

EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO S-200: FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

CUARTO INFORME

INSTITUCIÓN EVALUADORA:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

COORDINADORA DE LA EVALUACIÓN:

HORTENSIA REYES MORALES

EQUIPO EVALUADOR:

MA. DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR

LUCERO CAHUANA HURTADO

RICARDO PÉREZ CUEVAS

JUAN PABLO GUTIÉRREZ REYES

RESUMEN EJECUTIVO

La Evaluación de Consistencia y Resultados 2017 al Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) fue realizada como respuesta al Programa Anual de Evaluación 2017 coordinado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), para analizar la capacidad institucional, organizacional y de gestión del Programa en el ejercicio presupuestal correspondiente, en seis temas: diseño, planeación estratégica, operación, cobertura y focalización, percepción de beneficiarios y resultados. Los resultados de este análisis tienen como propósito apoyar las decisiones para la mejora del Programa.

Diseño del programa. El FAM responde a la necesidad de la población sin acceso a la atención médica que habita en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica, lo que tiene como consecuencia altas tasas de morbilidad y mortalidad, disminución de la esperanza de vida y alto gasto de bolsillo con un efecto final de persistencia y aumento de la pobreza. Con base en evidencia conceptual y empírica internacional tanto del problema de salud al que responde el Programa como el modelo de atención que lo conforma, el FAM sustenta su Objetivo General: “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud”. Dicho objetivo que representa el Propósito del programa, está vinculado tanto con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en la Meta Nacional de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales (la salud está incluida como derecho social) de todos los mexicanos a través de asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud, lo que también establece su vinculación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las meta de la Agenda de Desarrollo Post 2015.

Para el ejercicio 2017, el FAM define su población potencial como el número de personas que carecen de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes. La Población Objetivo comprende a las personas de las Localidades Subsede y de la Localidad de Área de Influencia (LAI) de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico. La población potencial estimada para 2017 es de 2,719,030 personas y una población objetivo estimada de 1,461,143 personas, si bien no existe una metodología de cuantificación de las poblaciones para el año 2017 documentada en fuentes oficiales. El Programa no cuenta con un padrón de beneficiarios y por consiguiente, no se dispone de información socioeconómica de su población atendida.

Los elementos del resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) se identifican en varios de los apartados en las Reglas de Operación del Programa (ROP) 2017; algunos de los indicadores de diferentes niveles presentan problemas en la Lógica Vertical o en su conceptualización. Las fichas técnicas de sus indicadores especifican las

características completas y las metas del total de los indicadores cuentan con unidad de medida; las metas de seis de los 9 indicadores están orientadas a impulsar el desempeño. Se identificaron 24 Programas o Acciones principalmente del Sector Salud complementarios al FAM; así mismo, no se encontraron Programas o Acciones con duplicidades con base en los criterios establecidos.

Planeación y orientación a resultados. El Programa no tiene un Plan Estratégico para el año 2017 ni anterior. Se cuenta con el Programa Anual de Trabajo 2017 (PAT) institucionalizado en un documento oficial, en el que para cada actividad es posible identificar a los responsables de la misma, su unidad de medida y su meta; se recomienda para ejercicios siguientes estructurar el PAT en una secuencia lógica para mayor claridad. Desde su inicio, el Programa, con sus diferentes denominaciones, ha estado sujeto a evaluaciones externas cuyas recomendaciones han sido consideradas para realizar ajustes de mejora. Para el total de los Aspectos Susceptibles de Mejora de los últimos tres años se han implementado las acciones para atenderlos y han sido solventados, con evidencia de haber alcanzado los resultados esperados. En general, todas las recomendaciones de las evaluaciones externas de estos tres años han sido atendidas por el programa. La madurez actual del FAM justifica la realización de evaluaciones que permitan estimar su efecto; una alternativa factible sería contrastar las condiciones de salud de la población estudiada en evaluaciones previas con las condiciones actuales. Adicionalmente, evaluaciones económicas son también recomendables para fortalecer la planeación del presupuesto y mejorar la eficiencia en las estrategias del Programa.

