en sus respectivas páginas electrónicas; y que están apegados al documento normativo del programa.

**35. El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características:**

- a. **Permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa.**
- b. **Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c. **Están sistematizados.**
- d. **Son conocidos por operadores del programa.**

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

En la revisión de la información proporcionada por el Programa, no se identificaron mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de acciones que permitan conocer si éstas se realizan acorde con lo establecido en los documentos normativos; están estandarizados; sistematizados; o si son conocidos por los operadores del Programa. En reunión de trabajo la unidad responsable del Programa informó que las IC si cuentan con dichos mecanismos documentados; no se tuvo acceso a la información durante la evaluación.

Cabe hacer mención que no se han establecido procedimientos para la ejecución de acciones, por lo que, aunque se realicen acciones como la cancelación de cuentas con terceros por cobrar, o se realicen auditorías clínicas, sin un procedimiento formal, no es posible determinar su relación con los elementos normativos del Programa.

Para atender las áreas de oportunidad se recomienda que al procedimiento general de la coordinación del Programa para la ejecución de acciones, (cfr. recomendación de la pregunta 34), sea complementando con los respectivos mecanismos de verificación de si la ejecución de acciones son utilizados por todas las instancias ejecutoras; están sistematizados; difundidos públicamente; y están apegados al documento normativo del programa.

**36. ¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar el proceso de apoyo a los solicitantes?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

El Programa no dispone de un documento normativo (cfr. Pregunta 1); si bien se cuenta con un PAEMAE en el que se presentan los objetivos, las estrategias y líneas de acción a seguir en el período 2013 – 2018 en el tema de la medicina de alta especialidad, no constituye el documento normativo del Programa, dado que no contiene la información específica sobre su diagnóstico, diseño y operación. Además, el PAEMAE no ha tenido modificación alguna en los últimos tres años; tampoco fue posible identificar algún documento que pudiera explicar el hecho o circunstancia que motivó las modificaciones que impliquen una mejora y simplificación regulatoria, ya que, como se ha mencionado, no cuenta con un diagnóstico actualizado que analice o explique la problemática detectada (CCINSHAE, PAEMAE, 2013).

Se presentan evidencias documentales sobre el cambio de denominación del programa en el ahora nombrado E023 “Atención a la salud”; minuta de la junta de gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, en la que se aprueba la cancelación de cuentas incobrables del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017; el Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, en el que se establecen las principales funciones referidas a la atención médica de alta especialidad.

También se presenta el manual de lineamientos para el intercambio de servicios en el sector salud, que tiene como objetivo “Establecer los criterios operativo – administrativos que permitan el intercambio de servicios de salud entre los distintos prestadores de la atención médica en el país, con el propósito de avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal” (SS-CNPSS, 2016). Este manual, si bien busca estandarizar los mecanismos de operación de intercambio de servicios, facilitar el mecanismo de derivación y recepción de pacientes, entre las unidades médicas participantes y promover una apropiada correlación entre facturación y pago de los servicios, no refleja las modificaciones que impliquen una mejora y simplificación regulatoria del Programa en el que se registren los procesos y actividades de manera explícita.

Los Lineamientos de los Programas de Mejora Regulatoria 2017 – 2018 de las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, señalan que la mejora regulatoria es una política pública que consiste en la generación de normas claras, de trámites y servicios simplificados, que se orienten a obtener el mayor valor posible y al óptimo funcionamiento de las actividades y servicios (CMR, 2017; SS-CP, 2017).

En este marco, se concluye que el Programa no cuenta con evidencias de los mecanismos establecidos para la identificación de sus procesos y actividades que impliquen una mejora y simplificación regulatoria, los documentos presentados representan los esfuerzos que ha realizado la unidad responsable del programa por mejorar los procesos del programa y que se tienen acciones enfocadas a actualizar la normatividad, mejorar y simplificar los procesos, como son las “Normas y Bases para Cancelar Adeudos a cargo de Terceros a favor de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad” y que estas modificaciones son consultadas con el Comité de Mejora Regulatoria Interna.

Se recomienda establecer un programa que identifique de manera clara y directa los procesos y actividades realizadas en la atención médica, en los que se midan la cantidad de trámites y tiempo, así como el flujo de actividades con miras a identificar áreas de mejora en la prestación de sus servicios. Se observa como área de oportunidad que el Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica del Instituto Nacional de Cancerología, (febrero de 2018) pudiera ser replicado en todas las instancias coordinadas por el Programa.

**37. ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras y/o a los beneficiarios y, en su caso, qué estrategias ha implementado?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

En las evidencias documentales revisadas no se incluyó descripción alguna de problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos, y de las estrategias implementadas para atenderlos. Los recursos fiscales destinados al Programa provienen del Ramo 12 Salud, por lo que se analizaron los resultados presentados en la Cuenta Pública de 2017 de la Secretaría de Salud, en el apartado de Análisis del Ejercicio del Presupuesto de Egresos por Clasificación Funcional Programática; en la finalidad 2 Desarrollo Social. a través de la función 3 Salud, se menciona que “Otra de las prioridades atendidas en esta función se refiere a la prestación de servicios para la atención a la salud en unidades hospitalarias de especialidad y alta especialidad a cargo de la Secretaría, como son los Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Estas acciones representaron el 16.3% del presupuesto ejercido en esta función; asimismo, consignaron un mayor ejercicio presupuestario de 5.8% con relación al presupuesto aprobado”; un ejercicio mayor al aprobado puede hacer suponer que no existieron problemas en la transferencia de recursos (SS-CP, 2017).

Es importante señalar que la CCHINSAE en su calidad de coordinadora del Programa se encarga de conducir, consolidar y supervisar las acciones programáticas, pero el presupuesto es directamente asignado a las IC en función de su autonomía técnica, operativa y administrativa; por este motivo, cada una de ellas cuenta con una clave presupuestaria específica para la asignación y transferencia de recursos.

Esto resulta significativo; de acuerdo con las evidencias presentadas la CCINSAHE apoya las gestiones de las instancias coordinadas ante las autoridades financieras para atender las presiones de gasto derivadas de su operación, por lo que se infiere que el mayor ejercicio presupuestario, respecto al presupuesto aprobado, obedece a estas presiones de gasto y se considera que se han atendido con oportunidad.

No obstante, no se presentan los documentos descriptivos de los mecanismos utilizados para la transferencia de recursos a las unidades administrativas ejecutoras del gasto.



**38. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en las siguientes categorías:**

- a. **Gastos en operación:** Se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000).
- b. **Gastos en mantenimiento:** Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000, 3000 y/o 4000.
- c. **Gastos en capital:** Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej.: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
- d. **Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.

#### Justificación:

El Programa define como su Propósito “La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional” el cual se operacionaliza con los dos componentes de la MIR: “Atención ambulatoria especializada otorgada” y “Atención hospitalaria especializada otorgada”; estas son las referencias básicas para la valoración de los servicios que el Programa atiende con el presupuesto federal que le es asignado.

Se observó que el Programa identifica y cuantifica los gastos de operación y los desglosa en los cuatro conceptos referidos en la pregunta: gastos directos e indirectos, gastos de mantenimiento y gastos de capital (Anexo13). En los gastos directos, el capítulo 1000 de Servicios personales ocupa un lugar central, dado que por la naturaleza del Programa los recursos están destinados principalmente al pago de salarios del personal de las ramas médica, paramédica y afín de los INSALUD, hospitales federales de referencia y hospitales regionales de alta especialidad. La PA se define como el total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución. Se cuantifica mediante el procedimiento que resulta de integrar: 1) consultas de primera vez y subsecuentes con expediente activo, 2) atención de urgencias sin expediente clínico activo y 3) preconsultas a otorgar más atención a pacientes por convenio que no se les apertura expediente clínico. En 2016 se cuantificó en 1,644,919 personas desagregadas por instancia coordinada en la CCINSHAE, por edad y sexo (CCINSHAE/AP, 2017). No se contó con el dato para 2017 (cfr. Pregunta 7).

De esta manera, los gastos en operación que el Programa destinó de manera directa en 2017 asciende a 17,187.92 millones de pesos (mdp) que presentan la siguiente distribución: para el capítulo 1000, se destinaron 13,785.88 millones de pesos (mdp) (80.2 por ciento) que corresponde principalmente al pago de la rama médica, para médica y afín; y, en el capítulo 2000 se aplicaron 3,402.04 mdp (19.8 por ciento) destinado principalmente a la adquisición de productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio.

Los gastos indirectos están ubicados en el capítulo 3000 lo que genera un total de gasto en operación en indirectos de 3,149.66 mdp, de los cuales el 81.1 por ciento del total se destinaron a servicios profesionales, científicos, técnicos y otros servicios.

El gasto en operación considerando los gastos directos e indirectos ascienden a 20,337.58 mdp. Son gastos relacionados con la prestación directa de los servicios del Programa (salarios de personal médico y paramédico, alimentos de pacientes, medicamentos e insumos médicos y vestuario, entre otros).

Los gastos en mantenimiento están ubicados en el capítulo 3000 y ascienden a 442.28 mdp, destinados a servicios de instalación, reparación y conservación. Los gastos en capital representan 50.27 mdp ejercidos en el capítulo 5000, de los cuales el 96.6 por ciento se destinaron a equipo e instrumental médico de laboratorio.

Conforme a los TdR de la evaluación, el gasto unitario del Programa se define como gastos totales entre población atendida (gastos totales = gastos en operación + gastos en mantenimiento), conforme a este criterio el gasto unitario fue de 12,630 pesos en 2017.

**39. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del programa y qué proporción del presupuesto total del programa representa cada una de las fuentes?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

El programa opera a través de recursos fiscales y recursos propios derivados de la prestación de servicios de alta especialidad que brindan los hospitales federales de referencia, institutos nacionales de salud y hospitales regionales de alta especialidad. Para 2017, el presupuesto original asignado a recursos propios ascendió a 4,400.25 mdp, mientras que el presupuesto correspondiente a recursos fiscales del Ramo 12 Salud fue de 19,697.15 mdp, estas dos fuentes de financiamiento arrojan un total de 24,097.40 mdp (SHCP-PEF, 2017). Los recursos propios representan el 18.26 por ciento del total del presupuesto y los recursos fiscales constituyen el 81.73 por ciento (CCINSHAE-FINANCIAMIRNTO-E023, 2017).

Por capítulo de gasto estas dos fuentes muestran la siguiente distribución; en el capítulo de Servicios Personales los recursos fiscales aportan un monto de 13,387.59 mdp (99.83 por ciento) y los recursos propios contribuyen con 22.38 mdp (0.16 por ciento) lo que produce un total de 13,409.97 mdp en este capítulo de gasto; se observa que únicamente el Instituto Nacional de Cardiología es el que participó con recursos propios en el pago de Servicios Personales, lo que hace ver que los INSalud, son Organismos Públicos Descentralizados (OPD) y pueden decidir la orientación de sus recursos propios, de acuerdo con sus necesidades.

En gasto de operación el total de presupuesto es de 9,839.62 mdp, de los cuales 5,493.61 mdp (55.83 por ciento) provienen de recursos fiscales y 4,346.01 mdp de recursos propios (44.16 por ciento); resulta importante señalar que el 98 por ciento de los recursos propios se destina a este concepto de gasto, por lo que constituyen a fuente de ingreso fundamental para la operación del Programa.

En otros conceptos de gasto corriente se asignaron 33.89 mdp, de los cuales el 93.99 por ciento provienen de recursos propios y únicamente el 6.01 por ciento de recursos fiscales; el gasto de inversión ascendió a 813.90 mdp, en su totalidad de recursos fiscales.

**40. Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que cuenta el programa tienen las siguientes características:**

- a. **Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada.**
- 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, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° Los sistemas o aplicaciones informáticas del programa tienen una de las características establecidas.

**Justificación:**

El Programa no dispone de una fuente única de información desde la cual se puedan verificar las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales, dado que cada institución coordinada realiza su propia sistematización, misma que es incorporada a la carpeta para la revisión y aprobación de su respectiva Junta de Gobierno, razón por la cual si se cumple con la característica c) Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente (MP DGCINS- 2014.pdf).

La CCINSHAE consolida las cifras globales pero no se pudo explorar una base de datos que contenga los resultados para cada instituto nacional de salud, hospital federal de referencia u hospital regional de alta especialidad, así como sus características comunes: confiabilidad, verificación, periodicidad y fechas de actualización. El Manual de Procedimientos de la CCINSHAE enlista un Procedimiento No. 5 “para la integración y análisis de información sobre el desempeño institucional de las unidades médicas coordinadas”, pero no fue incluido en las evidencias. (MP RESP SOLIC INF PUB GUB-DPIS.pdf) (SHCP-CP, 2017)

No se dispuso de elementos para observar los cambios en los sistemas en los últimos tres años, situación que se valora en los TDR de la evaluación. Se mencionan como ejemplo de plataformas robustas las del Instituto Nacional de Rehabilitación o el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, pero no se pudo constatar que los mismos sean generalizables a todo el universo institucional del Programa, es el caso de la incorporación de la incidencia de padecimientos complejos en la atención médica. Dicho ejemplo señala la necesidad de desarrollar al menos dos sistemas: uno de gestión clínica y otro para la gestión administrativa. Respecto al primer sistema opera un procedimiento dirigido por cada Comité del Expediente Clínico (INCaN-MICEC, s/f)

Un área de oportunidad consiste en concluir la consolidación del sistema único de información del Programa que permita desagregar los indicadores y datos comunes y estratégicos de la MIR con criterios, metodologías y tiempos definidos; de forma individual para cada IC y, de forma global, bajo la visión del Programa.

**41. ¿Cuál es el avance de los indicadores de servicios y de gestión (Actividades y Componentes) y de resultados (Fin y Propósito) de la MIR del programa respecto de sus metas?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Con base en la revisión de la Cuenta Pública, de la MIR y de los logros de los indicadores respecto de sus metas al cierre de 2017, se identificaron diecisiete indicadores: cuatro de Fin; uno de Propósito; diez de Componentes y dos de Actividad (Anexo 14). El análisis comparativo de la MIR 2017 con la MIR de 2016, identificó que se mantiene el mismo número de indicadores; solo difieren en el orden. Se realizó un cambio en el nombre del indicador de Componente en el 2016 “Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados” y en 2017 “Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados” (CCINSHAE,MIR , 2017) (CCINSHAE,MIR, 2016) (CCINSHAE/CP, 2017) (CCINSHAE,MAPEF,PCE, 2017).

De los diecisiete indicadores analizados, solo 14 tienen información del avance: uno de Fin, uno de Propósito, diez de Componente y dos de Actividad. De ellos, nueve tuvieron un nivel de cumplimiento superior al 100 por ciento, su desempeño se considera adecuado. Se recomienda continuar monitoreando su desempeño para mantener el nivel de cumplimiento.

En el nivel de Fin, no se registra avances en tres indicadores; solo en el indicador “Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional” con un óptimo nivel de cumplimiento de la meta; en 2016 logró el 111.4 por ciento y, en 2017 el 108.1 por ciento. En el indicador de Propósito “Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación” el desempeño fue adecuado; en 2016 logró el 99.9 por ciento y en 2017 fue el 99.6 por ciento de cumplimiento de la meta; se observa una ligera disminución del 0.3 puntos porcentuales, de un año al otro.

Ver complemento pregunta 41, en archivos adjuntos

#### Pregunta 41 Complemento

Los diez indicadores de Componente mostraron un desempeño adecuado en 2017; siete de ellos superaron el 100 por ciento de cumplimiento de la meta; son: el 1. *“Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, pre-consulta)”* que en 2016 logró el 104.3 por y 2017 el 100.2 por ciento en ciento de la meta, con una ligera disminución de 4.1 puntos porcentuales. El 2. *“Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado”* en 2016 logró el 100.03 por ciento y en 2017 el 100.8 por ciento de la meta. El indicador 3. *“Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados”* en 2016 alcanzó el 100.6 por ciento y en 2017 el 101.9 por ciento de la meta; se registró un ligero incremento. El indicador 4 *“Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados”* mostró un incremento en 2017, con respecto a 2016; con logros de 101.06 por ciento y 100.7 por ciento, respectivamente; un incremento de 0.9 puntos porcentuales. El indicador 5 de *“Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos”* mostró avances en 2017 con respecto a 2016; con logros de 98.2 por ciento y 101.8 por ciento de cumplimiento de la meta, respectivamente; un incremento de 3.6 puntos porcentuales. El indicador 6 de *“Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas”* mostró retroceso en 2017 con respecto a 2016; con logros de 87.8 por ciento y 105.9 por ciento, respectivamente; un decremento de 18.1 puntos porcentuales. El indicador 7 de *“Promedio de días estancia”* que tiene sentido descendente, mostró un retroceso en 2017 con respecto a 2016; con logros de 95.7 <sup>1</sup> por ciento y 102.9 por ciento, respectivamente; un decremento de 7.2 puntos porcentuales. El indicador 8 de *“Porcentaje de ocupación hospitalaria”* mostró un retroceso en 2017 con respecto a 2016; con logros de 97.5 por ciento y 99.7 por ciento, respectivamente; un decremento de 2.2 puntos porcentuales. El indicador 9 de *“Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 en 2017”* mostró un incremento en 2017 con respecto a 2016; con logros de 100.5 por ciento y 97.4 por ciento, respectivamente; un incremento de 3.1 puntos porcentuales. El indicador 10 de *“Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria*

---

<sup>1</sup> En el informe de la Cuenta pública 2017 se señala un logro del 104.42 por ciento, lo que es erróneo considerando el sentido descendente del indicador: la meta original de 6.8, al llegar al 7.1 de días estancia, el logro es de 95.77 por ciento. En el 2016 la meta es de 7 y se alcanzó 6.8 de días estancia, el logro es de 102.9 por ciento.

*recibida superior a 80 puntos*” mostró un incremento en 2017 con respecto a 2016; con cumplimiento de metas de 102.6 por ciento y 101.01 por ciento, respectivamente; un incremento de 1.6 puntos porcentuales.

En el caso de los dos indicadores de Actividad, el indicador de *"Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas"*, mostró un decremento en 2017 con respecto a 2016; con cumplimientos de 97.3 por ciento y 111.9 por ciento, respectivamente; una disminución de 14.6 puntos porcentuales. El indicador de *"Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)"*, que tiene sentido descendente, mostró un incremento en 2017 con respecto a 2016; con logros de 104.1<sup>2</sup> por ciento y 100.5 por ciento, respectivamente; un incremento de 3.6 puntos porcentuales.

---

<sup>2</sup> En el informe de la Cuenta pública 2017 para este indicador se señala un logro del 96.05 por ciento, lo que es erróneo considerando el sentido descendente del mismo: la meta original de 7.6, al llegar al 7.3 infecciones nosocomiales por 1000 días EO, el logro es de 104.1 por ciento.



**42. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:**

- a. Las ROP o documento normativo están actualizados y son públicos, esto es, disponibles en la página electrónica.
- b. Los resultados principales del programa, así como la información para monitorear su desempeño, están actualizados y son públicos, son difundidos en la página.
- c. Se cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información acorde a lo establecido en la normatividad aplicable.
- d. La dependencia o entidad que opera el Programa propicia la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y a su vez genera las condiciones que permitan que ésta permee en los términos que señala la normatividad aplicable.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
2	° Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen dos de las características establecidas.

**Justificación:**

El Programa tiene su documentación normativa actualizada, pública y disponible en el Portal de la CCINSHAE. Se dispone de un Procedimiento para responder las solicitudes de información Pública gubernamental en el Manual de Procedimientos. Un área de oportunidad es la de integrar todos los documentos de la cuenta pública relativos al Programa, ya que éstos están incompletos y no permiten monitorear sus resultados principales, razón por la que incumple el segundo criterio (CCINSHAE-RC, 2018) (MP RESP SOLIC INF PUB GUB-DPIS.pdf)

Como medios de difusión se dispone: a) del Portal de Transparencia Presupuestaria en donde se encuentran los cuatro documentos de evaluación y 5 ASM. b) En el portal electrónico del CONEVAL se ubican 5 fichas de monitoreo y evaluación; 5 opiniones de la dependencia; 2 evaluaciones de la lógica interna del Programa; 4 informes; 5 seguimiento a recomendaciones. c) En el Portal de Evaluaciones a Programas Presupuestarios de la Secretaría de Salud, sólo tiene incorporadas cuatro Fichas de Monitoreo y Evaluación (2014, 2015, 2016 y 2017) (SS-Evaluacion, 2018). d) En el Portal de la CCINSHAE se han incorporados Documentos MIR 2017 y 2018 y boletín informativo semanal.

El Portal de obligaciones de transparencia considera los siguientes apartados: estructura orgánica, facultades, directorio, remuneración mensual, unidad de enlace, metas y objetivos, servicios, trámites, presupuesto, auditorías, programas de subsidios, concesiones, contrataciones, marco normativo, informes, participación ciudadana, información relevante. De las 10 versiones públicas de solicitudes de información, sólo aparecen dos. No se pudo acceder a ninguno de los 10 documentos de información sobre negativas de acceso por ser información reservada, confidencial o inexistente. Está desactualizada la información relevante de este Portal y no permite acceso a documentos. El apartado de Participación Ciudadana no contiene información sustantiva, lo que le convierte en un área de oportunidad fundamental, más allá del Aval Ciudadano (CCINSHAE-POT, 2018).