Anualmente, el FAM contribuye al Informe de Labores de la Secretaría de Salud, que a su vez responde al cumplimiento de las Estrategias del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. El FAM no otorga subsidios directos a la población objetivo que son sus beneficiarios (ROP2017) por lo que no aplican montos de apoyo, si bien se realizan transferencias a las entidades federativas como subsidios para la operación del Programa a nivel local.

Debido a la carencia de un padrón de beneficiarios, no existe información respecto a las características de la población atendida que permita identificarlas. En el ejercicio fiscal 2017, el FAM contó con información sistematizada y sometida a un mecanismo de validación para monitorear su desempeño con periodicidad trimestral. Como áreas de oportunidad se identifican la necesidad de: 1) Elaborar el padrón de beneficiarios, estrategias de monitoreo o evaluaciones de procesos o resultados para tener datos confiables que permitan la medición de la población que recibe las acciones del Programa; 2) Ajustar los denominadores de sus indicadores de Propósito y Componentes para expresar mejor la población objetivo; 3) Documentar la metodología para validación de la información.

Cobertura y focalización. La estrategia de cobertura es congruente con el diseño y el diagnóstico y aunque no está establecida en documentos oficiales, se ha sistematizado en bases de datos de trabajo a nivel de la DGPLADES mediante la planeación de las rutas

de las Unidades Médicas Móviles con base en información poblacional, para identificar las localidades en las que habita la población Objetivo. Sin embargo, las deficiencias en la definición, cuantificación y metodología de focalización, así como la carencia de padrón de beneficiarios afectan la medición de la cobertura y limitan la interpretación de los datos.

Operación. Los procesos generales y específicos del Programa para los componentes de promoción y prevención, atención médica y adicionalmente el proceso de referencia y contra-referencia están bien establecidos en las ROP 2017 y organizados para garantizar la adecuada operación de los servicios mediante manuales de procedimientos, mecanismos de supervisión y asesoría e indicadores para la medición periódica de su desempeño y resultados. El Programa no cuenta con datos sistematizados acerca de las solicitudes de servicios de manera directa y se carece de información individualizada respecto a las características socioeconómicas de los solicitantes de servicios; se tienen establecidos los procedimientos para recibir la atención, que se difunden a la población objetivo, aunque se carece de mecanismos documentados para capturar y verificar la información de los procesos de recepción, registro y trámite de solicitudes de atención. Los procedimientos de selección de beneficiarios y su validación se encuentran especificados en los documentos de planeación anual de rutas; asimismo, los procedimientos para el otorgamiento de los servicios que ofrece el FAM y su verificación, así como y su ejecución y seguimiento están ampliamente documentados, estandarizados y son acordes con lo establecido en los Lineamientos de las ROP; se identifica la necesidad de establecer un sistema de información que incluya una plataforma única para la captura y validación expedita y oportuna de los datos respecto a los procesos para el otorgamiento de los servicios del Programa a nivel nacional. En las ROP no se identifican modificaciones sustantivas en los últimos 3 años que modifiquen el proceso de atención.

La naturaleza del Programa (subsidios a entidades federativas), y la forma de operarlo (convenios con entidades para provisión de servicios y comodato de unidades móviles), genera algunos problemas para la transferencia de recursos para la operación, tales como variación en la fecha de firmas de convenios, retrasos administrativos en la comprobación de gasto por parte de las entidades federativas y en consecuencia afectación en la asignación de los recursos. Con base en las ROP 2017, los informes de la Cuenta Pública y entrevista con los responsables del Programa FAM, se determinó que el Programa identifica y cuantifica claramente el gasto que realiza, a partir del presupuesto que maneja derivado de sus 2 fuentes de financiamiento: a) el monto destinado para el Programa presupuestario S200 en Presupuesto de Egresos de la Federación (77.3%); y b) recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para pagar los servicios provistos por las UMM (22.7%).