Ver complemento a la pregunta 42 en archivos adjuntos.

## pregunta 42 Complemento

Existe otro Portal, pero no tiene activado el apartado de Transparencia: <http://www.ccinshae.gob.mx/2014/transparencia.html> El Programa publica en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal: a) sus principales resultados e indicadores estratégicos a nivel Fin, Propósito y Componentes en el apartado de *Estado Analítico por Clasificación Funcional* y en el *Análisis del Ejercicio*, b) las modificaciones en gasto corriente, gasto de inversión y jubilaciones y pensiones en el apartado de *Gasto por categoría programática* c) el Avance físico de sus 14 indicadores estratégicos de desempeño en el Informe Cierre de Cuenta Pública (formato SP-2) y ofrece una explicación de los resultados (formato SP-3), (CCINSHAE/CP, 2017).

Un área de oportunidad es hacer explícitas las cifras de los indicadores que se exponen en la explicación textual de las prioridades atendidas contenidas en el Estado analítico del ejercicio del PEF por clasificación funcional programática de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2017, dado que ayuda a dar una magnitud del esfuerzo, por ejemplo cuando se dice que aumentó la plantilla de enfermería o el número de camas de hospitalización. Asimismo, el presentar los indicadores estratégicos desglosado por cada institución coordinada y no sólo por las tres categorías de INS, HFAE y HRAE, de la misma forma en que se desglosan los datos del gasto o egresos (SHCP-CP, 2017).

Un área de oportunidad es la de fortalecer un sistema de información sobre la gestión clínica y la gestión administrativa por instancia coordinada y estatales. Se comparte la recomendación de la EED de que el Programa debe contar con un “documento institucional con objetivos, metas, indicadores precisos y confiables para medir el avance integral del programa, calidad de la atención y capacidad resolutive” (CONEVAL-EED-SED, 2014, p. 12).

## Percepción de la Población Atendida

**43. El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características:**

- a. Su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.
- b. Corresponden a las características de sus beneficiarios.
- c. Los resultados que arrojan son representativos.

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
4	° Los instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población atendida tienen todas las características establecidas.

### Justificación:

Para medir el grado de satisfacción de su población atendida (total de usuarios diferentes que fueron atendidos en la institución) el Programa dispone de un instrumento interno denominado INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud) y, otro, externo denominado Aval Ciudadano (CCINSHAE-conc-Pob., 2018) (SS-INDICAS, 2010). INDICAS mide, entre otros, a los indicadores estratégicos: Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos y Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, mismos que se concentran en el Reporte de Indicadores Presupuestales 2017 (CONC IND 3 CCP 2017 E023.pdf y CONC IND 8 CCP 2017 E023.pdf) INDICAS genera reportes a partir del Formato de Trato Digno por unidad médica. Las características de las personas beneficiarias son por pacientes hipertensos, prenatal, enfermedad diarreica, infección respiratoria y diabetes. Un área de oportunidad es desarrollar éste sistema para el tercer nivel de atención, ya que INDICAS fue implementado en 2010 y sólo para los primero y segundo niveles. El muestreo es aleatorio y los resultados son representativos porque se basan en el volumen de consultas otorgadas en un cuatrimestre; con estos elementos es probable que no se induzca la respuesta.

Hay una satisfacción diferenciada debido a la subutilización detectada en los HRAE (CONEVAL-INSP, 2011).

Por su parte, el instrumento de Aval Ciudadano efectúa un monitoreo ciudadano que, además de verificar los resultados obtenidos por el módulo de Trato Digno (mediante una encuesta que debe significar el 30 por ciento de las encuestas levantadas por INDICAS; con el formato F1-TD/02), aplica una Guía de Cotejo (entrevista a 5 personas de la unidad médica y recaba sugerencias de otros(as) usuarios(as), y hace una verificación de instalaciones). El Aval Ciudadano recopila evidencias para dar seguimiento a la carta compromiso. Tanto INDICAS como Aval Ciudadano tienen una periodicidad cuatrimestral.

El Aval Ciudadano elabora el Índice de integridad, comodidad y limpieza. Calcula los resultados de las entrevistas y entrega sus sugerencias de mejora para la elaboración de la Carta compromiso, en la que se definen planes de acción para mejorar las áreas de oportunidad identificadas y se firma por las autoridades de la unidad.

## Medición de Resultados

### 44. ¿Cómo documenta el programa sus resultados a nivel de Fin y de Propósito?

- a. Con indicadores de la MIR.
- b. Con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto.
- c. Con información de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestran el impacto de programas similares.
- d. Con hallazgos de evaluaciones de impacto.
- e. No procede valoración cuantitativa.

#### Justificación:

El Programa documenta sus resultados a nivel de Fin y de Propósito, a través de los indicadores estratégicos de la MIR, reportados trimestralmente en el Informe sobre la situación económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, y anualmente, en el Avance de los Indicadores de los Programas presupuestarios de la APF, conforme a los Lineamientos emitidos por la SHCP y por la Secretaría de Salud. Hay cuatro indicadores para el Fin: a) Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, b) Tasa de mortalidad por cáncer de mama, c) Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo, y d) Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino. El indicador de resultados a nivel Propósito es el de Porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría y curación (CCINSHAE-Informe, 2017, pp. Trim. I-IV) (SHCP- Lineamientos MIR, 2017, p. 18) (SS-Lineamientos MIR, 2017).

Asimismo, se monitorean los resultados alcanzados mediante las FMyE que, desde 2012 se elaboran anualmente, en las cuales se consolida la información de los INS, de los HFR y de los HRAE, con base en dos de los indicadores estratégicos. Al planteamiento de estas fichas, la CCINSHAE ha emitido el documento de postura institucional en 2016, 2015 y 2014.

Por otra parte, el Programa ha documentado su actuación también a partir del desarrollo de dos evaluaciones: a) evaluación de diseño en 2010 para valorar la lógica interna del Programa, de la cual se dispone públicamente de un Informe Ejecutivo y de un Informe Completo y, b) evaluación específica de desempeño en 2009 cuando el Programa se denominaba “Prestación de Servicios en los diferentes Niveles de Atención en Salud” y de la cual sólo están disponibles las fichas de Informe de la EED y la Posición institucional, más no el Informe Completo en la página oficial del CONEVAL. De forma inadecuada, se repite el Informe de la EED de 2010 como si fuera el de 2009. (CONEVAL-EVAL PS, 2018).

El Programa ha utilizado estos medios por mandato de ley y porque responden a la metodología oficial congruente con sus tareas institucionales.

El Programa no ha contado con una evaluación de impacto, lo que se convierte en un área de oportunidad indispensable. En esta revisión no se comprobó evidencia relativa a estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que dieran cuenta del impacto en programas similares, excepto por un documento general de la OPS relativa a las ventajas de fortalecer las redes de servicios en el primer nivel de atención, pero que no analiza el caso específico de México; de manera que también se considera un área de oportunidad la promoción de investigaciones en este sentido (OPS-RISS, 2010).

**45. En caso de que el programa cuente con indicadores para medir su Fin y Propósito, inciso a) de la pregunta anterior, ¿cuáles han sido sus resultados?**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
3	° Hay resultados positivos del programa a nivel de Fin y de Propósito.

#### Justificación:

La MIR 2017 establece cuatro indicadores para el Fin y uno de Propósito. El informe de avances de los indicadores con respecto a su meta al cierre de la cuenta pública 2017 mostró los siguientes resultados (Anexo 14) (CCINSHAE,MIR , 2017) (CCINSHAE,MAPEF,PCE, 2017) (CCINSHAE/CP, 2017).

Con respecto a los cuatro indicadores de Fin se tienen los siguientes hallazgos. En tres indicadores no se registran resultados, son los indicadores sectoriales a los que contribuye el Programa pero el seguimiento no está en su responsabilidad; por sugerencia del Programa INSAD consultó el Sexto informe de labores de la Secretaría de Salud en el que se reportan resultados para dos indicadores, cáncer cervicouterino y cáncer de mama para 2016: “Tasa de mortalidad por cáncer de mama” 11.4 defunciones por cien mil mujeres de 25 años y más; muestra resultado positivo respecto del año anterior que fue de 11.5; “Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)”, sin información; “Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino”: 18.7 defunciones por cien mil mujeres de 25 años y más; muestra resultado negativo respecto del año anterior que fue de 18.0 (SS-6° INF-LABORES, 2018). El indicador “Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional” en 2017 tenía una meta propuesta de 24.7 por ciento, lográndose el 26.7 por ciento, por lo que su nivel de cumplimiento de 108.1 por ciento es adecuado. El indicador de Propósito “Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación”, en 2017 presentaba una meta de 93.3 por ciento, del que sólo se obtuvo el 92.9 por ciento, consiguiendo un avance del 99.57 por ciento de cumplimiento; de acuerdo con sus parámetros su desempeño fue adecuado.

En resumen, sólo el 50 por ciento de los indicadores de Fin y el indicador de Propósito tuvieron resultados positivos en 2017; se concluye que los resultados no son suficientes para el cumplimiento del Propósito y, en consecuencia, la contribución al logro del Fin está comprometido, aunado al cumplimiento parcial de los indicadores de este nivel de objetivo. En relación con la falta de información del indicador de Fin, el Programa debe llevar a cabo la gestión antes las instancias que correspondan para que dicha información esté disponible de forma oportuna para apoyar todo tipo de evaluación al respecto.

La revisión de las fuentes de información utilizadas para la integración de los indicadores permitió verificar que está actualizada; el Programa utiliza el procedimiento y calendario establecido en el apartado VI “Calendario para el Reporte de Avances de las Metas Comprometidas en los indicadores del desempeño 2017” de los Lineamientos para la revisión y actualización de la MIR 2017 establecido por la SHCP, para la actualización de los indicadores de la MIR en el PASH (SHCP/Lineamientos MIR, 2017).

**46. En caso de que el programa cuente con evaluaciones externas que no sean de impacto y que permiten identificar hallazgos relacionados con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:**

- Se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo.**
- La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa.**
- Dados los objetivos del Programa, la elección de los indicadores utilizados para medir los resultados se refieren al Fin y Propósito y/o características directamente relacionadas con ellos.**
- La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Programa.**

**Respuesta: Sí.**

Nivel	Criterios
1	° El programa cuenta con evaluación(es) externa(s), que no son de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa y tiene(n) una de las características establecidas.

#### **Justificación:**

El Programa, desde su creación en 2008, ha sido sometido a dos tipos de evaluaciones; ninguna ha sido de impacto. La primera fue una EED en 2009, de la cual se dispone de las fichas de Informe respectivas y la segunda EED en 2010: en 2010 se realizó una ED para valorar la lógica interna del programa, de la cual se dispone públicamente de un Informe Ejecutivo y de un Informe Completo (CONEVAL-INSP, 2010) (CONEVAL-INSP, 2011) (CONEVAL-INSAD, 2010).

En la primera ficha del Informe de la EED (2009-2010) se cuenta con el dato de Egresos hospitalarios por mejoría para 2009, pero no se pudo comparar con 2008, por carecerse de información. Para la siguiente EED (2010-2011) se cambia al indicador de Porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones del CCINSHAE, donde se comparan los valores de 2009 y 2010.

En lo que respecta a la ED, se compara el valor de 2011 respecto a la Línea Base de 2008 para el indicador Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE (del nivel Fin) y el de Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE (del nivel Propósito) que compara los valores de 2011 y 2009. Sin embargo, en ningún caso la comparación es antes y después de otorgar el apoyo; simplemente se mide cobertura por egresos (CONEVAL-INSP, 2010) (CONEVAL-INSP, 2011) (CONEVAL-INSAD, 2010).

La metodología utilizada en estas tres evaluaciones (dos específicas de desempeño y la de diseño) no permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa. Para ello, se requiere aplicar una evaluación de resultados o de impacto. Sin embargo, se considera que los indicadores mencionados en el anterior párrafo Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría (tanto respecto al nacional como el global de las IC por la CCINSHAE) son un buen indicio, aunque insuficiente, para observar el efecto de la intervención del Programa, sobre todo si se considera que la población atendida enfrenta padecimientos médicos complejos.

En el caso de la EED 2011, el indicador Porcentaje de Egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones del CCINSHAE, abarca los niveles Fin y Propósito. (CONEVAL-INSP, 2011, p. 7)

Los datos obtenidos tienen como fuente los registros administrativos de cada IC, de manera que no se derivan de un muestreo. No se valida la cuarta característica de la pregunta.

El tipo de evaluaciones, EED y ED, que hasta ahora se han realizado, ofrecen una valoración de los elementos estructurales del Programa (que entonces era de nueva creación), contribuyeron a orientar su apego a la metodología de marco lógico, dieron pie al impulso de un notable esfuerzo de las IC de la CCINSHAE por generar mecanismos de monitoreo sobre su actuación y para implementar sistemas de información que mejoran los resultados de su gestión como lo es INDICAS, y que ahora se ven concretizados en el Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad. Estos trabajos de evaluación puntualizaron los aspectos centrales a corregir como es la falta de un diagnóstico, una definición más clara de la población, la necesaria reelaboración de la MIR, y evidenciaron la subutilización en los HRAE, por ejemplo.

**47. En caso de que el programa cuente con evaluaciones externas, diferentes a evaluaciones de impacto, que permiten identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Los principales resultados relacionados con el Fin y/o el Propósito reportados por evaluaciones externas que ha tenido el Programa (cfr. pregunta 46), relacionados con las evaluaciones de EED del 2009-2010, ED del 2010 y EED 2010-2011; destacan las siguientes observaciones: los indicadores del Programa cubren parcialmente sus objetivos, debido a que no miden el impacto real o específico; algunos dependen de una programación histórica; y otros están limitados a algunas unidades médicas lo que impide medir en forma integral el desempeño (INSP/EED, 2010) (INSP/EED, 2011) (INSAD-CCINSHAE/ED, 2010). Las evaluaciones recomiendan la inclusión de indicadores para el nivel de Fin como: mortalidad hospitalaria o infecciones intrahospitalarias.

Al valorar de forma conjunta los resultados obtenidos en las tres evaluaciones externas ya referidas se observó que, a nivel de Fin y de Propósito se obtuvieron los siguientes resultados para los indicadores: Egresos hospitalarios por mejoría, con logros superiores a 90 por ciento en el cumplimiento de su meta; en relación con la participación de las IC por la CCINSHAE en la producción de egresos hospitalarios, respecto a todas las unidades de la Secretaría de salud se observó que, para 2010 fue del 9 por ciento. Se mide también la ocupación hospitalaria; en 2011 se reportó un valor de 78.2 por ciento. Con estos resultados se concluye que el desempeño del Programa en resultados es adecuado a nivel de Fin y de Propósito; y se recomienda mejorar la gestión en la programación de la atención tanto de consultas como de ingresos hospitalarios.

Si bien no son evaluaciones externas, desde 2012 y hasta 2017, el Programa da seguimiento a sus avances a través de las FMyE. Uno de los hallazgos es que los indicadores han cambiado de ubicación entre los niveles de Fin, Propósito y Componente; en estas FMyE se presentan los resultados de los indicadores de Fin y de Propósito que permiten inferir una evolución en el tiempo (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2013) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2014) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2015) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2016) (CONEVAL-CCINSHAE/FMyE, 2017).

ver complemento de la pregunta 47 en archivos adjuntos



## Pregunta 47 Complemento

El indicador a nivel de Fin, *“Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE”*, mide la participación de las entidades de la CCINSHAE respecto a los egresos por mejoría atendido en las instituciones de la SS, con los siguientes resultados: en 2010, con el 9 por ciento; en 2011, con 7.1 por ciento; en 2012, con el 6.7 por ciento; en 2013, el 6.1 por ciento y, en 2014, con el 6.2 por ciento. Este indicador que se ha dejado de usar permite observar una tendencia descendente de la participación de las IC en la producción de egresos hospitalarios, con respecto a otras unidades de la Secretaría de Salud.

Otro de los indicadores de Propósito contabiliza el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en relación al total de egresos en las instituciones de la CCINSHAE; en 2011, fue de 93 por ciento; en 2012, fue de 93.4 por ciento; en 2013, de 93 por ciento; en 2014, fue de 93.1 por ciento; en 2015, fue de 93.1 por ciento; en 2016, fue de 92 por ciento; en 2017 se registró un 93.1 por ciento.

Para otro indicador de Propósito *“Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta”* los resultados muestran que, en 2012, fue de 69 por ciento; en 2013, fue de 65.5 por ciento. En 2016 este indicador cambia por el de *“Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional”* reportando 25.6 por ciento; para 2017, se reporta el avance de 23.5 por ciento.

El relacionado con *“la tasa de infección nosocomial”* en 2013 reportó un valor de 4.4; en 2014, se reportó un valor de 7.3.

El indicador de porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida es un indicador de calidad del Programa; en 2015, fue de 88.2 por ciento.

Con la información disponible se puede concluir que las variaciones en el nivel de orden jerárquico de los indicadores reflejan una debilidad en la definición de objetivos a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades, y dificulta la medición de las acciones propuestas para el logro de los objetivos en cada nivel. Para atender las áreas de oportunidad identificadas se recomienda promover una evaluación de diseño del Programa que incluya la revisión de la lógica vertical y horizontal que garantice la selección de los indicadores que midan mejor el logro de los objetivos.

**48. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:**

- a. Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.**
- b. Las metodologías aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.**
- c. Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.**
- d. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.**

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

Con las evidencias disponibles no fue posible identificar información sobre estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestren el impacto de programas similares al E023 en los que se pudieran documentar sus resultados. Con respecto a la literatura nacional e internacional en la que el Programa pudiera documentar sus resultados, la búsqueda intencionada no ha identificado estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestren el impacto de programas similares.

Es relevante comentar que el tema de esta pregunta se deriva del inciso c) de la pregunta 44, relativo a la forma en que el Programa documenta sus resultados a nivel de Fin y de Propósito y si, particularmente, lo hace a través de información de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestran el impacto de programas similares. En este orden de búsqueda se revisó la diversa información de estudios nacionales y la experiencia de la auditoría clínica, proporcionadas como complemento de evidencia y no se identificó alguna publicación que cumpla con las precisiones señaladas para documentar la respuesta a ésta y las subsecuentes preguntas.

Se recomienda continuar la identificación de literatura nacional e internacional de estudios o evaluaciones, que muestren el impacto de programas similares, en las que el Programa pudiera documentar sus resultados.

**49. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares ¿qué resultados se han demostrado?**

**No procede valoración cuantitativa.**

**Justificación:**

Hasta el momento no fue posible identificar información sobre estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestren el impacto de programas similares en los que se pudieran documentar los resultados del Programa (Cfr. preguntas 44 y 48).

Se recomienda al Programa continuar la identificación de literatura nacional e internacional de estudios o evaluaciones, que muestren el impacto de programas similares, en las que pudiera documentar sus resultados.

**50. En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones:**

- a. **Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.**
- b. **La(s) metodología(s) aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.**
- c. **Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.**
- d. **La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.**

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

Como se comentó anteriormente (cfr. pregunta 44) el Programa ha valorado su desempeño a través de los tipos de evaluación establecidas por mandato normativo, y porque responden a la metodología oficial que corresponde con sus tareas institucionales. Hasta el momento no ha contado con una evaluación de impacto, lo que se convierte en un área de oportunidad indispensable.

La evaluación de impacto es una herramienta que sirve para la toma de decisiones y facilita la rendición de cuentas; genera información que permite observar un panorama completo sobre la forma en que los apoyos que entrega el programa y sus resultados, aportan a la resolución del problema que se propuso atender. En este sentido las evaluaciones de impacto tienen un papel fundamental para medir los efectos que tiene un programa sobre su población beneficiaria; mediante el uso de metodologías rigurosas es posible determinar si estos efectos pueden atribuirse o no, a su intervención.

Considerando que las evaluaciones de impacto generalmente implican una mayor cantidad de tiempo y recursos financieros para su elaboración, el CONEVAL determinó que todo programa que pretenda desarrollar una evaluación de impacto debe realizar un análisis de factibilidad y enviarlo al Consejo para su valoración (CONEVAL/Guión-EI, 2018). No se define una periodicidad para su realización, depende de las necesidades particulares del programa, en lo que refiere a su validez, vigencia y diseño para otorgar los apoyos que se requieren para atender a la su población objetivo.

De acuerdo con el CONEVAL, no todos los programas tienen las condiciones necesarias en términos de información sobre beneficiarios y no beneficiarios o de mediciones antes y después de la intervención. Por ello, se considera recomendable realizar un análisis de factibilidad para llevar a cabo una evaluación de impacto del Programa E023 Atención a la salud, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el CONEVAL, en el guion disponible para tal efecto (CONEVAL/Guión-EI, 2018).

**51. En caso de que se hayan realizado evaluaciones de impacto que cumplan con al menos las características señaladas en los incisos a) y b) de la pregunta anterior, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?**

**Respuesta: No.**

**Justificación:**

Entre las evidencias entregadas para la evaluación, se identificó que el Programa no cuenta con evaluaciones de impacto (cfr. Preguntas 44 y 50).

Con relación a la responsabilidad gubernamental para realizar evaluaciones de impacto y de resultados finales de las formas de actuación gubernamental (políticas y programas), en una revisión efectuada por INSAD de la normatividad institucional relacionada, no se identificó disposición normativa alguna que, en el marco de la política social y de salud en el país, regule a los programas presupuestarios federales para diseñar o adecuar sus intervenciones con la visión de que en el mediano o largo plazos sea factible la ejecución de este tipo de estudios.

### Valoración Final del Programa

Tema	Nivel	Justificación
Diseño	2.250	Inadecuado diagnóstico del Programa; ausencia de una metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial, objetivo y atendida; Metas inadecuadas.
Planeación y Orientación a Resultados	3.333	Carencia de un plan estratégico y de programación anual consensuada.
Cobertura y Focalización	2.000	Carencia de una estrategia de cobertura para atender a su población objetivo, con metas definidas y carencia de mecanismos para identificar la población objetivo.
Operación	1.333	Ausencia de un sistema de información único para conocer la demanda total de apoyos del Programa; Procedimientos incompletos o inexistentes para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes, la selección de beneficiarios, otorgar los apoyos, y ejecución de acciones y de sus mecanismos documentados de verificación.
Percepción de la Población Atendida	4.000	Adecuados instrumentos y proceso de aplicación para medir el grado de satisfacción de la población atendida.
Medición de Resultados	0.800	No se dispone de información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares; Ausencia de evaluaciones de impacto del programa.
<b>Valoración final</b>	<b>2.286</b>	

*Nivel = Nivel promedio por tema*

*Justificación = Breve descripción de las causas que motivaron el nivel por tema o el nivel total (Máximo 100 caracteres por Módulo)*

## Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y/u Oportunidad</b>			
Diseño	F. Adecuada relación entre las metas del Programa y las estrategias nacionales	4	
Planeación y Orientación a Resultados	F. Adecuada utilización de resultados de evaluaciones externas en los procesos de dirección, diseño y operación del Programa.	16	
Planeación y Orientación a Resultados	F. Cumplimiento total de los cuatro ASM específicos definidos para el periodo 2016-2017 y 2015-2016.	17,18	
Planeación y Orientación a Resultados	F. Recolección adecuada de información sobre: la contribución del Programa al cumplimiento de objetivos superiores.	21	
Planeación y Orientación a Resultados	F. Disponibilidad de información adecuada para monitorear el desempeño del Programa, a través de indicadores de la MIR.	22	
Cobertura y Focalización	F. Existencia de normatividad de CONEVAL a partir de la cual se define la población objetivo de un Programa.	23	
Operación	F. Disponibilidad de información en páginas de internet por IC, sobre los procesos de recepción, registro y trámite para la atención médica.	28	
Operación	F. Se identifican y cuantifica adecuadamente los gastos en operación, desglosados todos los conceptos de gasto.	38	
Operación	F. Adecuados mecanismos de transparencia y rendición de cuentas y de procedimientos para atender solicitudes de acceso a la información.	42	
Percepción de la Población Atendida	F. Adecuados instrumentos y proceso de aplicación para medir el grado de satisfacción de la población atendida.	Todas	
Medición de Resultados	F. Documentación adecuada de resultados con indicadores de la MIR; con estudios de satisfacción de sus beneficiarios y evaluaciones externas que no son de impacto.	44,45	
Medición de Resultados	F. Adecuada valoración del desempeño a través de los tipos de evaluación establecidas por mandato normativo, con la metodología oficial.	47	
<b>Debilidad o Amenaza</b>			



Diseño	D. Inadecuado diagnóstico del Programa.	1,2	Elaborar un nuevo Diagnóstico del Programa con base en los Elementos Mínimos establecidos por el CONEVAL, de acuerdo con los temas siguientes (deberán desarrollarse los subtemas de cada uno): Antecedentes; Identificación y descripción del problema (problema, AP y AO); Objetivos, Cobertura e Información presupuestal. Se recomienda incluir la temática de experiencias exitosas nacionales e internacionales relacionadas con el Programa.
Diseño	D. Ausencia de una metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial, objetivo y atendida.	3,4,7	elaborar un documento con la metodología para la cuantificación, que cuente entre otras fuentes, la información de la que ya dispone el Programa. Y, elaborar un análisis de cobertura y focalización para complementar el diagnóstico.
Diseño	D. Metas inadecuadas	12	Revisar las metas propuestas para los indicadores considerando que deben ser mayores que la línea de base e incorporar un documento con la metodología que se emplea para definir sus metas.
Planeación y Orientación a Resultados	D. Carencia de un plan estratégico y de programación anual consensuada.	14,15	Realizar, un ejercicio de planeación estratégica con el personal del Programa, para analizar la visión de futuro de la CCINSHAE y del Programa; el diagnóstico situacional; los objetivos, estrategias e indicadores; el curso de acción y recursos; identificar elementos para implementar un sistema de monitoreo y evaluación. Uno de los productos podría ser la programación anual del Programa que constituya, entre otros aspectos, el instrumento de gestión externa del Programa.
Cobertura y Focalización	D. Carencia de una estrategia de cobertura para atender a su población objetivo, con metas definidas.	23	Adecuar una metodología de cuantificación de las poblaciones y actualizar la estimación de las poblaciones potencial y objetivo para contar con la base poblacional que se planea atender, que incluya escenarios de mediano y largo plazos y se relacione con la disponibilidad presupuestal. Estos elementos serían parte integrante del nuevo diagnóstico y de la planeación estratégica del Programa, a cargo de la CCINSHAE.
Cobertura y Focalización	D. carencia de mecanismos para identificar la población objetivo.	24	Desarrollar las especificaciones de los mecanismos con los que cuenta el Programa para identificar a su PO, que incluyan las especificaciones de los métodos de selección, priorización o depuración, las fuentes de información y los sistemas de información que son utilizados para este fin.
Operación	D. Ausencia de un sistema de información único para conocer la demanda total de apoyos del Programa.	27	Homologar la información en las bases de datos de las IC integrando identificadores de los criterios territoriales de selección que contribuyan a hacer comparaciones entre las IC.
Operación	D. Procedimientos incompletos o inexistentes para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes, la selección de beneficiarios, otorgar los apoyos, y ejecución de acciones.	28,30,32,34	Elaborar un documento integrado de mecanismos y de verificación de procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes, selección de beneficiarios, otorgamiento de apoyos (servicios), y ejecución de acciones.

Operación	D. Incompletos o inexistentes mecanismos documentados de verificación para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes, la selección de beneficiarios, otorgar los apoyo, y ejecución de acciones.	29,31,33,35	Incluir en la elaboración de los procedimientos los mecanismos para verificar los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes, la selección de beneficiarios, otorgar los apoyo, y ejecución de acciones.
Medición de Resultados	D. No se dispone de información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares	48,49	Identificar literatura nacional o internacional de investigaciones o evaluaciones rigurosas, que muestren el impacto de programas similares, en las que pudiera documentar sus resultados.
Medición de Resultados	A. No se dispone de lineamientos normativos institucionales para que el Programa oriente una posible evaluación de impacto.	50,51	El Programa deberá realizar la gestión correspondiente ante las áreas centrales de la SS: DGED, con el fin de tener un pronunciamiento al respecto.
Medición de Resultados	D. Ausencia de evaluaciones de impacto del programa.	50,51	Realizar un análisis de factibilidad para llevar a cabo una evaluación de impacto del Programa de acuerdo con lineamientos establecidos por el CONEVAL.

## Conclusiones

El Programa E023 Atención a la Salud inicia su operación en 2008, con la finalidad de proporcionar servicios ambulatorios, hospitalarios y, de ser el caso, de urgencias de alta especialidad a la población que lo demande, a través de 26 instancias coordinadas.

Los resultados obtenidos en la presente Evaluación de Consistencia y Resultados 2017 del Programa, identifica retos importantes en su diseño, operación y medición de resultados. La principal fortaleza del Programa radica en la planeación y orientación a resultados y en la percepción de la población atendida.

En el apartado de diseño se requiere elaborar un documento normativo específico del Programa que incluya un diagnóstico integrado, que permita conocer y caracterizar el problema por atender, la definición y cuantificación de la población que lo padece y la fundamentación teórica o empírica de la propuesta de intervención para atenderlo. Es prioritario incluir la metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo, conocer su evolución y fundamentar una estrategia de cobertura con escenarios de mediano y largo plazos.

La vertiente de atención de alta especializada es estructural para contribuir a la garantía del derecho a la salud y a la mejora de las condiciones de salud; en particular para la población que padece problemas de alta complejidad. Es claro que el Programa es parte de un conjunto de intervenciones gubernamentales en la atención especializada a los problemas de salud; su consolidación requiere de una redefinición que parta del planteamiento claro y preciso del problema por atender, que se fundamente en la lógica vertical de sus causas y de sus efectos. La mejora del diseño del Programa requiere que el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados se integre en el documento normativo y se atiendan las áreas de oportunidad relacionadas con la definición de metas, en congruencia con la línea base y se complemente la información de las fichas técnicas de los indicadores.

En el ámbito de la planeación y orientación a resultados se identifica la oportunidad de que la unidad coordinadora del Programa cuente con un plan estratégico que considere escenarios de mediano y largo plazos y que incluya indicadores y metas estratégicas, en la que se delimite los contenidos relacionados con el Programa. Es una fortaleza que el Programa utiliza la información que se genera de las evaluaciones externas para mejorar su gestión y resultados. La atención de los Aspectos Susceptibles de Mejora es una responsabilidad que se atiende de manera adecuada; destacan las adecuaciones anuales realizadas a las MIR.

El desafío organizacional se relaciona con una coordinación efectiva entre la CCINSHAE y las IC del Programa en las responsabilidades de planeación, cobertura poblacional, operación y medición de resultados para lograr que sea una intervención eficiente.

Se cuenta con las definiciones de las poblaciones; sin embargo, no se dispone de una metodología específica para sus cuantificaciones; ya que en la evidencia proporcionada no se precisa el nombre, ubicación y responsable de las fuentes de información ni las operaciones aritméticas para estimar las poblaciones y subpoblaciones que las integran. Estas limitantes condicionan la apremiante necesidad de que se elabore el Diagnóstico del Programa con base en la normativa establecida por el CONEVAL. Al actualizar las estimaciones se contaría con la base poblacional por atender y con los elementos para la construcción de la estrategia de cobertura del Programa con escenarios de mediano y largo plazos.

En su operación, el Programa tiene áreas de oportunidad en sus procedimientos para atender y dar trámite a las solicitudes de apoyo (preconsulta), así como para la selección de sus beneficiarios (consultas de primera vez) y la entrega de apoyos; carece de mecanismos de verificación que permitan, en general, verificar que la demanda y la entrega de los apoyos se realizan de acuerdo con los procedimientos establecidos. Se requiere asegurar que sean estandarizados, sistematizados y públicos, y apegados al documento normativo; son fundamentales para que el Programa pueda monitorear, evaluar y programar sus acciones. Los sistemas de información con los que cuenta el Programa para registrar las solicitudes y otorgamiento de apoyo constituyen una herramienta fundamental para el seguimiento y toma de decisiones por lo que se sugiere homogenizar o concentrar la información común de las instancias coordinadas en un sistema central que apoye la planeación global y la toma de decisiones sobre la prestación de servicios de alta especialidad.

Se destaca como fortaleza los mecanismos para conocer la percepción de la población atendida; el Programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población que solicita el apoyo. Se dispone de un instrumento interno denominado INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud) y, otro, externo denominado Aval Ciudadano. La principal conclusión es que se observa una alta satisfacción de la población atendida.

El Programa opera a través de recursos fiscales y recursos propios derivados de la prestación de servicios de alta especialidad que brindan las IC; estas dos fuentes de financiamiento representan un monto de 24,097.40 millones de pesos (mdp). Los recursos propios representan el 18.3 por ciento del total del presupuesto y los recursos fiscales

constituyen el 81.7 por ciento.

La CCINSHAE ha dado cumplimiento a la ejecución de los tipos de evaluación establecidos en el Programa Anual de Evaluación que establece el CONEVAL y la SHCP en cada ejercicio fiscal. Sin embargo, la medición de resultados es el tema que requiere de una mayor atención del Programa; si bien para evaluar sus resultados a nivel de Fin y de Propósito se cuenta con la MIR; no se dispone de estudios, nacionales o internacionales, o con evaluaciones de impacto para valorar sus resultados.

Como conclusión global se consideran cumplidos los objetivos de la evaluación; la consistencia y orientación a resultados del Programa son adecuados, presentan áreas de oportunidad atendibles en el corto y mediano plazos; la valoración global ordinal registra 2.286 de un máximo de cuatro, cifra que refleja lo señalado respecto de las áreas de oportunidad para mejorar su diseño, hacer más eficiente su gestión y revisar los resultados frente al enorme reto de consolidar la prestación de servicios de alta especialidad que se proporciona a través de las 26 IC y que se coordinan por la CCINSHAE.

#### ***Consideraciones generales derivadas de la evaluación***

La formulación del diagnóstico del Programa debe considerar un enfoque integral interdisciplinario con un equipo multidisciplinario que atienda las características particulares de la medicina especializada. También se debe incorporar la perspectiva del derecho humano a la salud, de tal manera que se valoren los criterios que definen desde la medicina especializada, aspectos como la accesibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad y calidad de los servicios, así como la condición de que ante enfermedades complejas mujeres y hombres, tienen distintas condiciones, mandatos sociales y oportunidades.

El problema por atender debe abordarse como un problema de salud pública y un asunto prioritario de derechos humanos; porque no habrá recursos suficientes si no se previene y atiende el crecimiento de este tipo de padecimientos; se recomienda analizar la atención de la medicina especializada desde la mirada del derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud mental y física.

Es imprescindible que el Programa realice un esfuerzo de definición de algunos conceptos como el “alta especialidad” o “padecimientos complejos”, ya que es necesario para definir a la población a la cual se debe enfocar. Es claro que, el Programa no puede ni debe atender “a toda la población” sino sólo a aquella que expresa “padecimientos catalogados como complejos, poco frecuentes, con evolución generalmente crónica, con tratamientos largos y costosos”, como lo sugiere el PAEMAE.

## Ficha Técnica de la Instancia Evaluadora

**Nombre de la instancia evaluadora:**

*Investigación en salud y demografía, S.C. INSAD*

**Nombre del coordinador de la evaluación:**

*Dr. Manuel Urbina Fuentes*

**Nombres de los principales colaboradores:**

*C. a doctor Javier Enrique Jiménez Bolón, Dr. Gregorio Ornelas García, Mtra. Alejandra Rojas Pérez, Lic. Patricia Barrón Belmonte, Mtro. Eric Arturo Córdova Manzur, Lic. Mónica González Casillas*

**Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

*Comisión Coordinadora de Instituto Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*

**Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

*Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos*

**Forma de contratación de la instancia evaluadora:**

*Procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas Nacional Electrónico*

**Costo total de la evaluación:**

*\$696,000.00 (Seiscientos noventa y seis mil pesos 00/100 M.N.) IVA Incluido.*

**Fuente de financiamiento:**

*Recursos Fiscales*

## Bibliografía

- CCINSHAE,AP (2017). Árbol del Problema E023. Árbol de problema del programa. SS CCINSHAE
- PAEMAE (2013). Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad. Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales. Secretaría de Salud
- DOF/LGEGPDS (2009). Lineamientos generales para la elaboración de diagnósticos de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención de Programas de Desarrollo Social. Normatividad aplicable. DOF
- CONEVAL/Diagnósticos (2016). Aspectos a considerar para la elaboración del diagnóstico de los programas presupuestarios de nueva creación que se propongan incluir en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación. Normatividad aplicable. [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Documents/Oficio\\_VQZ.SE.026.16.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Documents/Oficio_VQZ.SE.026.16.pdf)
- Ruelas Barajas, E. y Alonso Concheiro, A. (2015). Futuros de las especialidades médicas en México. Otros. CONACYT/Academia Nacional de Medicina/Intersistemas Editores
- CCINSHAE,MAPEF,PCE (2017). Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017. Documentos de planeación. Secretaría de Salud
- CCINSHAE,MIR 2017 (2017). Matriz de Indicadores de Resultados E023. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Secretaría de Salud
- CCINSHAE-Esquema MIR (2017). Esquema de la MIR 2017 del PP E023. Otros. CCINSHAE
- SS-PROSESA 2013-2018 (2013). Programa Sectorial de Salud. Documentos oficiales. Secretaría de Salud
- CCINSHAE-Alin-P (null). Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- ONU (2015). Podemos erradicar la Pobreza, Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. Otros. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/global.shtml>
- PNUD (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Otros. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- CCINSHAE-NI-Poblaciones (2018). Nota informativa: Definición, cuantificación y justificación de la población potencial, objetivo y atendida 2017. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- CCINSHAE-conc-Pob. (2018). Determinación poblacional por componente del Pp E023. Poblaciones Potencia, objetivo y atendida por unidad administrativa.. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo (2017). población atendida por entidad federativa, Edad y Sexo. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- SFP-Of. Padrones (2017). Oficio UCEGP/209/550/2017, de fecha 29 de agosto, de la Secretaría de la Función Pública. Otros. SFP
- CCINSHAE,FTI (2017). Fichas Técnicas de los Indicadores. Fichas técnicas. Secretaría de Salud
- CONEVAL/MDIR (2014). Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. Metodologías e instrumentos. [http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL\\_PARA\\_EL\\_DISENO\\_Y\\_CONSTRUCCION\\_DE\\_INDICADORES.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf).
- SS, OTROS PROGRAMAS (2017). OTROS PROGRAMAS DESARROLLO SOCIAL EN ATENCION MÉDICA. Documentos de Trabajo e Institucionales. Secretaría de Salud
- CCINSHAE-Alin-P (null). Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- Gobierno de la República/PND (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Documentos oficiales. Presidencia de la República
- PTA/INP (2017). Programa de Trabajo Anual del Instituto Nacioanl de Pediatría. Documentos de planeación. INP
- PTA/HJM (2017). Programa de Trabajo Anual del Hospital Juárez de México. Documentos de planeación. HJM
- PTA/HRAECV (2017). Progra de Trabajo Anual del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria. Documentos de planeación. SS HRAECV
- CCINSHAE/PI (2013). Posición Institucional de la Ficha de Monitoreo. Posiciones institucionales. Secretaría de Salud
- CCINSHAE/PI (2014). Posición Institucional de la Ficha de Monitoreo. Posiciones institucionales. Secretaría de Salud



- CCINSHAE/PI (2015). Posición Institucional de la Ficha de Monitoreo 2015-2016. Posiciones institucionales. Secretaría de Salud
- CCINSHAE/PI (2016). Posición Institucional de la Ficha de Monitoreo 2016-2017. Posiciones institucionales. Secretaría de Salud
- CCINSHAE/PI (2017). Posición Institucional de la Ficha de Monitoreo 2017-2018. Posiciones institucionales. Secretaría de Salud
- SHCP/CONEVAL/SFP Mecanismo ASM (2011). Mecanismo para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública General. Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Evaluaciones-y-resultados-de-programas.aspx>
- CCINSHAE/SASMCI (2014). Documento de seguimiento a los Aspectos de Susceptibles de Mejora, clasificados como institucionales, derivados de informes y evaluaciones externas. Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM. Secretaría de Salud
- CCINSHAE/SASMCI (2015). Documento de seguimiento a los Aspectos de Susceptibles de Mejora, clasificados como institucionales, derivados de informes y evaluaciones externas. Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM. Secretaría de Salud
- CCINSHAE/SASMCI (2016). Documento de seguimiento a los Aspectos de Susceptibles de Mejora, clasificados como institucionales, derivados de informes y evaluaciones externas. Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM. Secretaría de Salud
- CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2015). Ficha de Monitores y Evaluación 2014-2015. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS
- CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2016). Ficha de Monitores y Evaluación 2015-2016. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS
- CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2017). Ficha de Monitores y Evaluación 2016-2017. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS
- CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2013). Ficha de Monitores y Evaluación 2012-2013. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS
- CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2014). Ficha de Monitores y Evaluación 2013-2014. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS
- INSP/EED (2010). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010. Informes de evaluaciones externas. Secretaría de Salud
- INSP/EED (2011). Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Informes de evaluaciones externas. INSP-CCINSHAE-CONEVAL-SS
- INSAD-CCINSHAE/ED (2010). Informe de la Evaluación de Diseño. Informes de evaluaciones externas. SS-CCINSHAE
- SHCP-PASHCP (2017). Avance en los indicadores de programas presupuestarios de la APF, PP E023 atención a la salud, informe anual 2017. Informes del PASH. PASHCP
- CCINSHAE-NI-P22 (2018). Nota informativa para la pregunta 22.. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- CCINSHAE-Resultados MIR (2018). Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, MIR, Resultados enero-diciembre 2017. Informes del PASH. CCINSHAE
- CCINSHAE-NI-P24 (2018). Nota informativa pregunta 24. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- CCINSHAE-BD-cobertura (2018). Evolución de la cobertura 2009-2017. Informes. CCINSHAE
- CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo (2017). Población atendida por entidad federativa, Edad y Sexo. Informes. CCINSHAE
- CCINSHAE-Reunión ASM (2017). convocatoria y minuta de reunión para revisión final de ASM 2016-2017. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE
- CCINSHAE/MPHRAEB/No.30 (2008). Manual de Procedimientos del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; Subdirección de Atención Ambulatoria con el No. 30.- Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa;. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE/HRAEB
- CCINSAHAE/MPHRAE/No.34 (2008). Manual de Procedimientos del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; Subdirección de Atención Hospitalaria con el No. 34.- Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingresos, Altas). Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSAHAE/MPHRAE
- SS/CCINSHAE/MGP (2012). Manual General de Procedimientos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales



de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Documentos de Trabajo e Institucionales. SS/CCINSHAE

SS-Clasificación Socioec. (2013). ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de la entidades coordinadas por dicha secretaría. Documentos oficiales. Diario Oficial de la Federación, 27 0513

SS-CCINSHAE IAMAE (2016). Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad IAMAE. Documentos de Trabajo e Institucionales. Secretaría de Salud

SS-CCINSHAE-A NI (2018). Atenta Nota Informativa para la ECR E023. Otros. CCINSHAE

CCINSHAE-Directorio Web (null). Directorio Web de los INS, HGR y HRAE, Documento de word, proporcionado como evidencia. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE

SS/CCINSHAE/MTySP (2012). Manual de Trámites y Servicios al Público. Documentos de Trabajo e Institucionales. SS/INP

SHCP - CP (2017). Cuenta pública 2017. Cuenta Pública. <http://cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2017/tomo/III/Print.R12.03.EAEPFPGF.pdf>.