El FAM no cuenta con un sistema informático institucional para la captura confiable de los datos que se generan a nivel operativo y la información se concentra en bases de datos

cuya validación se realiza de manera manual. Para el Ejercicio Fiscal 2017, todos los indicadores superaron sus metas programadas, excepto 2 que tuvieron un descenso mínimo y correspondieron al objetivo de actividad. Asimismo, se tienen mecanismos de transparencia a través de su Contraloría Social y la rendición de cuentas está actualizada y disponible en sitio web del Programa. Se tienen instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios sin una periodicidad establecida para su aplicación, así como información de evaluaciones previas en este tema.

Medición de resultados.

El Programa documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con los indicadores de la MIR para seguimiento a su desempeño en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y en los Cierres de Cuenta Pública, así como mediante evaluaciones que no son de impacto. Los resultados de los indicadores de Fin y Propósito permiten establecer que el FAM cumple adecuadamente con su Objetivo de Propósito.

Desde 2010, se han realizado 7 evaluaciones que presentan hallazgos relacionados con el Fin y/o Propósito del FAM y que proporcionan información puntual de las condiciones de salud de las muestras estudiadas, aunque no se logró determinar algún tipo de relación entre la intervención del Programa y las condiciones de salud de los beneficiarios. No se cuenta con estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que midan el impacto de programas similares y no se han efectuado evaluaciones de impacto al Programa.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	10
TEMA I. DISEÑO DEL PROGRAMA	13
A. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.....	13
B. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES	18
C. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD.	23
D. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	29
E. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES	36
TEMA II. PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS	39
A. INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN	39
B. DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN.....	41
C. DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN	50
TEMA III. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN	54
A. ANÁLISIS DE COBERTURA	54
TEMA IV. OPERACIÓN.....	58
A. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD APLICABLE	58
B. MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	73
C. EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA.....	76
D. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	81
E. CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS.....	83
F. RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA	85

TEMA V. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	88
TEMA VI. MEDICIÓN DE RESULTADOS	90
ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES	101
COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS ANTERIOR	106
CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE DISEÑO DEL PROGRAMA.....	109
BIBLIOGRAFÍA	113
FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓN	120
ANEXOS	121

INTRODUCCIÓN

El acceso a la atención es un elemento central en la búsqueda de la equidad en salud, lo que significa ausencia de disparidades sistemáticas en salud en términos de los determinantes sociales de la salud entre grupos pertenecientes a distintas posiciones en una jerarquía social. El logro de la equidad como responsabilidad de los sistemas de salud implica atender la vulnerabilidad de poblaciones desprotegidas ante daños potenciales a su salud, mediante políticas públicas enfocadas a mejorar las condiciones de vida de estos grupos.

En México, la atención a poblaciones con vulnerabilidad principalmente respecto a su condición de pobreza y ruralidad, ha sido motivo de diferentes políticas y programas desde hace más de 40 años, con el propósito de lograr una mayor cobertura a las áreas rurales dispersas y de difícil acceso en las regiones más pobres del país. Sin embargo, aún persisten retos que implican el fortalecimiento de políticas públicas incluyentes que incorporen la atención centrada en las personas y las comunidades y que garanticen un adecuado acceso a los servicios de salud.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), continuación de los Programas Caravanas de la Salud (2007-2014) y Unidades Médicas Móviles (2015), fusionó esfuerzos de este último con el Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud para su creación, con el objetivo general de “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante Unidades Médicas Móviles a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud”. Este ambicioso objetivo requiere de un seguimiento estrecho del desempeño del Programa que ofrezca información para la toma de decisiones dirigidas a la mejora continua de sus efectos, por lo que las evaluaciones permanentes a los programas son indispensables.

El CONEVAL es la institución pública que de manera independiente evalúa y da seguimiento a los programas sociales en sus diferentes etapas, con el propósito de brindar a los tomadores de decisión el análisis y las recomendaciones para la mejora permanente de los programas; para ello, entre sus funciones norma y coordina la evaluación de las políticas, programas y acciones que ejecutan las dependencias públicas. Específicamente, las evaluaciones de Consistencia y Resultados tienen como propósito analizar un Programa en su capacidad institucional, organizacional y de gestión, así como resultados, lo que permite a las dependencias responsables de la operación de los programas su mejora en estos aspectos.

Por lo anterior, la presente evaluación de Consistencia y Resultados al Programa Fortalecimiento a la Atención Médica permitirá identificar aspectos relevantes durante el ejercicio presupuestal 2017, en seis temas que se incluyen en el análisis, de acuerdo a los

lineamientos del CONEVAL para este tipo de evaluaciones: Diseño, planeación estratégica, operación, cobertura y focalización, percepción de beneficiarios y resultados. El propósito de dicho análisis es contribuir con información de utilidad para la consolidación del Programa.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

1. Identificación del Programa.

Nombre: Fortalecimiento a la Atención Médica S-200

Siglas: FAM

Dependencia y/o entidad coordinadora: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

Año de inicio de operación del Programa: 2016.

2. Problema o necesidad que pretende atender.

En las Reglas de Operación del Programa (ROP) Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) para el ejercicio fiscal 2017 se establece el problema que motiva la existencia del Programa como una situación potencialmente reversible representada por las “personas sin acceso a la atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica en las cuales, resulta muy complejo por la inversión requerida, así como por el bajo número de habitantes, la instalación en el corto plazo de establecimientos de salud fijos”. Adicionalmente, el FAM responde a la necesidad de “atención médica de población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos”.

3. Metas y objetivos nacionales a los que se vincula.

El FAM está vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo en la Meta nacional México Incluyente en los Objetivos 2.1, 2.3 y 2.4 que establecen la garantía de los derechos sociales para toda la población, el acceso a los servicios de salud y el apoyo a la población afectada por emergencias u otras situaciones adversas. La vinculación con el Programa Sectorial de Salud está ubicada en su contribución a los Objetivos 2 (Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud), 3 (Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida) y 4 (Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país).

4. Descripción de los objetivos del programa, así como de los bienes y/o servicios que ofrece.

El FAM tiene como Objetivo General “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud”. El Objetivo del Propósito del FAM consiste en que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles. El objetivo de componente del FAM se

define como los Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionados a la comunidad.

5. Identificación y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida (desagregada por sexo, grupos de edad, población indígena y entidad federativa, cuando aplique).

De acuerdo a las ROP 2017, la población potencial corresponde al número de personas que carecen de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes. La Población Objetivo comprende a las personas de las Localidades Subsede y de la Localidad de Área de Influencia (LAI) de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico. El Programa estima la población potencial para 2017 que es de 2,719,030 personas y la población objetivo de 1,461,143 personas, con desagregación por entidad federativa e incluye número de municipios, localidades y población estatal e indígena, que es cubierta por las rutas de las UMM. Respecto a la población atendida, las ROP 2017 definen a la población beneficiaria como aquellas personas que recibieron servicios de Atención Primaria a la Salud mediante una UMM; no existe un padrón de beneficiarios para su cuantificación.

6. Cobertura y mecanismos de focalización.

El Indicador “Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud”, estima la cobertura del FAM con una meta anual alcanzada de 75.31% en 2017. La metodología de focalización tiene como base la inclusión de localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud, o que por su ubicación geográfica y dispersión poblacional no cuentan con servicios de salud, o de alta y muy alta marginación, o ubicadas en municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, o de municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país.

7. Presupuesto aprobado 2016 y 2017.

En 2016, el presupuesto aprobado fue de \$857.8 millones de pesos (mdp), que se distribuyó entre las áreas de la siguiente forma: Unidad 610 (Dirección General de Calidad y Desarrollo en Salud) \$7.6 mdp y Unidad 611 (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) \$850.2 mdp. Para 2017, el presupuesto aprobado al FAM fue de \$859.8 mdp, con una variación absoluta de 2% y distribuido para la Unidad 610 con \$6.5 mdp y para la Unidad 611 con \$853.3 mdp.