INCaN-MICEC (null). Manual de integración y funcionamiento del comité de expediente clínico. Documentos de Trabajo e Institucionales. INCaN

CCINSHAE/CP (2017). Informe de Cuenta Pública 2017/ indicadores 1-14. Cédulas de información. SS OBTENIDO DE: <https://www.gob.mx/insalud/acciones-y-programas/cosulta-sobre-matriz-de-indicadores-para-resultados-mir-2017?state=published>

CCINSHAE,MIR 2016 (2016). Matriz de Indicadores de Resultados. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Secretaría de Salud

CCINSHAE,MAPEF,PCE (2017). Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017. Cédulas de información. Secretaría de Salud

CCINSHAE-RC (2018). Documentos rendición de cuentas. Página de Internet. <https://www.gob.mx/insalud/documentos/documentos-c-c-i-n-s-h-a-e>

SS-Evaluacion (2018). Evaluaciones a Programas Presupuestarios de la Secretaría de Salud. Página de Internet. [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/evaluaciones\\_filtro.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/evaluaciones_filtro.html)

CCINSHAE-POT (2018). Portal de Obligaciones de Transparencia. Página de Internet. [http://portaltransparencia.gob.mx/pot/informacionRelevante/showBusqueda.do?method=begin&\\_idDependencia=12](http://portaltransparencia.gob.mx/pot/informacionRelevante/showBusqueda.do?method=begin&_idDependencia=12)

CONEVAL-EED-SED (2014). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2020. Valoración de la información contenida en el SED. Estudios. Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social

SS-INDICAS (2010). Manual de Usuario, Sistema INDICAS. Otros. SS-DGCES

CCINSHAE-Informe (2017). Informe sobre la situación económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Informes del PASH. PASH

SHCP- Lineamientos MIR (2017). Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la MIR de los programas presupuestarios 2017. Documentos oficiales. Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SS-Lineamientos MIR (2017). Lineamientos para el reporte de indicadores de desempeño 2017. Documentos de Trabajo e Institucionales. Secretaría de Salud

CONEVAL-EVAL PS (2018). Evaluación de la Política Social. Página de Internet. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>

OPS-RISS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de ruta para su implementación en las Américas. Otros. OPS-OMS

CONEVAL/Guión-EI (2018). Anexo 1: Guión del Análisis de Factibilidad para llevar a cabo una Evaluación de Impacto. Documentos oficiales. [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES\\_PROGRAMAS\\_POLITICAS\\_DS/Evaluaciones%20de%20Impacto/guion\\_analisis\\_de\\_factibilidad.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES_PROGRAMAS_POLITICAS_DS/Evaluaciones%20de%20Impacto/guion_analisis_de_factibilidad.pdf)

SS-CNPSS (2016). Manual de lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, Secretaría de Salud (Comisión Nacional de Protección Social en Salud), ISSSTE e IMSS.. Documentos oficiales. Secretaría de Salud

CMR (2017). Lineamientos de los Programas de Mejora Regulatoria 2017 – 2018 de las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal,. Documentos oficiales. DOF 28 de abril de 2017

SS-CP (2017). Cuenta Pública de la Secretaría de Salud 2017. Gasto por Categoría Programática. Cuenta Pública

[http://cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/Informacion\\_Presupuestaria-2017](http://cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/Informacion_Presupuestaria-2017)

CCINSHAE/DGRH (2018). Determinación poblacional por componente del Programa Presupuestal E023 Atención a la salud. Documentos de Trabajo e Institucionales. Dirección General de Recursos Humanos. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

CCINSHAE-NI-Poblaciones (2018). Nota informativa: Definición, cuantificación y justificación de la población potencial, objetivo y atendida 2017. Documentos de Trabajo e Institucionales. CCINSHAE

INSAD-CCINSHAE/ED (2010). Informe de la Evaluación de Diseño. Informes. SS-CCINSHAE

INSP/EED (2010). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010. Informes de evaluaciones externas. México

INSP/EED (2011). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Informes de evaluaciones externas. México

CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2013). Ficha de Monitores y Evaluación 2012-2013. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS

CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2014). Ficha de Monitores y Evaluación 2013-2014. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS

CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2015). Ficha de Monitores y Evaluación 2014-2015. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS

CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2016). Ficha de Monitores y Evaluación 2015-2016. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS

CONEVAL-CCINSHAE/FMyE (2017). Ficha de Monitores y Evaluación 2016-2017. Informes de evaluaciones internas. CONEVAL-SS

CCINSHAE/Correo (2016). Correo electrónico con el formato de poblaciones 2016. Otros. México 05082016

CCINSHAE/O1091 (2016). Oficio núm. CCINSHAE-DGINS-1091-2016. Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora de las fichas de monitoreo y evaluación 2015-2016, emitidas por el CONEVAL. Otros. México 02092016

INCICH/Formato encuesta (2016). Formatos de encuestas aplicadas en las áreas de hospitalización y ambulatoria del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez (ene-jun) 2016. Documentos de Trabajo e Institucionales. México

CONEVAL/TE (2018). LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES: UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA Y RENDICIÓN DE CUENTAS. Otros. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Proceso-de-Evaluacion.aspx>

CCINSHAE/TDR (2018). Términos de Referencia de la Evaluación de Consistencia y Resultados 2017. Programas Presupuestarios E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. E023 Atención a la Salud. Otros. México

CCINSHAE-CARTERAS-ESTATUTOS (2018). Ligas carteras de servicios y estatutos. evidencias proporcionadas. Otros. México

CCINSHAE-NI-P32 (2018). Nota técnica pregunta 32, evidencia proporcionada.. Otros. México

CCINSHAE-NI-P34 (2018). nota técnica Pregunta 34. Otros. México

CCINSHAE-DGCHRAE-Of Circular (2017). Oficio Circular 351 2017. Otros. México

CCINSHAE-FINANCIAMIENTO-E023 (2017). Programa Presupuesto 2017, Asignación Original total PP E023 "Atención a la Salud". Informes financieros. México

SHCP-PEF (2017). Presupuesto de Egresos de la Federación, Análisis Funcional Programático Económico, Programa Presupuesto 2017, Asignación Original total PP E023 "Atención a la Salud".. Presupuesto de Egresos de la Federación. CDMX

SS-MAI (2015). Modelo de Atención Integral en Salud-Documento de arranque. Otros. Secretaría de Salud

CCINSHAE-COMITE-EXP-C. (null). Manual de integración y funcionamiento del comité del expediente clínico. Manuales de operación. Instituto Nacional de Cancerología

SS-6° INF-LABORES (2018). Sexto informe de labores de la Secretaría de Salud 2017-2018. Informes. Secretaría de Salud, disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/387572/6o\\_Informe\\_de\\_Labores\\_SS\\_2017-2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/387572/6o_Informe_de_Labores_SS_2017-2018.pdf)

CCINSHAE/CorreoMejoraMIR (2016). Revisión MIR E022 para 2017, 29 Marzo 2016, 9.00 hrs. CCINSHAE. Documentos de Trabajo e Institucionales. Evidencia proporcionada

CCINSHAE-Revisión MIR (2016). Correos convocatorias a reuniones de revisión de la MIR 2017 de fechas 2 de junio de



## **Anexos**

## **Propuesta de Diseño del programa**

Propuesta de Diseño del Programa a partir del análisis realizado que permita atender las áreas de oportunidad detectadas.

Los elementos del diseño que se incluyen en esta sección tienen como finalidad atender el objetivo específico siete de los TDR de la ECyR del Programa. Se solicita:

Realizar una propuesta de Diseño del programa (Árbol de problema, definiciones de población objetivo, potencial y atendida, Estructura analítica del programa, Matriz de Indicadores para resultados que garantice la lógica horizontal y vertical) a partir del análisis realizado que permita atender las áreas de oportunidad detectadas (CCINSHAE/TDR, 2018).

En su construcción se precisó, con base en lo observado en la pregunta uno de la evaluación, el problema que se pretende atender con el Programa; con base en esta definición, el siguiente paso fue revisar los elementos metodológicos respecto del “Diseño inverso de la Matriz de Marco Lógico de un programa existente” (Aldunate & Córdoba, 2011). Con base en los resultados iniciales obtenidos y los elementos metodológicos revisados, se construyó una primera aproximación al Árbol del Problema y al Árbol de Objetivos del Programa.

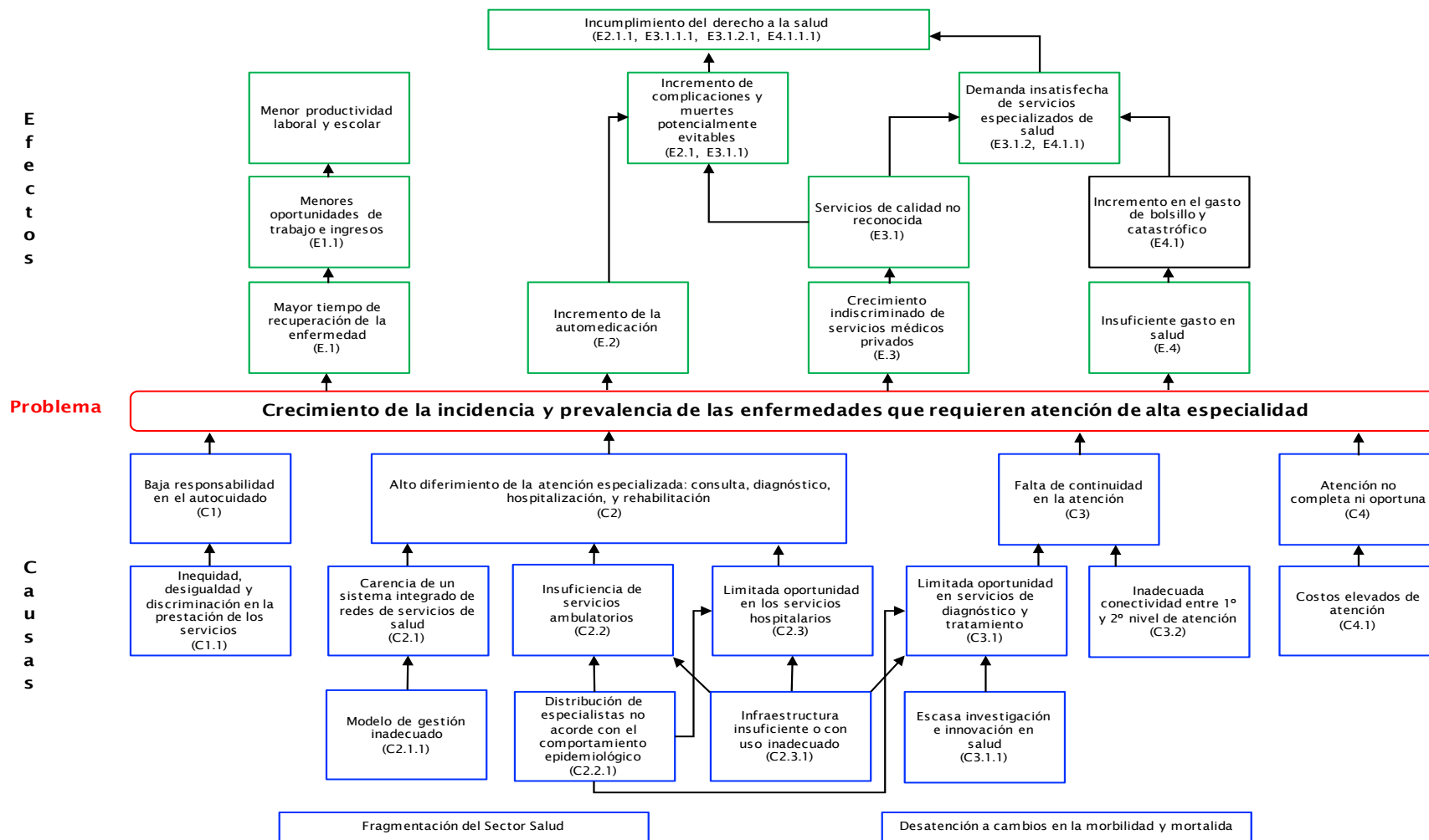
A partir de este producto, se incorporaron los resultados obtenidos en las preguntas de esta evaluación relacionadas con la construcción del conocimiento hacia una propuesta de MIR del Programa.

En esta sección se presenta una propuesta inicial de mejora del Problema por atender, del Árbol del Problema (AP) y del Árbol de Objetivos (AO), así como la selección de la cadena de fines-objetivo-medios y la Estructura Analítica del Programa. A partir de la opinión técnica que se reciba de esta propuesta se concluirá con la elaboración de la propuesta de MIR del Programa.

Debe tenerse presente que, bajo la metodología de marco lógico, es claro que todo proceso de mejora de Diseño de un programa debe ser el resultado consensuado de un trabajo colectivo, ordenado y sistemático, mediante la aplicación de la metodología de marco lógico, en el que participen todos los involucrados.

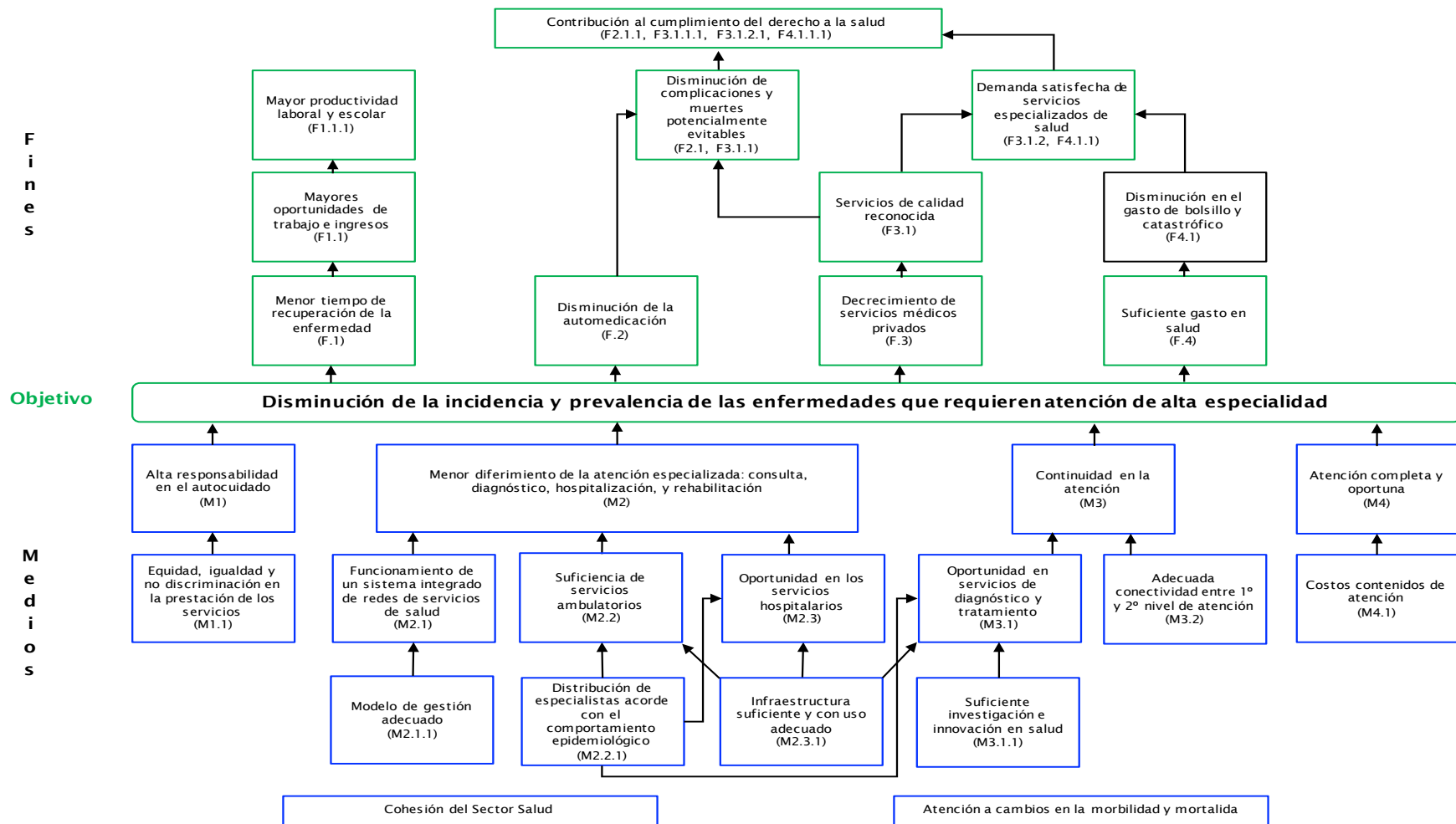
A continuación se presentan los elementos descritos; en archivo adjunto se encuentra el formato editable de dichos elementos.

### Propuesta de Árbol del Problema del Pp E023 "Atención a la Salud"

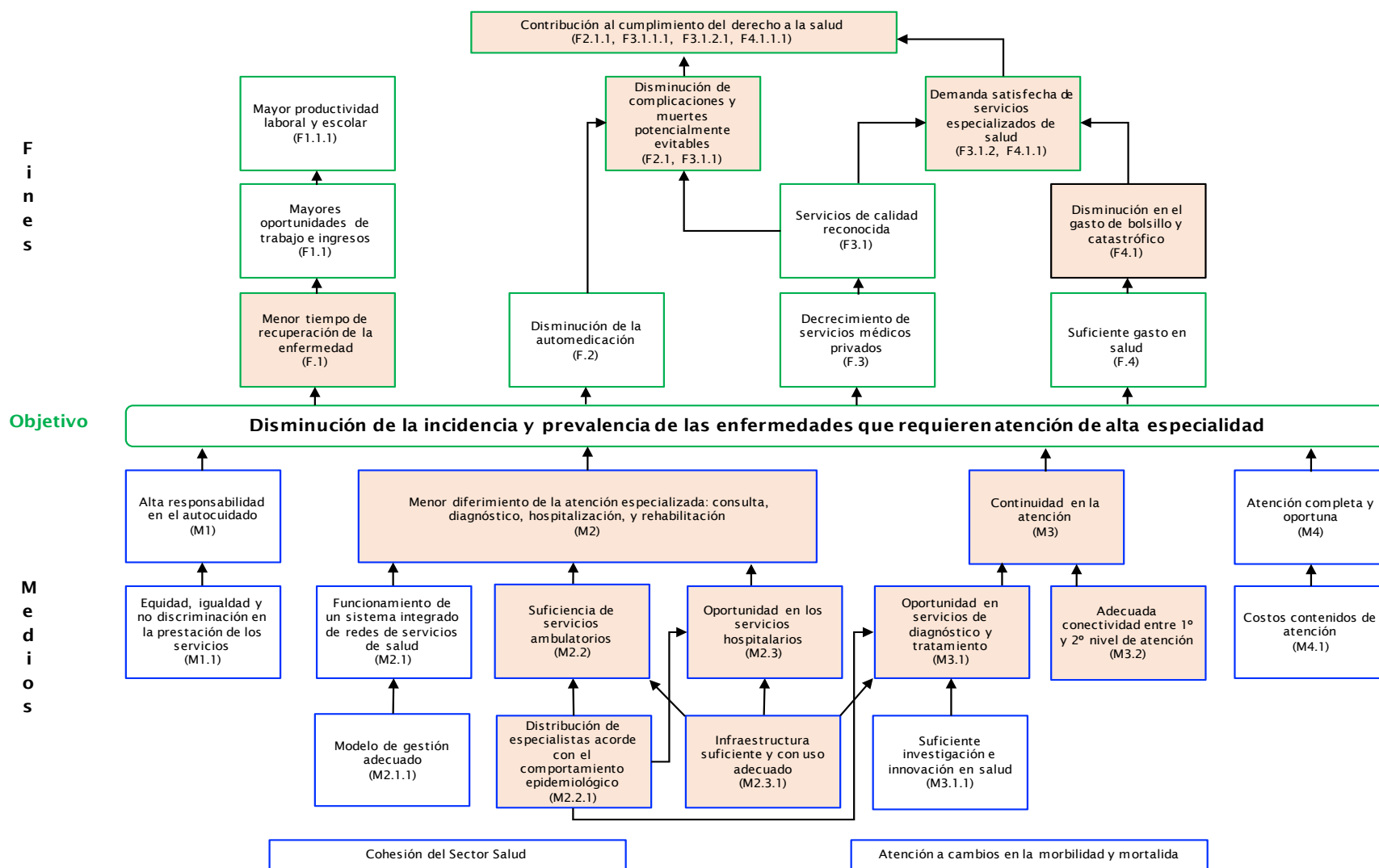




### Propuesta de Árbol de Objetivos del Pp E023 "Atención a la Salud"



## Selección de cadena de fines-objetivo-medios del Pp E023 “Atención a la Salud”



Problemática Árbol del problema	Solución Árbol de objetivos
<b>Efectos</b> Incumplimiento del derecho a la salud (2.1.1, 3.1.1.1, 3.1.2.1, 4.1.1.1) Incremento de complicaciones y muertes potencialmente evitables (2.1, 3.1.1) Demanda insatisfecha de servicios especializados de salud (3.1.2, 4.1.1) Incremento en el gasto de bolsillo y catastrófico (4.1) Mayor tiempo de recuperación de la enfermedad (1)	<b>Fines</b> Contribución al cumplimiento del derecho a la salud (2.1.1, 3.1.1.1, 3.1.2.1, 4.1.1.1) Disminución de complicaciones y muertes potencialmente evitables (2.1, 3.1.1) Demanda satisfecha de servicios especializados de salud (3.1.2, 4.1.1) Disminución en el gastos de bolsillo y catastrófico (4.1) Menor tiempo de recuperación de la enfermedad(1)
<b>Problema:</b> <b>Población objetivo:</b> La población con enfermedades que requieren atención de alta especialidad. <b>Descripción del problema:</b> Crecimiento en la incidencia y prevalencia de enfermedades que requieren atención de alta especialidad. <b>Magnitud (Línea base)</b> El 5 por ciento de las enfermedades requieren atención especializada.	<b>Objetivo:</b> <b>Población objetivo:</b> La población con enfermedades que requieren atención de alta especialidad. <b>Descripción del resultado esperado:</b> Disminución en la incidencia y prevalencia de enfermedades que requieren atención de alta especialidad. <b>Magnitud (del resultado esperado)</b> Se requiere estimar el total de personas con enfermedades complejas, (5 por ciento de las enfermedades), a partir de este cálculo, estimar la meta anual.
<b>Causas:</b> 2. Alto diferimiento de la atención especializada: consulta, diagnóstico, hospitalización, y rehabilitación 2.2 Insuficiencia de servicios ambulatorios 2.2.1 Distribución de especialistas no acorde con el comportamiento epidemiológico 2.3 Limitada oportunidad en los servicios hospitalarios 2.3.1 Infraestructura insuficiente o con uso inadecuado 3. Falta de continuidad en la atención 3.1 Limitada oportunidad en servicios de diagnóstico y tratamiento 3.2 Inadecuada conectividad entre 1º y 2º nivel de atención	<b>Medios:</b> 2. Bajo diferimiento de la atención especializada: consulta, diagnóstico, hospitalización, y rehabilitación. 2.2 Suficiencia de servicios ambulatorios 2.2.1 Distribución de especialistas de acuerdo con el comportamiento epidemiológico 2.3 Oportunidad en servicios de diagnóstico y tratamiento 2.3.1 Infraestructura suficiente y con uso adecuado 3. Continuidad en la atención 3.1 Oportunidad en servicios de diagnóstico y tratamiento 3.2 Adecuada conectividad entre 1º y 2º nivel de atención

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2017 del Pp E023 Atención a la salud y los resultados de la ECR.

# Matriz de Indicadores para Resultados **PROPUESTA**

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica

**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos

**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud

**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados

**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel	Resumen narrativo	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	1 Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les abre expediente clínico institucional; Tasa de mortalidad por cáncer de mama; Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE); Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.	Los medios de verificación de cada indicador deberán ser complementados o integrados con la siguiente información: 1. Nombre completo del documento que sustenta la información. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información.	1.- Condiciones macroeconómicas estables. 2.- Se cuenta con planes emergentes para atender desastres naturales y epidemias que pongan en peligro la vida de la población. 3.- El perfil epidemiológico y demográfico de la población se mantiene o presenta cambios graduales.
Propósito	1.1 La incidencia y prevalencia de enfermedades que requieren atención de alta especialidad disminuyen.	Tasa de incidencia de enfermedades que requieren atención especializada; Tasa de prevalencia de enfermedades que requieren atención especializada.	Los medios de verificación de cada indicador deberán ser complementados o integrados con la siguiente información: 1. Nombre completo del documento que sustenta la información. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas).	1.- Se mejora la cobertura de atención médica del primero y segundo nivel de atención a la población no derechohabiente de la seguridad social. 2.- Las políticas públicas de salud tienen una mayor cobertura de padecimientos que requieren atención médica especializada y de la población que es atendida

Nivel	Resumen narrativo	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
			3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información.	por las instituciones de salud para población no derechohabiente. 3.- Se mantienen condiciones macroeconómicas estables que permitan la adquisición y mantenimiento de equipo e insumos especializados para la salud.
Componente	1.1.1 Suficiencia de servicios ambulatorios	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta); Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos.	Los medios de verificación de cada indicador deberán ser complementados o integrados con la siguiente información: 1. Nombre completo del documento que sustenta la información. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información.	1.- La población cumple con las medidas de prevención primaria y secundaria para la preservación de la salud. 2.- La población acepta la contrarreferencia a sus unidades médicas de adscripción. 3.- Se fortalece la integración y funcionamiento de las redes de servicios de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia.
	1.1.2 Oportunidad en los servicios hospitalarios	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación; Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas; Promedio de días estancia; Porcentaje de ocupación hospitalaria; Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos.		
	1.1.3 Oportunidad en servicios de diagnóstico y tratamiento	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados en tiempo;		
Actividad	1.1.1.1 Pre consulta para valoración de usuarios/as	Proporción de consultas de primera vez respecto a pre consultas	Los medios de verificación de cada indicador deberán ser complementados o integrados con la siguiente información: 1. Nombre completo del documento que sustenta la información. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar	1.- Se fortalece la integración y funcionamiento de las redes de servicios de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia. 2.- La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado.
	1.1.1.2 Estudio socioeconómico	Porcentaje de estudios socioeconómicos revisados aprobados conforme a los criterios establecidos		
	1.1.1.3 Integrar expediente clínico electrónico	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004		

Nivel	Resumen narrativo	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
	1.1.1.4 Contra-referencia de usuarios/as	Porcentaje de pacientes referidos de otras instancias de salud que son contra-referidos de nuevo para darles continuidad en el tratamiento	siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información.	
	1.1.2.1 Administrar insumos y camas disponibles	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)		
	1.1.2.2 Hospitalización de pacientes.	Porcentaje de ocupación respecto a la capacidad instalada; Tiempo de espera para hospitalización.		
	1.1.2.3 Estudio socioeconómico	Porcentaje de pacientes de niveles 1x y 1 que ingresan a hospitalización respecto al total de usuarios/as hospitalizados/as.		
	1.1.3.1 Realizar estudios de diagnóstico	Porcentaje de reprogramación de estudios de diagnóstico por falta de insumos; Tiempo de espera para la realización completa de exámenes diagnósticos.		
	1.1.3.2 Realizar acciones de tratamiento/rehabilitación	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado; Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados;		

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2017 del Programa.

Nota: En negro los indicadores vigentes en la MIR 2017. En rojo la propuesta de indicadores tentativos.

## **Definición de la Población**

### **Población potencial.**

Número de personas que podrían acudir a la institución para solicitar atención médica en la institución con base en su capacidad instalada y los pacientes atendidos en años previos (expedientes vigentes).

### **Población objetivo.**

Número de personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución.

### **Población atendida.**

Total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución.

**Nota:** no se propone modificación alguna en la definición de las poblaciones del Programa; se hace la recomendación de precisar los elementos metodológicos indispensables para la cuantificación de cada una de las poblaciones con base en especificar: las fuentes de información a utilizar para hacer las estimaciones, operaciones numéricas a emplear en la agregación de las subpoblaciones mencionadas. La metodología para la cuantificación de las poblaciones debe ser totalmente clara, de manera que la estimación y cuantificación pueda ser reproducible por cualquier persona.



## **Anexo 1 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo”**

<b>Nombre del Programa:</b>	<b>E-023 - Atención a la salud</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>E - Prestación de Servicios Públicos</b>
<b>Dependencia/Entidad:</b>	<b>Secretaría de Salud</b>
<b>Unidad Responsable:</b>	<b>610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>
<b>Tipo de Evaluación:</b>	<b>Evaluación de Consistencia y Resultados</b>
<b>Año de la Evaluación:</b>	<b>2017</b>

Información proporcionada por el Programa

### **Definición de la Población potencial.**

Número de personas que podrían acudir a la institución para solicitar atención medica en la institución con base en su capacidad instalada y los pacientes atendidos en años previos (expedientes vigentes).

### **Obtención de la cuantificación**

Para cuantificar la población potencial se ocupa:

- a) Número de personas estimado que pudieran requerir atención a la institución de acuerdo a su especialidad, infraestructura y cobertura geográfica preferencial (Decreto de creación). Número estimado de pacientes con expediente clínico activo a diciembre del año que se reporta. Incluye la estimación del número de expedientes aperturados para el año que se reporta. (La NOM 004 establece que el expediente debe permanecer activo durante los 5 años posteriores al último acto médico registrado).
- b) Número de pacientes que se estima requerirán atención médica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado.



- c) Número de preconsultas que se estima otorgar más número estimado de pacientes a atender por convenio. En ambos casos incluye a usuarios que no se les apertura expediente clínico en la institución.

### **Definición de la Población objetivo.**

Número de personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en la institución.

### **Obtención de la cuantificación**

Para cuantificar la población objetivo se ocupa:

- a) Número estimado de pacientes a los que se les abrirá expediente clínico en el año de reporte más el número estimado de pacientes subsecuentes con expediente activo que se prevé utilizar en el año de reporte (registro unitario por paciente no por cada evento que requiere el uso del expediente clínico).
- b) Número estimado de pacientes que podrían requerir atención médica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado.
- c) Número estimado de preconsultas a otorgar más número estimado de pacientes a atender por convenio. En ambos casos incluye a pacientes que no se les abrirá expediente clínico en la institución.

### **Definición de la Población atendida.**

Total de usuarios (diferentes) que fueron atendidos en la institución.

### **Obtención de la cuantificación**

Para cuantificar la población atendida se utiliza:

- a) Número de pacientes a los que se les apertura expediente clínico en el año de reporte, más el número de pacientes subsecuentes con expediente activo utilizado en el año de reporte (registro unitario por paciente, no por cada evento que requirió el uso de expediente).

- b) Número de paciente que requirieron atención medica en urgencias que no cuentan con expediente clínico activo en el año reportado.
- c) Número de preconsultas otorgadas más número de pacientes atendidos pro convenio en el año de reporte, en ambos casos a pacientes que no se les abrió expediente clínico en la institución.

### **Justificación de la Cuantificación Poblacional:**

El Programa considera los elementos y aspectos señalados en las definiciones para su registró y cuantificación con base en los sistemas de información en materia de atención médica que reportan las entidades que participan del Programa.

La población objeto de este Programa está determinada por la demanda de servicios médicos especializados que presenta la población; sin embargo, conforme a lo que establecen los propios Decretos de Creación de las instituciones que participan en el Programa, éstas atienden a la demanda que se les presenta hasta el límite de su infraestructura, ya que no tienen como objetivo el proporcionar servicios médicos especializados a toda la población sin seguridad social.

Un factor que incide en las cifras que se presentan como población potencial, objetivo y atendida es la falta de un sistema de registro individual en todo el sistema de salud de la población sin seguridad social.

Las entidades que participan en el Programa no cuentan con un sistema de información por persona, sus registros están basados en los eventos que realiza la unidad hospitalaria como consultas, egresos hospitalarios, estudios, etc., esta circunstancia está validada por los sistemas estadísticos de información en salud para población sin seguridad social en los cuales se acepta como referencia para el número de pacientes atendidos, el número de consultas de primera vez en el año y a esta cifra se incorporan las atenciones por urgencias y pacientes por convenio a los cuales no se les abre expediente.

En el caso de la población objetivo se recurre a la estimación que realiza la institución de la atención médica que puede realizar en función de sus recursos físicos, humanos y financieros disponibles y habilitados.

Finalmente, para el cálculo de la población potencial, se recurre a la estimación de todos aquellos pacientes susceptibles de acudir a la institución, que se calcula de manera indirecta a partir de los pacientes que han acudido a la unidad hospitalaria en los últimos cinco años, que son aquellos a los cuales se les ha aperturado un expediente clínico y lo tienen activo de acuerdo a la normatividad vigente (CCINSHAE-NI-Poblaciones, 2018).

### **Evolución de la cuantificación**

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2009	2,770,867	1,388,224	1,360,568
2010	2,947,643	1,432,865	1,405,029
2011	3,028,138	1,452,463	1,415,684
2012	3,160,292	1,471,610	1,431,062
2013	3,291,823	1,533,049	1,510,671
2014	3,180,643	1,581,857	1,533,943
2015	3,062,134	1,378,371	1,336,571
2016	2,496,488	1,864,781	1,841,013
2017	2,680,857	1,749,887	1,644,919

Fuente: Inventario CONEVAL de programas y acciones federales del desarrollo social, años 2013, 2014, 2015 y 2016, consultado el 3 de agosto de 2018, disponible en:

<https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>

2017, Determinación poblacional por Componente del Pp E023 (CCINSHAE-conc-Pob., 2018)



## **Anexo 2 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”.**

<b>Nombre del Programa:</b>	<b>E-023 - Atención a la salud</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>E - Prestación de Servicios Públicos</b>
<b>Dependencia/Entidad:</b>	<b>Secretaría de Salud</b>
<b>Unidad Responsable:</b>	<b>610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>
<b>Tipo de Evaluación:</b>	<b>Evaluación de Consistencia y Resultados</b>
<b>Año de la Evaluación:</b>	<b>2017</b>

### **No aplica**

El Programa E023 Atención a la salud no recaba información de los beneficiarios con las características establecidas en la pregunta (cfr. pregunta 8).



### Anexo 3. Matriz de Indicadores para Resultados

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel	Resumen narrativo
Fin	1 Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios.
Propósito	1.1 La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional en coordinación con la red de servicios.
Componente	1.1.1 Atención ambulatoria especializada otorgada
Componente	1.1.2 Atención hospitalaria especializada otorgada.
Actividad	1.1.1.1 Valoración de usuarios.
Actividad	1.1.1.2 Hospitalización de pacientes.

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2017 del Programa.



### Anexo 3.1 Propuesta de Mejora MIR 2017

A continuación, se presentan las propuestas de mejora identificadas en la MIR 2017 del Programa: se señalaron en amarillo las celdas en las que se identificaron las oportunidades de mejora. Se marcaron en rojo y se tacharon los textos que se sugiere revisar o sustituir y se incorporaron en rojo las recomendaciones.

Detalle de la Matriz								
Ramo:			12 - Salud					
Unidad Responsable:			160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clave y Modalidad del Pp:			E - Prestación de Servicios Públicos					
Denominación del Pp:			E-023 - Atención a la Salud					
Clasificación Funcional:								
Finalidad:			2 - Desarrollo Social					
Función:			3 - Salud					
Subfunción:			2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona					
Actividad Institucional:			18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados					
Fin								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presentan a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios			1			1.- Condiciones macroeconómicas estables. 2.- Se cuenta con planes emergentes para atender desastres naturales y epidemias que pongan en peligro la vida de la población. 3.- El perfil epidemiológico y demográfico de la población se mantiene o presenta cambios graduales.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les <del>apertura abre</del> expediente clínico institucional.	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les <del>apertura abre</del> expediente clínico institucional en el	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación: CCINSHAE. Informe Institucional área de Trabajo

Detalle de la Matriz							
Ramo:	12 - Salud						
Unidad Responsable:	160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:	E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:	E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:							
Finalidad:	2 - Desarrollo Social						
Función:	3 - Salud						
Subfunción:	2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:	18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
Nota: de acuerdo con la Real Academia de la lengua no existe el verbo aperturar, se sugiere emplear abrir o elaborar expediente. RAE. Consultado en <a href="http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=apertura">http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=apertura</a>	través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.  Revisar la definición, se recomienda evitar incluir el propósito que tiene el indicador en la definición.	periodo de evaluación / Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100.  Se recomienda incluir el periodo.					Social y/o Atención al usuario E023 MIR <del>2016</del> . 2017. Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas públicas en salud a los que se les apertura abre expediente clínico institucional; Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación: CCINSHAE. Informe Institucional área de Trabajo Social y/o Atención al usuario E023 MIR <del>2016</del> . 2017 Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas públicas en salud a los que se les apertura abre expediente clínico institucional Se recomienda complementar los medios de verificación con la siguiente información: 1. Agregar el nombre de documento, el año del informe. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información. 5. Replantear la meta en función

Detalle de la Matriz								
Ramo:	12 - Salud							
Unidad Responsable:	160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad							
Clave y Modalidad del Pp:	E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:	E-023 - Atención a la Salud							
Clasificación Funcional:								
Finalidad:	2 - Desarrollo Social							
Función:	3 - Salud							
Subfunción:	2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona							
Actividad Institucional:	18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados							
								de la línea base establecida.
Tasa de mortalidad por cáncer de mama	El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer de mama en forma oportuna.	(Total de mujeres de 25 años y más, fallecidas a causa de cáncer de mama en un año determinado / Población estimada a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo) *100,000	Relativo	Índice	Estratégico	Eficacia	Anual	Se recomienda incluir los medios de verificación y considerar el agregar:  1. El nombre de documento, el año del informe, etc. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información.
Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)	El indicador capta la demanda de atención médica de hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención	(Número de egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más / Total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud) *100,000	Relativo	Índice	Estratégico	Eficacia	Anual	Se recomienda incluir los medios de verificación y considerar el agregar:  1. El nombre de documento, el año del informe, etc. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la



Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
	médica primaria.	Se recomienda incluir el periodo de análisis.						información.
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino	El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer cérvico-uterino en forma oportuna.  Se recomienda incluir el periodo de análisis	(Total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer cérvico-uterino en un año determinado / la Población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el mismo periodo)*100,000  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Índice	Estratégico	Eficacia	Anual	Se recomienda incluir los medios de verificación y considerar el agregar:  1. El nombre de documento, el año del informe, etc. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Propósito								
Objetivo			Orden			Supuestos		

Detalle de la Matriz								
Ramo:			12 - Salud					
Unidad Responsable:			160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clave y Modalidad del Pp:			E - Prestación de Servicios Públicos					
Denominación del Pp:			E-023 - Atención a la Salud					
Clasificación Funcional:								
Finalidad:			2 - Desarrollo Social					
Función:			3 - Salud					
Subfunción:			2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona					
Actividad Institucional:			18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados					
La población demandante recibe atención médica especializada con calidad de acuerdo a la vocación institucional en coordinación con la red de servicios			1.1			1.- Se mejora la cobertura de atención médica del primero y segundo nivel de atención a la población no derechohabiente de la seguridad social. 2.- Las políticas públicas de salud tienen una mayor cobertura de padecimientos que requieren atención médica especializada y de la población que es atendida por las instituciones de salud para población no derechohabiente. 3.- Se mantienen condiciones macroeconómicas estables que permitan la adquisición y mantenimiento de equipo e insumos especializados para la salud.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Este indicador permite evaluar los resultados de la efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas  Se recomienda incluir el periodo de análisis	(Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación / Total de egresos hospitalarios) x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Total de egresos hospitalarios: CCINSHAE. Sistema Institucional de Egresos Hospitalarios y/o Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de egresos hospitalarios; Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación: CCINSHAE. Sistema Institucional de Egresos Hospitalarios y/o Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de egresos hospitalarios  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. El nombre de documento, el

Detalle de la Matriz								
Ramo:			12 - Salud					
Unidad Responsable:			160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clave y Modalidad del Pp:			E - Prestación de Servicios Públicos					
Denominación del Pp:			E-023 - Atención a la Salud					
Clasificación Funcional:								
Finalidad:			2 - Desarrollo Social					
Función:			3 - Salud					
Subfunción:			2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona					
Actividad Institucional:			18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados					
								año del informe, etc. 2. Nombre completo del área que genera o publica la información (evitar siglas). 3. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 4. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Componente								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Atención ambulatoria especializada otorgada			1.1.1			1.- La población cumple con las medidas de prevención primaria y secundaria para la preservación de la salud. 2.- La población acepta la contrarreferencia a sus unidades médicas de adscripción.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta)	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuentes, preconsulta) / Número de consultas programadas (primera vez, subsecuentes, preconsulta) x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuentes, preconsulta): CCINSHAE. Informe médico institucional E023 MIR 2016 2017. Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta); Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuentes,

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
	entidad	Se recomienda incluir el periodo de análisis	Se recomienda incluir el periodo de análisis					preconsulta):C CINSHAE. Informe médico institucional E023 MIR <del>2016</del> 2017. Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta)  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos,	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas / Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Total de sesiones de rehabilitación realizadas: CCINSHAE. Informe médico institucional, Terapia E023 MIR <del>2016</del> —2017 Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado; Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas: CCINSHAE. Informe médico institucional, Terapia E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total

Detalle de la Matriz									
Ramo:		12 - Salud							
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad							
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud							
Clasificación Funcional:									
Finalidad:		2 - Desarrollo Social							
Función:		3 - Salud							
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona							
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados							
	generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida								realizado
	Se recomienda incluir el periodo de análisis	Se recomienda incluir el periodo de análisis							Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución / Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Total de procedimientos diagnósticos realizados: CCINSHAE. Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados; Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución: CCINSHAE. Informe de Servicios de Diagnósticos y Gabinete E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Se recomienda agregar en los medios de verificación: 1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del
	Se recomienda incluir el periodo de análisis	Se recomienda incluir el periodo de análisis							

Detalle de la Matriz									
Ramo:		12 - Salud							
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad							
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud							
Clasificación Funcional:									
Finalidad:		2 - Desarrollo Social							
Función:		3 - Salud							
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona							
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados							
									indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información 3. Replantear la meta en función de la línea base establecida.
Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución / Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados: CCINSHAE. Informe de Servicios de médicos E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados; Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución: CCINSHAE. Informe de Servicios de médicos E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la	

Detalle de la Matriz								
Ramo:	12 - Salud							
Unidad Responsable:	160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad							
Clave y Modalidad del Pp:	E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:	E-023 - Atención a la Salud							
Clasificación Funcional:								
Finalidad:	2 - Desarrollo Social							
Función:	3 - Salud							
Subfunción:	2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona							
Actividad Institucional:	18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados							
								información 3. Replantear la meta en función de la línea base establecida.
Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos / Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Calidad	Trimestral	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos: CCINSHAE. Informe de la encuesta de satisfacción E023 MIR 2016 2017. Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad con la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos; Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados: CCINSHAE. Informe de la encuesta de satisfacción E023 MIR 2016 2017. Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad con la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos Se recomienda agregar en los medios de verificación: 1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la
	Se recomienda incluir el periodo de análisis	Se recomienda incluir el periodo de análisis						

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								información 3. Replantear la meta en función de la línea base establecida.
Objetivo			Orden			Supuestos		
Atención hospitalaria especializada otorgada			1.1.2			1.- La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Evalúa la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de auditorías clínicas realizadas / Número de auditorías clínicas programadas x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Anual	Número de auditorías clínicas realizadas: CCINSHAE. Informe de resultados de auditoría clínica E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas; Número de auditorías clínicas programadas: CCINSHAE. Informe de resultados de auditoría clínica E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas Se recomienda agregar en los medios de verificación: 1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información 3. Replantear la meta en función



Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								de la línea base establecida, no hay posibilidad de crecimiento, la meta es igual 100% y la línea de base 100%.
Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de días estancia / Total de egresos hospitalarios  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Promedio	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Número de días estancia: CCINSHAE. Informe estadístico médico, Censo hospitalario E023 MIR <del>2016</del> 2017. Promedio de días estancia; Total de egresos hospitalarios: CCINSHAE. Informe estadístico médico, Censo hospitalario E023 MIR <del>2016</del> 2017. Promedio de días estancia  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias	Número de días paciente durante el período / Número de días cama durante el período x 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Número de días cama durante el período: CCINSHAE. Informe estadístico médico, Censo hospitalario E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de ocupación hospitalaria; Número de días paciente durante el período:

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
	Se recomienda incluir el periodo de análisis	Se recomienda incluir el periodo de análisis						CCINSHAE. Informe estadístico médico, Censo hospitalario E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de ocupación hospitalaria  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 / Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Gestión	Calidad	Trimestral	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional: CCINSHAE. Informe del Comité Institucional del Expediente Clínico E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004; Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004: CCINSHAE. Informe del Comité Institucional del Expediente Clínico E023 MIR <del>2016</del> 2017. Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								SSA 004  Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos / Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Gestión	Calidad	Trimestral	Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos: CCINSHAE. Informe de la encuesta de satisfacción E023 MIR 2016 2017. Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos; Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados: CCINSHAE. Informe de la encuesta de satisfacción E023 MIR 2016 2017 Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								Se recomienda agregar en los medios de verificación:  1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Actividad								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Valoración de usuarios			1.1.1.1			1.- La población y los prestadores de servicios de la salud identifican a los hospitales de alta especialidad como instituciones para atender problemas de mayor complejidad en salud. 2.- Los profesionales de la salud completan las plantillas de personal de los hospitales de alta especialidad		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo / Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Número de preconsultas otorgadas en el periodo: CCINSHAE. Informe médico institucional E023 MIR 2016 2017. Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas; Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo: CCNSHAE. Informe médico institucional E023 MIR 2016

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								2017. Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas  Se recomienda agregar en los medios de verificación: 1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador). 2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información
Objetivo			Orden			Supuestos		
Hospitalización de pacientes			1.1.1.2			1.- La población cumple con las actividades médicas comprometidas con la unidad médica.		
Indicador	Definición	Método de Calculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000  Se recomienda incluir el periodo de análisis	Relativo	Tasa	Gestión	Calidad	Trimestral	Total de días estancia en el periodo de reporte: CCINSHAE. Censo hospitalario E023 MIR 2016 2017. Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria); Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte: CCINSHAE. Informe de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y/o Reportes Institucionales / Actas

Detalle de la Matriz								
Ramo:		12 - Salud						
Unidad Responsable:		160 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos						
Denominación del Pp:		E-023 - Atención a la Salud						
Clasificación Funcional:								
Finalidad:		2 - Desarrollo Social						
Función:		3 - Salud						
Subfunción:		2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona						
Actividad Institucional:		18 - Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados						
								<p>de CODECIN / Otros instrumentos para la institución E023 MIR <del>2016</del> 2017. Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)</p> <p>Se recomienda agregar en los medios de verificación:</p> <p>1. Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador).</p> <p>2. Si es el caso, la liga a la página de la que se obtiene la información</p> <p>3. Replantear la meta en función de la línea base establecida. En función de ser descendente.</p>



## Anexo 4 "Indicadores"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Descendente
	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Descendente

## Anexo 4 "Indicadores"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Descendente
<b>Propósito</b>	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
<b>Componente</b>	Eficacia en el otorgamiento de consulta Programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente



## Anexo 4 "Indicadores"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Promedio de días estancia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Descendente
	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente
Actividad	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Ascendente

## Anexo 4 "Indicadores"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**	Descendente

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2017 y las fichas técnicas de los indicadores del Programa.

\*Indicadores de Fin que no dependen del Programa.

\*\* La afirmación de la información de las metas es extraída del documento proporcionado denominado: Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017.



## Anexo 5 "Metas del Programa"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	24.7	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	No	La meta establecida es menor que la línea base.	No	La línea base del indicador se estableció en 31.6 por ciento, la meta en 24.7. El comportamiento de la meta debe ser ascendente.	Replantear la meta en función de la línea base establecida.
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama*	16.2	Si	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	Sí	El indicador es descendente y la meta establecida es menor que la línea base.	Sí	La línea base del indicador se estableció en 16.3, la meta en 16.2. El comportamiento de la meta es descendente.	No aplica.
	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)*	16.1	Si	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del	Sí	El indicador es descendente y la meta establecida es menor que la línea base.	Sí	La línea base del indicador se estableció en 16.7, la meta en 16.1. El comportamiento de la meta es descendente.	No aplica.

## Anexo 5 "Metas del Programa"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino*	10.3	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	Sí	El indicador es descendente y la meta establecida es menor que la línea base.	Sí	La línea base del indicador se estableció en 12.3, la meta en 10.3. El comportamiento de la meta es descendente.	No aplica.
<b>Propósito</b>	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	93.3	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (91.5).	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
<b>Componente</b>	Eficacia en el otorgamiento de consulta Programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta)	96.2	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (95.6).	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	94.1	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (83.1).	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.

## Anexo 5 "Metas del Programa"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	36.8	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	No	La meta establecida es menor que la línea base.	No	La línea base del indicador se estableció en 37.9 por ciento, la meta en 36.8. El comportamiento de la meta debe ser ascendente.	Replantear la meta en función de la línea base establecida.
	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	56.6	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	No	La meta establecida es menor que la línea base.	No	La línea base del indicador se estableció en 60.9 por ciento, la meta en 56.6 El comportamiento de la meta debe ser ascendente.	Replantear la meta en función de la línea base establecida.
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	87.2	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	No	La meta establecida es menor que la línea base.	No	La línea base del indicador se estableció en 87.4 por ciento, la meta en 87.2 El comportamiento de la meta debe ser ascendente.	Replantear la meta en función de la línea base establecida.
	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	100	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	No	La meta establecida es igual que la línea base, (100).	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.

## Anexo 5 "Metas del Programa"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	Promedio de días estancia	6.9	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	Sí	La meta establecida es menor que la línea base, debido a que es descendente (7.0).	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
	Porcentaje de ocupación hospitalaria	81.8	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (74.2)	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	83.7	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (79.5)	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	88.9	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (87.8)	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.

## Anexo 5 "Metas del Programa"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Actividad	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	71.4	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	Sí	La meta establecida es mayor que la línea base (69.7)	Sí	Factible de alcanzar en cuanto a los plazos establecidos; su cumplimiento está en función de la participación de actores involucrados.	No aplica.
	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	7.5	Sí	La unidad de medida es consistente con el nombre y método de cálculo del indicador.	No	La meta establecida es mayor que la línea base.	No	La línea base del indicador se estableció en 7.3, la meta en 7.5 El comportamiento de la meta debe ser descendente.	Replantear la meta en función de la línea base establecida.

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2017; las fichas técnicas de los indicadores del Programa; y la afirmación de las metas es extraída del documento proporcionado denominado: Metas del Anteproyecto del PEF 2017, Programa y calendarización del ejercicio 2017. \* Indicadores de Fin que no dependen del Programa.



## Anexo 6 “Complementariedad y coincidencias entre Programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno”

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención Médica  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 – Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nombre del programa	Modalidad y clave	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población objetivo	Tipo de apoyo	Cobertura geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	¿Se complementa con el programa evaluado?	Justificación
Atención a la Salud en el Trabajo	E003	IMSS	Los Trabajadores asegurados se les otorga las prestaciones que les brinda la seguridad social a fin de disminuir los riesgos en su vida laboral	Trabajadores asegurados	Salud	Nacional	Programa presupuestario E003 Atención a la Salud en el Trabajo Avance en los Indicadores de los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal	No	Si	Sus Componentes son similares o iguales y atienden a una población diferente
Atención a la Salud	E011	IMSS	La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad	Población usuaria	Salud	Nacional	Programa presupuestario E011 Atención a la Salud Avance en los Indicadores de los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal	No	Si	Sus Componentes son similares o iguales y atienden a una población diferente
Atención a la Salud	E044	ISSSTE	En la población derechohabiente disminuye los casos de enfermedades tratables no controladas y la mortalidad asociada a las mismas	Población derechohabiente	Salud	Nacional	Programa presupuestario E044 Atención a la Salud Avance en los Indicadores de los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal	No	Si	Sus Componentes son similares o iguales y atienden a una población diferente

Se identificaron coincidencias y/o complementariedades con el Programa.





## Anexo 7. "Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

### Avance del documento de trabajo

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Área responsable	Fecha compromiso del ASM		Resultados esperados	Productos y/o evidencia	Avance (%) en los tres últimos años								Identificación del documento probatorio	Observaciones
				Ciclo de inicio	Fecha de término			sep-14	mar-15	sep-15	ene-jun-16	sep-16	mar-17	sep-17	mar-18		
1	Revisar, y en su caso mejorar definiciones de poblaciones potencial, objetivo y atendida	Reuniones de consenso con las entidades operadoras del programa para identificar la mejor descripción de la población del programa	CCIN SHAE	2014-2015	31/12/15	Definiciones consensados y método de cálculo de las poblaciones potencial, objetivo y atendida	Documento con definiciones y métodos de cálculo poblacional			100%						Formato para la determinación y cálculo poblacional PPE023 ejercicio 2016	Se determinó como resultado de las reuniones de análisis el continuar hasta el cierre del ejercicio fiscal 2016 con el modelo de registro 2009-2015, además de incorporar el pilotaje para 2016 de un modelo, cuyos resultados serán evaluados a finales de 2016

## Anexo 7. "Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

### Avance del documento de trabajo

**Nombre del Programa:**

**E-023 - Atención a la Salud**

**Modalidad:**

**E – Prestación de Servicios Públicos**

**Dependencia/Entidad:**

**Secretaría de Salud**

**Unidad Responsable:**

**160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

**Tipo de Evaluación:**

**Evaluación de Consistencia y Resultados**

**Año de la Evaluación:**

**2017**

No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Área responsable	Fecha compromiso del ASM		Resultados esperados	Productos y/o evidencia	Avance (%) en los tres últimos años								Identificación del documento probatorio	Observaciones
				Ciclo de inicio	Fecha de término			sep-14	mar-15	sep-15	ene-jun-16	sep-16	mar-17	sep-17	mar-18		
2	Mantener el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora relacionados con las definiciones de población objetivo y atendida	Reunión de análisis con las entidades operadoras del programa para identificar la mejor descripción de las poblaciones del programa	CCIN SHAE	2015-2016	31/12/2016	Definición revisada de definiciones de la población potencia, objetivo y atendida del programa	Emisión de definiciones poblacionales y estimación para el ejercicio fiscal 2016 del PP E023					100%				Correo difusión y actualización de definiciones poblacionales y estimación del ejercicio 2016 PPE023	
3	Revisar y en su caso precisar el medio de verificación del indicador en el nivel de Propósito "Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida"	Establecer el instrumento para medir el avance del indicador aplicar a nivel piloto el nuevo instrumento	CCIN SHAE	2015-2016	31/12/2016	Diseñar una encuesta de percepción de calidad e implementarla entre las entidades que participan en el programa	Emisión de nueva encuesta de percepción de calidad de resultados de su piloteo					100%				Oficio CCINSHAE-DGCINS-1091-2016 del 2 de septiembre de 2016 encuesta de satisfacción	En cada Instituto se ha adecuado la encuesta general de acuerdo al servicio de atención médica

## Anexo 7. "Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

### Avance del documento de trabajo

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Área responsable	Fecha compromiso del ASM		Resultados esperados	Productos y/o evidencia	Avance (%) en los tres últimos años								Identificación del documento probatorio	Observaciones
				Ciclo de inicio	Fecha de término			sep-14	mar-15	sep-15	ene-jun-16	sep-16	mar-17	sep-17	mar-18		
4	Continuar fortalecimiento de los medios de verificación en el respecto a la percepción en la calidad de la atención médica recibida	Revisar en instrumento establecido de evaluación de la percepción de satisfacción del usuario	CCIN SHAE		31/12/2017	Encuesta de percepción de calidad revisada por las entidades que participan en el programa	Encuesta de Percepción aplicada en el ejercicio fiscal 2017									100%	<p>Encuesta de percepción de calidad ejercicio fiscal 2017, (referencia 1).</p> <p>Reporte de indicadores Pp. E023, MIR 2017 (referencia 2)</p> <p>Resultados de la MIR 2017 que evalúan todo el ejercicio fiscal 2017 bajo los instrumentos de percepción de calidad de la atención médica vigentes en cada una de las instituciones que participan en el programa (referencia 3)</p> <p>Además de la celebración de las reuniones de los Directivos de Calidad de CCINSHAE en las cuales se tiene un constante análisis sobre las acciones de calidad, entre las acciones se pueden mencionar las encuestas, si es que se produce algún lineamiento al</p>

tel/fax (55) 5615 8252 correo

Málaga 88 Col  
insad@insad.com

3920 Ciudad de México  
www.insad.com.mx

## Anexo 7. "Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

### Avance del documento de trabajo

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Área responsable	Fecha compromiso del ASM		Resultados esperados	Productos y/o evidencia	Avance (%) en los tres últimos años								Identificación del documento probatorio	Observaciones
				Ciclo de inicio	Fecha de término			sep-14	mar-15	sep-15	ene-jun-16	sep-16	mar-17	sep-17	mar-18		

Fuente: Elaboración propia con base en los "Documento de Trabajo" y el "Documento de Avances al Documento de Trabajo" del Programa.



## Anexo 8. "Resultados de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Documento	No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Resultados esperados	Identificación del documento probatorio	Resultados observados por el equipo evaluador
Avances del Documento de Trabajo 2014-2015	1	Revisar, y en su caso mejorar definiciones de poblaciones potencial, objetivo y atendida	Reuniones de consenso con las entidades operadoras del programa para identificar la mejor descripción de la población del programa	Definiciones consensados y método de cálculo de las poblaciones potencial, objetivo y atendida	Formato para la determinación y cálculo poblacional PPE023 ejercicio 2016	Se determinó como resultado de las reuniones de análisis el continuar hasta el cierre del ejercicio fiscal 2016 con el modelo de registro 2009-2015, además de incorporar el pilotaje para 2016 de un modelo, cuyos resultados serán evaluados a finales de 2016
Avances del Documento de Trabajo 2014-2015	2	Mantener el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora relacionados con las definiciones de población objetivo y atendida	Reunión de análisis con las entidades operadoras del programa para identificar la mejor descripción de las poblaciones del programa	Definición revisada de definiciones de la población potencia, objetivo y atendida del programa	Correo difusión y actualización de definiciones poblacionales y estimación del ejercicio 2016 PPE023	
Avances del Documento de Trabajo 2015-2016	3	Revisar y en su caso precisar el medio de verificación del indicador en el nivel de Propósito "Porcentaje d usuarios satisfechos con la atención recibida"	Establecer el instrumento para medir el avance del indicador aplicar a nivel piloto el nuevo instrumento	Diseñar una encuesta de percepción de calidad e implementarla entre las entidades que participan en el	Oficio CCINSHAE-DGCINS-1091-2016 del 2 de septiembre de 2016 encuesta de satisfacción	En cada Instituto se ha adecuado la encuesta general de acuerdo al servicio de atención médica
Avances del Documento de Trabajo 2016-2017	4	Continuar fortalecimiento de los	Revisar en instrumento establecido de	Encuesta de percepción de calidad	Encuesta de percepción de calidad ejercicio fiscal	Se aplicaron las encuestas de acuerdo a los instrumentos que cada entidad

## Anexo 8. "Resultados de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Documento	No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividades	Resultados esperados	Identificación del documento probatorio	Resultados observados por el equipo evaluador
		medios de verificación en el respecto a la percepción en la calidad de la atención médica recibida	evaluación de la percepción de satisfacción del usuario	revisada por las entidades que participan en el programa	<p>2017, (referencia 1).</p> <p>Reporte de indicadores Pp. E023, MIR 2017 (referencia 2)</p> <p>Resultados de la MIR 2017 que evalúan todo el ejercicio fiscal 2017 bajo los instrumentos de percepción de calidad de la atención médica vigentes en cada una de las instituciones que participan en el programa (referencia 3)</p> <p>Además de la celebración de las reuniones de los Directivos de Calidad de CCINSHAE en las cuales se tiene un constante análisis sobre las acciones de calidad, entre las cuales se pueden situar las encuestas, si es que se produce algún lineamiento al respecto (referencia 4)</p>	<p>adopto para el ejercicio fiscal 2017 los resultados de las mismas fueron considerados en los indicadores es porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos de la MIR 2017 esta acción se concluirá en el mes de diciembre de 2017 como está previsto, ya que además faltan por concluir los reportes del 2do. Semestre del año ya que la productividad es trimestral. En cuanto a las reuniones de los Directivos de Calidad se agrega que las sesiones se han llevado de acuerdo al calendario previsto y se anexan las minutas comprobatorias al periodo enero-julio de 2017</p>

Fuente: Elaboración propia con base en los "Documentos de Trabajo" y el "Documento de Avances al Documento de Trabajo" del Programa.

## Anexo 9 “Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas”

**Nombre del Programa:** Atención a la Salud

**Modalidad:** E023

**Dependencia/Entidad:** SALUD

**Unidad Responsable:** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad

**Tipo de Evaluación:** Consistencia y Resultados

**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Documento	Recomendaciones	Situación	Justificación del Programa
2	Ficha de Monitoreo y Evaluación 2014-2015	Revisar el medio de verificación del indicador en el nivel de Propósito "Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida"	El Programa no presenta posición institución al respecto y deja la recomendación sin atender	"El indicador se eliminó en la MIR 2016"
1	Ficha de Monitoreo y Evaluación 2016-2017	Realizar la implementación de un sistema de registro nominal que apoye a determinar un padrón de beneficiarios o población potencial atendida y no sólo eventos	No atendida	Recomendación no factible de atenderse en el corto plazo, esta acción está asociada a la instrumentación del expediente clínico electrónico y sistemas de gestión hospitalaria automatizados. El padrón nominal está siendo desarrollado por la Dirección General de Información en Salud. Adicionalmente las instituciones que participan en el programa proporcionan atención médica a quién lo requiera sin excluirlos por su

## Anexo 9 “Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas”

**Nombre del Programa:** Atención a la Salud

**Modalidad:** E023

**Dependencia/Entidad:** SALUD

**Unidad Responsable:** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad

**Tipo de Evaluación:** Consistencia y Resultados

**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Documento	Recomendaciones	Situación	Justificación del Programa
				pertenencia a algún padrón o relación de usuarios de servicios de salud”
2	Ficha de Monitoreo y Evaluación 2016-2017	Se recomienda realizar acciones para consolidar a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, con el fin de lograr una mejor distribución de la atención a través de la coordinación que se realiza con la red de servicios	no atendida	“Recomendación ya contemplada dentro de las acciones estratégicas de consolidación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad”
3	Ficha de Monitoreo y Evaluación 2016-2017	“Debido a que la población potencial objetivo y atendida por la capacidad de infraestructura, recursos humanos y financiera, se recomienda evaluar la capacidad instalada o subutilización, con relación a la eficiencia de la cobertura a través de un indicador de la Matriz de Indicadores para Resultados”	No atendida	“Recomendación no atendible, debido a que el programa no evalúa eficiencia en términos de cobertura, sino de atención a la demanda que se presente.”
4	Ficha de Monitoreo y Evaluación 2016-2017	“Valorar la pertinencia del número de indicadores que reporta y que cumpla con la Metodología de Marco Lógico	No atendida	“El programa considera que los objetivos que están plasmados en la Matriz de Indicadores para



## **Anexo 9 “Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas”**

**Nombre del Programa:** Atención a la Salud

**Modalidad:** E023

**Dependencia/Entidad:** SALUD

**Unidad Responsable:** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad

**Tipo de Evaluación:** Consistencia y Resultados

**Año de la Evaluación:** 2017

No.	Documento	Recomendaciones	Situación	Justificación del Programa
		(lógica vertical y horizontal), que sean los suficientes y necesarios para el logro de sus resultados”		Resultados son los suficientes y necesarios y se concentran los resultados más relevantes”

Fuente: Elaboración propia con base en las Fichas de Monitoreo y Evaluación de los años 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017.



## Anexo 10 "Evolución de la Cobertura"

**Nombre del Programa:** Atención a la Salud  
**Modalidad:** E023  
**Dependencia/Entidad:** SALUD  
**Unidad Responsable:** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Tipo de Población	Unidad de Medida	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Población Potencial (PP)</b>	persona	2,770,867	2,947,643	3,028,138	3,160,292	3,291,823	3,178,643	3,062,134	2,496,488	2,680,857
<b>Población Objetivo (PO)</b>	Persona	1,388,224	1,432,865	1,452,463	1,471,610	1,533,049	1,581,857	1,378,371	1,864,781	1,749,887
<b>Población Atendida (PA)</b>	persona	1,360,568	1,405,029	1,415,684	1,431,062	1,510,671	1,533,943	1,336,571	1,841,013	1,644,919
<b>(PA/PO)*100</b>	Porcentaje	98.0	98.1	97.5	97.2	98.5	97.0	97.0	98.7	94.0

Fuente: CCINSHAE base de datos evolución de la cobertura

Nota: 2016 se realizó un cambio en la definición de la Población potencial que derivó en una disminución importante de esa población.



## Anexo 11 “Cobertura por entidad federativa, edad y sexo”

**Nombre del Programa:** Atención a la Salud  
**Modalidad:** E023  
**Dependencia/Entidad:** SALUD  
**Unidad Responsable:** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Clave Estado	Nombre Estado	Total	Mujeres	Hombres	Infantes 0 - 5 años y 11 meses	Niñas y niños 6 - 12 años y 11 meses	Adolescentes 13 - 17 años y 11 meses	Jóvenes 18 - 29 años y 11 meses	Adultos 30 - 64 años y 11 meses	Adultos mayores > 65 años	Indígenas	No indígenas	Personas con discapacidad
7	Chiapas	17,712	9,159	8,553		8316*		2114**	5,216	2,021			
9	Distrito Federal	1,409,113	793,335	615,778		291,181		323,757	596,998	197,177			
11	Guanajuato	33,864	18,353	15,511		10,519		4,451	13,864	5,030			
15	México	116,279	57,095	59,184		77,409		22,241	11,381	5,248			
20	Oaxaca	4,891	2,796	2,095		11		796	2,848	1,235			
28	Tamaulipas	9,966	6,481	3,485		1,355		1,263	5,102	2,246			
31	Yucatán	53,094	31,099	21,995		905		5,378	26,399	20,412			

Fuente: Población atendida por entidad federativa, Edad y Sexo, 2017 (CCINSHAE-conc-POB-edad-sexo, 2017).



## Anexo 12 “Diagrama de flujo de los Procesos Clave”.

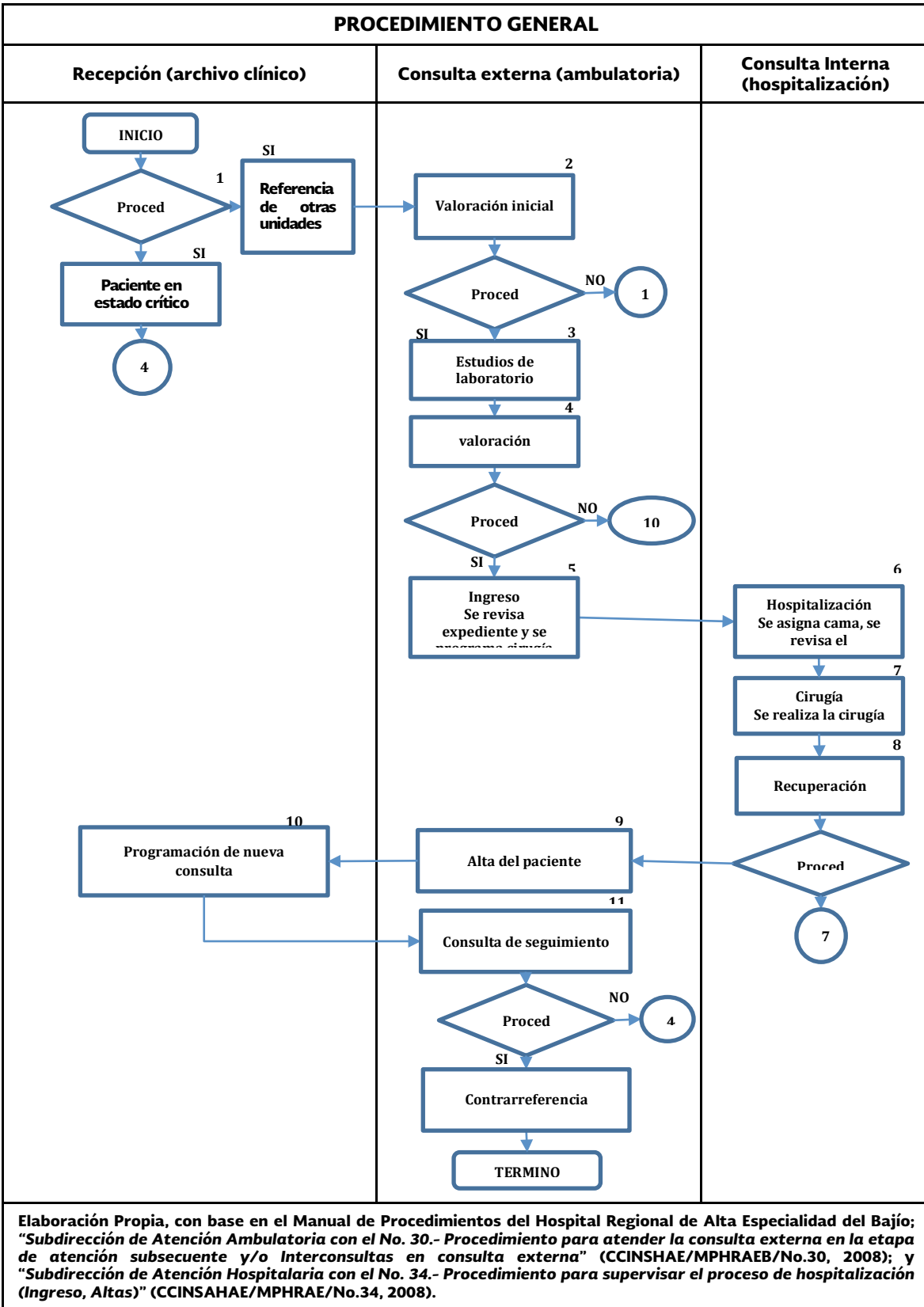
**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E – Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017



Fuente: Elaboración Propia, con base en el Manual de Procedimientos del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; “Subdirección de Atención Ambulatoria con el No. 30.- Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa” (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008); y “Subdirección de Atención Hospitalaria con el No. 34.- Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)” (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008).

## PROCEDIMIENTO GENERAL

Descripción de actividades		
No.	Responsable	Actividad
1	Recepción (archivo clínico)	Se reciben las referencias que emiten las unidades médicas Se recibe al paciente por urgencias con algún padecimiento en estado crítico, se dirige al paso 4
2	Consulta externa (ambulatoria)	Consulta (inicial) Es procedente: 1.- "Si" se dirige al paso No. 3 2.- "No" se regresa al paso No. 1
3	Consulta externa (ambulatoria)	Estudios de laboratorio Se realizan las pruebas de gabinete y se dirige al paso 4
4	Consulta externa (ambulatoria)	Valoración 1. "Si" se evalúa y se dirige al paso 5 2. "No" se evalúa dando tratamiento y se dirige al paso 10
5	Consulta externa (ambulatoria)	Ingreso del paciente Revisando el expediente y dirige al paso 6
6	Consulta Interna (hospitalización)	Hospitalización Se asigna cama, se revisa el expediente, se programa y se dirige al paso 7
7	Consulta Interna (hospitalización)	Cirugía Se realiza Cirugía y se dirige al paso 8
8	Consulta Interna (hospitalización)	Recuperación 1 "Si" hay mejoría se procede al paso 9 2 "No" no hay mejoría se valora y se dirige a paso 7
9	Consulta externa (ambulatoria)	Alta del paciente Se envía al paso 10
10	Recepción (archivo clínico)	Programa una consulta Se envía al paso 11
11	Consulta externa (ambulatoria)	Consulta de seguimiento Se da seguimiento al estado de salud del paciente. 1."Si" Se determina la mejoría y se contrarreferencia 2. "No" Se valora al paciente y de no haber mejoría, se dirige al paso 4
Elaboración Propia, con base en el Manual de Procedimientos del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; "Subdirección de Atención Ambulatoria con el No. 30.- Procedimiento para atender la consulta externa en la etapa de atención subsecuente y/o Interconsultas en consulta externa" (CCINSHAE/MPHRAEB/No.30, 2008); y "Subdirección de Atención Hospitalaria con el No. 34.- Procedimiento para supervisar el proceso de hospitalización (Ingreso, Altas)" (CCINSAHAE/MPHRAE/No.34, 2008).		



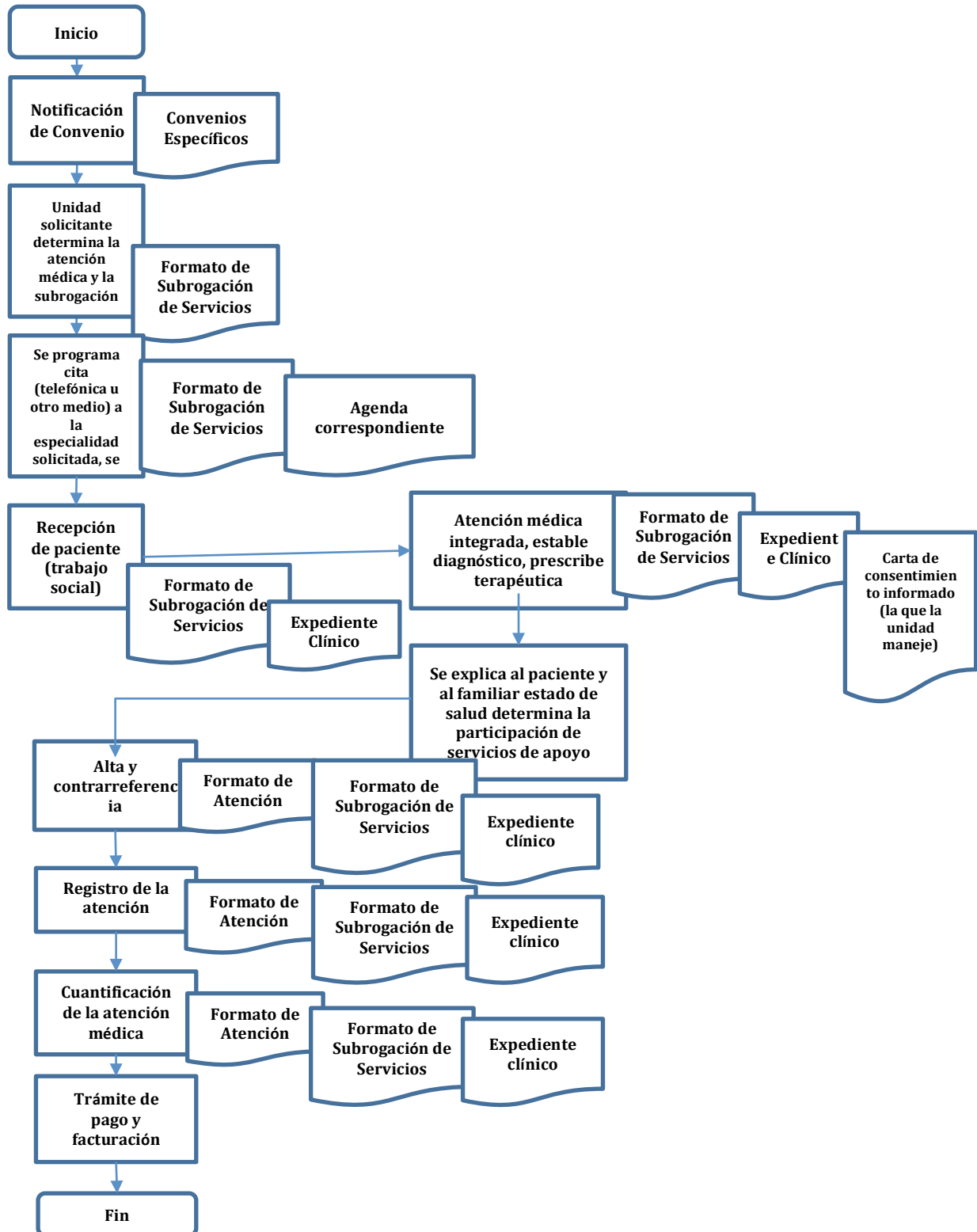
<b>Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución)</b>						
<b>Consulta Externa</b>						
<b>No</b>	<b>Tipo de procedimiento</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Área</b>	<b>Área Actividad(es)</b>	<b>Documentación requerida</b>	<b>Responsable(es)</b>
<b>1</b>	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la(s) Unidad(es) la formalización del Convenio	Convenio Específico	JSM y Director de la Unidad
<b>2</b>	Administrativo	Solicitud del servicio de atención subrogado	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente Determina la necesidad de referir al paciente a otra unidad médica Requisita el formato de subrogación (derivación/contraderivación) de pacientes Solicita la autorización del Director facultado para ello	Formato de solicitud de subrogación (derivación /contraderivación) de servicios.	Directivo de la Unidad Médica solicitante Médico tratante de la Unidad Médica
<b>3</b>	Administrativo	Programación de la atención	Unidad Médica Solicitante y proveedora	Contacta vía telefónica o por el medio acordado solicitando la cita en la Consulta Externa de la Especialidad, para el paciente Registra fecha y hora de la cita otorgada, en el formato de solicitud de subrogación de servicios. Requisita en la agenda de citas de pacientes subrogados la especialidad	Formato de solicitud de subrogación (derivación /contraderivación) de servicios. Agenda de citas de la Unidad proveedora.	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la Unidad solicitante y proveedora.
<b>4</b>	Administrativo	Recepción de paciente	Consulta externa	El paciente derivado acude a la unidad (SSA, ISSSTE o IMSS) y entrega solicitud de subrogación en la recepción Elabora o solicita la realización del expediente clínico	Formato de solicitud de subrogación (derivación /contraderivación) de servicios. Agenda de citas de pacientes subrogados. Expediente clínico	Recepcionista Trabajo Social Asistente Médica o Personal Administrativo de la Unidad prestadora del servicio
<b>5</b>	Operativo	Atención médica	Consulta externa	Proporciona la atención médica; Interroga, explora y establece diagnóstico y plan terapéutico y determina la necesidad de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Confirma o rectifica el diagnóstico descrito en la solicitud de subrogación. Requisita la Carta de Consentimiento Informado	Formato de Subrogación (derivación /contraderivación) de pacientes Expediente clínico Carta de consentimiento informado	Médico tratante asignado de la Unidad prestadora del servicio.
<b>6</b>	Operativo	Atención médica	Consulta externa	Explica al paciente o familiar su estado de salud. Registra la atención médica y la utilización de servicios de auxiliares de diagnóstico y	Expediente clínico	Médico tratante asignado de la Unidad prestadora del servicio

<b>Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución)</b>						
<b>Consulta Externa</b>						
<b>No</b>	<b>Tipo de procedimiento</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Área</b>	<b>Área Actividad(es)</b>	<b>Documentación requerida</b>	<b>Responsable(es)</b>
				tratamiento.		
<b>7</b>	Operativo	Atención médica	Consulta externa	Requisita en el formato de solicitud de subrogación de servicios (Derivación y contraderivación) el resumen de la atención otorgada (contraderivación) Obtiene la firma de conformidad de la atención otorgada en el momento del alta.	Formato de atención médica Formato de solicitud de subrogación (derivación /contraderivación) de Servicios Expediente clínico.	Médico tratante asignado de la Unidad prestadora del servicio. Trabajadora Social
<b>8</b>	Administrativo	Atención médica	Subdirección médica	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, Lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación de la atención recibida. Se agrega una copia al expediente clínico	Expediente clínico Formato de atención Médica.	Subdirector médico.
<b>9</b>	Administrativo - contable	Elaboración del recibo de pago	Subdirección administrativa	Cuantificación de la atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el tabulador de precios del convenio de intercambio de servicios Emite el recibo de pago (con original y dos copias: Expediente clínico y Unidad que solicita el servicio.	Formato de Atención Médica Formato de Recibo de pago	Subdirector administrativo
<b>10</b>	Administrativo - contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna a la Comisión local	Expediente clínico, Queja escrita	Directores médicos de las Unidades
<b>11</b>	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Formato de solicitud de subrogación de servicios	Responsable de caja de la Unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
<b>12</b>	Administrativo	Trámite de pago	Área administrativa de la Unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Formato de solicitud de subrogación de servicios Facturas	Administrador de la Unidad solicitante
<b>13</b>	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y válida el pago. Confirma el o los depósitos bancarios por los servicios	Formato de solicitud de subrogación de servicios.	Delegaciones Hospitalares



Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución)						
Consulta Externa						
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Área Actividad(es)	Documentación requerida	Responsable(es)
				prestados.	Informe mensual de intercambio de servicios subrogados Facturas y cheques.	Regionales de Alta Especialidad Hospitales Regionales del ISSSTE Prestadoras del servicio
Fuente: Secretaría de Salud, (2013), Manual de lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, 2013-2018, México.Pág.206						

## Diagrama de Flujo Procedimiento de consulta externa



Fuente: Secretaría de Salud, (2013), Manual de lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, 2013-2018, México. Pág.207

<b>Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución)</b> <b>Servicio de Hospitalización</b>						
<b>No</b>	<b>Tipo de procedimiento</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Área</b>	<b>Área Actividad(es)</b>	<b>Documentación requerida</b>	<b>Responsable(es)</b>
<b>1</b>	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la(s) unidad(es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	JSM y Director de la Unidad
<b>2</b>	Operativo	Atención Médica y enlace de Hospitalización	Urgencias Subdirección Médica de la Unidad Médica solicitante	Médico valora al paciente y determina la Necesidad de Hospitalizarlo Requisita el formato de subrogación (derivación/contraderivación) y formato de consentimiento informado Elabora orden de hospitalización y los envía por medio de Trabajo Social a la Subdirección Médica de la Unidad Médica Solicitante para el trámite administrativo de hospitalización en la Unidad Médica Proveedora.	Formato de solicitud de subrogación (derivación/contraderivación) de servicios, Formato de consentimiento informado Orden de Hospitalización autorizada.	Subdirector Médico Médico Tratante del Servicio de Urgencias Trabajo Social de la unidad médica solicitante
<b>3</b>	Medico - Administrativo	Enlace de Hospitalización	Subdirección Médica de la Unidad Médica solicitante	Subdirector Médico recibe, valora y en su caso autoriza la orden de hospitalización Trabajo Social lleva acabo el enlace telefónico con la Subdirección Médica de la Unidad Médica Proveedora Se asigna fecha, hora, número de folio y cama para el ingreso	Formato de solicitud de subrogación (derivación/contraderivación) de servicios Formato de consentimiento Informado Orden de Hospitalización autorizada	Subdirectores Médicos de las Unidades Médicas Solicitante y Proveedora, Trabajo Social de ambas Unidades Médicas.
<b>4</b>	Administrativo	Envío a Hospitalización	Unidad Médica Solicitante	Trabajo Social O Asistente Médico se informa a través del formato de solicitud de subrogación (derivación /contraderivación), la forma en que deberá ser trasladado el paciente y realiza el trámite que corresponda (ambulatorio o en ambulancia)	Formato de solicitud de subrogación (derivación/contraderivación) de servicios Formato de consentimiento informado Orden de Hospitalización Formato de traslado de pacientes	Trabajo Social Asistente Médico o Personal Administrativo de la Unidad Médica solicitante Médico de traslado de pacientes
<b>5</b>	Administrativo -	Recepción de paciente	Admisión Hospitalaria	El paciente derivado (ambulatorio ó en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora y presenta	Formato de solicitud de Subrogación (derivación/contraderivación)	Asistente Médico o Personal Administrativo

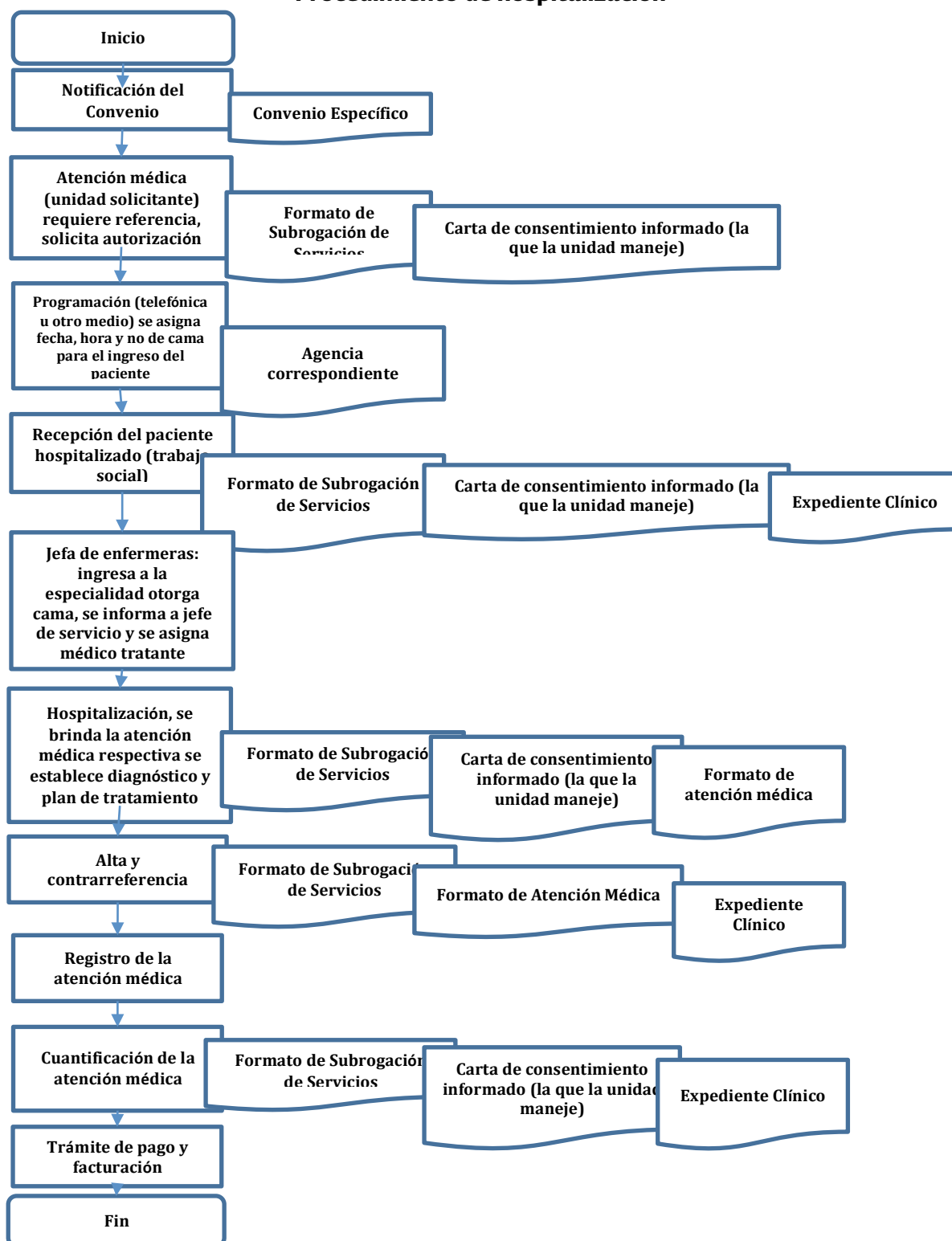
Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución) Servicio de Hospitalización						
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Área Actividad(es)	Documentación requerida	Responsable(es)
				solicitud de subrogación, consentimiento informado y orden de hospitalización con folio y cama asignada y lo entrega a recepción La asistente médica o administrativa recibe y revisa los documentos y requisita el formato de atención médica solicitando la elaboración del expediente clínico. Trabajo Social realiza el trámite para el ingreso del paciente a la cama asignada.	de servicios Formato de consentimiento informado Orden de hospitalización Formato de atención médica Expediente clínico.	Trabajo Social de la Unidad Médica proveedora
6	Operativo	Hospitalización	Unidad Médica Hospitalaria proveedora	Trabajo Social entrega a la Jefatura de Enfermería los documentos para el ingreso del paciente y esta a su vez cumple con las indicaciones médicas para la hospitalización del mismo.	Formato de Subrogación (derivación/contraderivación) Carta de consentimiento informado Orden de hospitalización Formato de atención médica Expediente clínico Hoja de enfermería Nota de ingreso de pacientes	Trabajo Social Jefa de enfermeras
7	Médico-operativo	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	La jefa de enfermeras registra el ingreso del paciente en la cama asignada de la especialidad correspondiente. Informa al jefe de servicio, el cual revisa el caso y asigna un médico adscrito para su atención médica.	Formato de Subrogación (derivación/contra derivación) Carta de consentimiento informado Orden de hospitalización Formato de atención médica Expediente clínico Hoja de enfermería Nota de ingreso de pacientes.	Jefa de enfermeras Jefe de servicio de la Especialidad Médico adscrito
8	Médico	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	El médico adscrito revisa el caso, determina el plan de tratamiento y procede a otorgar la atención respectiva. Registra en el expediente clínico los procedimientos médicos, quirúrgicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se le hayan practicado al paciente	Formato de Subrogación (derivación/contraderivación) Carta de consentimiento informado Orden de hospitalización Formato de atención médica Expediente clínico Hoja de enfermería Nota de ingreso de pacientes.	Médico adscrito de la Unidad proveedora Subdirector médico de ambas Unidades Médicas

Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución) Servicio de Hospitalización						
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Área Actividad(es)	Documentación requerida	Responsable(es)
				En el momento del alta deberá requisitar la contraderivación anotando claramente las indicaciones médicas a seguir En caso de complicación se procede a la atención de la misma y una vez estabilizado el paciente, se procede a notificar a las autoridades de las Unidades Médicas solicitante y proveedora.		
9	Administrativo	Atención médica	Subdirección Médica	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida Lo envía a la subdirección administrativa o su equivalente para la cuantificación del episodio hospitalario Se agrega una copia al expediente clínico	Expediente clínico	Subdirector médico
10	Administrativo - contable	Elaboración del recibo de pago	Subdirección Administrativa	Cuantificación de la atención médica de acuerdo a la tarifa estipulada en el tabulador de precios del convenio de intercambio de servicios	Formato de Atención Médica	Subdirector administrativo
11	Administrativo - contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna a la Comisión local	Expediente clínico Queja escrita	Directores médicos de las Unidades involucradas
12	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Formato de solicitud de subrogación de servicios	Responsable de caja de la Unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
13	Administrativo	Trámite de pago	Área administrativa de la Unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Formato de solicitud de subrogación de servicios Facturas	Administrador de la Unidad solicitante
14	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos	Formato de solicitud de subrogación de servicios	Delegaciones Hospitalares

Procedimiento de atención médica del paciente (compra/venta para cualquier Institución) Servicio de Hospitalización						
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Área Actividad(es)	Documentación requerida	Responsable(es)
				bancarios por los servicios prestados.	Informe mensual de intercambio de servicios subrogados Facturas y cheques	Regionales de Alta Especialidad Hospitales Regionales del ISSSTE Prestadoras del servicio.
Fuente: Secretaría de Salud, (2013), Manual de lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, 2013-2018, México.Pág.204						

## Diagrama de Flujo

### Procedimiento de hospitalización



Fuente: Secretaría de Salud, (2013), Manual de lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, 2013-2018, México. Pág.205.



## Anexo 13. “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Capítulos de gasto	Concepto		Total (mdp)	Categoría
<b>1000: Servicios personales</b>	1100	Remuneraciones al personal de carácter permanente	\$4,698.91	Gastos en Operación Directos
	1200	Remuneraciones al personal de carácter transitorio	\$60.35	Gastos en Operación Directos
	1300	Remuneraciones adicionales y especiales	\$3,714.71	Gastos en Operación Directos
	1400	Seguridad social	\$1,227.60	Gastos en Operación Directos
	1500	Otras prestaciones sociales y económicas	\$3,566.57	Gastos en Operación Directos
	1700	Pago de estímulos a servidores públicos	\$517.75	Gastos en Operación Directos
	<b>Subtotal de Capítulo 1000</b>		<b>\$13,785.88</b>	
<b>2000: Materiales y suministros</b>	2100	Materiales de administración, emisión de documentos y artículos oficiales	\$22.11	Gastos en Operación Directos
	2200	Alimentos y utensilios	\$68.73	Gastos en Operación Directos
	2300	Materias primas y materiales de producción y comercialización	\$2.72	Gastos en Operación Directos
	2400	Materiales y artículos de construcción y de reparación	\$4.18	Gastos en Operación Directos
	2500	Productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio	\$3,163.76	Gastos en Operación Directos
	2600	Combustibles, lubricantes y aditivos	\$12.99	Gastos en Operación Directos
	2700	Vestuario, blancos, prendas de protección y artículos deportivos	\$108.64	Gastos en Operación Directos



## Anexo 13. “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Capítulos de gasto	Concepto		Total (mdp)	Categoría
	2900	Herramientas, refacciones y accesorios menores	\$18.91	Gastos en Operación Directos
	Subtotal de Capítulo 2000		\$3,402.04	
3000: Servicios generales	3100	Servicios básicos	\$101.04	Gastos en Operación Indirectos
	3200	Servicios de arrendamiento	\$84.86	Gastos en Operación Indirectos
	3300	Servicios profesionales, científicos, técnicos y otros servicios	\$2,554.48	Gastos en Operación Indirectos
	3400	Servicios financieros, bancarios y comerciales	\$6.78	Gastos en Operación Indirectos
	3500	Servicios de instalación, reparación, mantenimiento y conservación	\$442.28	Gastos en Mantenimiento
	3700	Servicios de traslado y viáticos	\$0.51	Gastos en Operación Indirectos
	3800	Servicios oficiales	\$0.15	Gastos en Operación Indirectos
	3900	Otros servicios generales	\$401.85	Gastos en Operación Indirectos
	Subtotal de Capítulo 3000		\$3,591.94	
5000: Bienes muebles, inmuebles e intangibles	5100	Mobiliario y equipo de administración	\$0.59	Gastos en Capital
	5300	Equipo e instrumental medico y de laboratorio	\$48.55	Gastos en Capital
	5600	Maquinaria, otros equipos y herramientas	\$1.13	Gastos en Capital
	Subtotal de Capítulo 5000		\$50.27	
Fuente: Cuenta Pública (2017). SHCP				
Categoría	Cuantificación (mdp)	Metodología y criterios para clasificar cada categoría de gasto		
Gastos en Operación Directos	\$17,187.91	Gastos relacionados con la prestación directa de los servicios del programa (salarios de personal médico, alimentos de pacientes, medicamentos e insumos médicos y vestuario, entre otros)		

### Anexo 13. “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Capítulos de gasto	Concepto	Total (mdp)	Categoría
<b>Gastos en Operación Indirectos</b>	\$3,149.67	Gastos no vinculados directamente con la prestación de servicios médicos (energía eléctrica, asesoría jurídica, servicios informáticos y seguros, entre otros )	
<b>Gastos en Mantenimiento</b>	\$442.28	Gastos para mantener los equipos e instalaciones funcionando	
<b>Gastos en Capital</b>	\$50.27	Gastos relacionados con la adquisición de equipo, instrumental médico y de laboratorio (reposición e incorporación)	

Fuente: Anexo extraído del MOCyR, E023



## Anexo 14 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Frecuencia de la Medición	Meta 2017	Valor Alcanzado 2017	Avance (%)	Justificación
Fin	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	108.10	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama	Anual	Anual	Tasa	18.7	El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer de mama en forma oportuna
	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)	Anual	Anual	Tasa	Sin Información	El indicador capta la demanda de atención médica hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención médica primaria
	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino	Anual	Anual	Tasa	11.4	El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer cervicouterino en forma oportuna
Propósito	Porcentaje de egresos	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	99.57	Este indicador permite evaluar los resultados de la

## Anexo 14 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**  
**Unidad Responsable:** Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Frecuencia de la Medición	Meta 2017	Valor Alcanzado 2017	Avance (%)	Justificación
	hospitalarios por mejoría y curación					efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas
Componente 1	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuentes, preconsulta)	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	100.21	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad
	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	100.85	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida
	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	100.94	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad
	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	101.60	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	101.84	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa
Componente 2	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Anual	Anual	Porcentaje	87.80	Evalúa la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación
	Promedio de días estancia	Trimestral	Trimestral	Promedio	95.77	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los

## Anexo 14 "Avance de los Indicadores respecto de sus metas"

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Frecuencia de la Medición	Meta 2017	Valor Alcanzado 2017	Avance (%)	Justificación
						pacientes hospitalizados El avance debe ser 95.77 por ciento (no 104.41 que aparece en el reporte de CP), en función de que es un indicador descendente.
	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	95.77	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias
	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	100.48	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana
	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	102.59	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa
Actividad	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Trimestral	Trimestral	Porcentaje	97.27	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención
	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Trimestral	Trimestral	Tasa	104.1	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia El avance debe ser 104.1 por ciento (no 96.05 que aparece en el reporte de CP), en función de que es un indicador descendente.

Fuente: MIR 2017 y Cuenta Pública 2017. Tasa de defunción por cáncer cervicouterino y de mama: Sexto informe de labores de la Secretaría de Salud, 2017-2018.



## Anexo 15 “Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población Atendida”

**Nombre del Programa:** E-023 - Atención a la Salud  
**Modalidad:** E - Prestación de Servicios Públicos  
**Dependencia/Entidad:** Secretaría de Salud  
**Unidad Responsable:** 610 - Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
**Tipo de Evaluación:** Evaluación de Consistencia y Resultados  
**Año de la Evaluación:** 2017

Metodología	Documentos y Formatos	Características de beneficiarios	Reportes e indicadores
<b>INDICAS</b>			
Periodicidad: Cuatrimestral  Cada responsable de unidad médica estima tamaño de muestra y hace un levantamiento de las encuestas, con base en el Formato de Trato Digno, que forma parte de un conjunto amplio de formatos y con base en los cuales se obtiene la información que posteriormente se inserta en el Sistema Web de la Secretaría de Salud.	Manual del usuario (Manual del usuario.pdf)  Díptico INDICAS (diptico_indicas.pdf)  Formato de Trato Digno (TD)  Cuadernillo de encuestas para hospitales de segundo nivel, que contiene tabla muestral y 25 formatos (CUADERNILLO DE ENCUESTAS PARA HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL.pdf).  Cuadernillo de encuestas para consulta externa, que contiene Tabla muestral y 18 formatos (CUADERNILLO DE ENCUESTAS	Pacientes hipertensos, prenatal, enfermedad diarreica, infección respiratoria y diabetes;  Pacientes en hospitalización y atención ambulatoria	<b>Estratégicos:</b> a) Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos; b) Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos  <b>Indicadores de calidad:</b> Trato digno en consulta externa; Trato digno en admisión y hospitalización; Tiempo de espera en consulta externa; Tiempo de espera en admisión continua; Diferimiento quirúrgico; Infecciones nosocomiales; Paquetes preventivos.  <b>Informe Anual de Autoevaluación/Calidad de la</b>

	CONSULTA EXTERNA.pdf)  Estándares para construir los Indicadores de calidad ( Calidad de AMed HRAEPY.pdf)		<b>atención médica INDICAS:</b> Porcentaje de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa: a) TD Relación médico-paciente; b) Satisfacción por la información proporcionada por el médico; c) Satisfacción por el trato recibido (percepción de todo el hospital) Porcentaje de satisfacción de los pacientes que acuden a admisión continua.  Semaforización.
<b>Aval Ciudadano (AC)</b>			
Periodicidad: Cuatrimestral  Monitoreo Ciudadano (actividades): 1. Levantamiento de Encuestas de TD 2. Aplicación de la Guía de Cotejo (GC/VI) 3. Captación de las sugerencias de los(as) usuarios(as) en el apartado correspondiente de la GC para el Monitoreo Ciudadano 4. Verificación del estado de la Sala de Espera, Sanitarios, Consultorios 5. Entrega de Sugerencias de Mejora de la calidad de los servicios al Responsable de la Unidad Médica 6. Firma de la Carta Compromiso con el Responsable de la Unidad Médica 7. Seguimiento a la Carta Compromiso firmada el cuatrimestre anterior 8. Difusión de los resultados obtenidos en el Monitoreo Ciudadano	Guía Rápida para el Monitoreo Ciudadano (dmp-ac_03R.pdf)  Díptico "Funciones del Aval Ciudadano" (dmp-ac_03A.pdf)  Encuesta de trato digno a los usuarios (F1-TD/02)  Formato F2-TD/02  Formato de Supervisión de Aval Ciudadano en Unidades Médicas (dmp-ac_03K.pdf)  Guía operativa de Aval Ciudadano (Aval ciudadano.pdf)  Guía de Cotejo y Verificación de Instalaciones (GC/VI) (dmp-ac_03F.pdf)  Formato F2-TD/02	Pacientes en consulta externa y afuera de Urgencias	Elabora Índice de integridad, comodidad y limpieza      Sugerencias de mejora.  Carta Compromiso a 10 días de entregadas sugerencias de mejora, con plazos de cumplimiento.  Formato de Informe de Seguimiento de Aval Ciudadano  Se recaban las GC/VI y se hace informe por entidad federativa.

Fuente: elaboración propia con base en las evidencias documentales proporcionadas.

## **Anexo 16 “Comparación con los resultados de la Evaluación de Consistencia y Resultados anterior”**

El programa no cuenta con evaluaciones previas de consistencia y resultados con las que se pueda hacer la comparación solicitada.

Para valorar avances en el diseño y gestión del Programa, se compararon los principales resultados de la ECyR 2017 con los de la Evaluación de Diseño del año 2010 (ED 2010) (CONEVAL-INSAD, 2010).

Los apartados de la evaluación que pudieran ser comparables son: diseño, población potencial y objetivo, evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados y, las posibles coincidencias, complementariedades o similitudes con otros programas federales.

En cuanto al diseño, en la ED 2010 se identificó que no se contaba con un diagnóstico específico que diera sustento a la razón de ser del Programa, con base en la información disponible de las unidades ejecutoras; en la ECyR 2017 se identifica como área de oportunidad la integración de un diagnóstico específico de acuerdo con los lineamientos establecidos por CONEVAL, en el que se incluyan los instrumentos de planeación como el árbol del problema, árbol de objetivos, resumen narrativo de la MIR, definiciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida, entre otros elementos. En resumen, se observa que en ambas evaluaciones, se identifica la carencia de un diagnóstico, por lo que se considera un área de mejora de relevancia para el fortalecimiento del diseño.

La valoración de la poblaciones potencial y objetivo reflejó que el Programa mejoró en cuanto a la definición de sus poblaciones. En la ED 2010, se recomendó delimitar subpoblaciones con base en una construcción metodológica que incluya su definición, medición y caracterización, de acuerdo con el objeto específico de atención de las unidades; de acuerdo con el seguimiento de ASM se verificó que se atendieron estas recomendaciones. La ECyR 2017 identificó como área de oportunidad, precisar la metodología y las fuentes de información empleadas para su cuantificación y definir un periodo de actualización. Otro elemento que se recomienda es elaborar una estrategia de cobertura para la PP y PA, que considere el mediano y largo plazos, así como, incluir esta información en un apartado del diagnóstico específico del Programa.



Con relación a la evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados en la ED 2010 se identificaron algunas áreas de oportunidad como: validación de la lógica vertical de la MI, como resultado de lograr suficiencia de las actividades del Resumen Narrativo, para reproducir los Componentes; lograr la validación completa de la lógica horizontal de la MI, como resultado atender las limitaciones identificadas en la suficiencia de indicadores estratégicos y de gestión y, fundamentalmente, de los problemas derivados de la lógica vertical y la validez de los supuestos. Estos temas fueron atendidos y se reflejan en las características de la MIR 2017, donde se identifican fichas de los indicadores de fin que no dependen del Programa. Se observan avances significativos en cuanto a la validación de la lógica vertical y Horizontal de la MIR 2017.

Con relación a las posibles coincidencias, complementariedades o similitudes con otros programas federales, en la ED 2010, con la evidencia proporcionada, no se identificó algún programa con el que pudiera existir similitud o complementariedad. En la ECyR 2017, se entregaron como evidencia los informes de tres Pp; con los que fue posible establecer una relación de complementariedad.