8. Principales metas de Fin, Propósito y Componente.

Para el ejercicio 2017, la meta de Fin del FAM fue de 100% de mujeres con embarazo de alto riesgo referidas a atención médica a segundo nivel. La meta de Propósito se estableció en 50% de personas que reciben atención médica por primera vez en el año a

través de unidades médicas móviles. En componentes, se fijaron 2 metas que fueron similares, para los Componentes comunitario y de atención médica: 90% de actividades de promoción y prevención (o atención médica) realizadas a través de las unidades médicas móviles asignadas al Programa respecto al total de actividades programadas.

9. Valoración del diseño del Programa respecto a la atención del problema o necesidad.

El diseño del FAM para el ejercicio 2017 responde al problema que se establece en las ROP del mismo año y a su responsabilidad para contribuir a los Objetivos Nacionales y Sectoriales.

10. Breve descripción de la evolución del Pp a lo largo de su operación, incluyendo los antecedentes

en el caso de que surja de la fusión, re-sectorización o modificación sustancial de Pp previos. El FAM se creó en el año de 2016 como una continuación del Programa Caravanas de la Salud iniciado en 2007 y que en 2015 se denominó Unidades Médicas Móviles (UMM). Con la creación del FAM, se fusionaron este último (S200 UMM) y el U006 (Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud).

TEMA I. DISEÑO DEL PROGRAMA

A. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

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

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

Respuesta.

Si, Nivel 4: El Programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, formulada como una condición negativa, define la población con el problema o necesidad y el Programa actualiza periódicamente la información para conocer la evolución del problema.

Análisis.

En las Reglas de Operación del Programa (ROP) Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) para el ejercicio fiscal 2017 se establece el problema que motiva la existencia del Programa como una situación potencialmente reversible y al mismo tiempo define la población que lo sufre y que está representada por las “personas sin acceso a la atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica en las cuales, resulta muy complejo por la inversión requerida, así como por el bajo número de habitantes, la instalación en el corto plazo de establecimientos de salud fijos”. Adicionalmente, el FAM responde a la necesidad de “atención médica de población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos”.

Con base en esta descripción, el FAM define dos poblaciones con necesidades prioritarias a resolver. Asimismo, el FAM incluye el concepto de vulnerabilidad para la necesidad de atención relacionada a emergencias y desastres, que enfoca a “Personas que por su edad, raza, sexo, condición económica, características físicas, circunstancia cultural o política, se encuentran en mayor riesgo de que sus derechos sean violentados”; lo anterior permite identificar necesidades en el contexto que éstas se dan. El plazo para su revisión o actualización está establecido por la publicación anual de las Reglas de Operación del Programa (ROP) que tiene una periodicidad anual obligatoria.

Debido a que las acciones que el Programa incluye en su catálogo de atención integran tanto promoción a la salud como prevención de enfermedades y que superan a la atención médica propiamente curativa y de control, es recomendable ampliar el problema

a la falta de acceso a la *atención a la salud* o bien a *servicios de salud*, que define de manera más completa necesidades en salud a las que el Programa responde. Este enfoque se presenta en el árbol de problemas y en el árbol de objetivos y debe ser incorporado a las ROP, para dar congruencia a ambos componentes. Adicionalmente, deberá revisarse el árbol de problemas y objetivos con el fin de incluir a la población en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos que establecen las ROP 2017.

Pregunta 2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el Programa que describa de manera específica:

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

Respuesta.

Si, Nivel 3: El Programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y el diagnóstico cumple con **dos** de las características establecidas en la pregunta, aunque adicionalmente, el Programa señala un plazo para la revisión y actualización de su diagnóstico en algún documento.

Análisis.

El Programa cuenta con un extenso documento Diagnóstico actualizado a 2017 y que presenta una revisión completa del tema de falta de acceso a servicios de salud desde el marco de la cobertura universal a nivel internacional y nacional, contextualizando el FAM a este marco; se presentan cifras de la población afectada por el problema desde estos mismos referentes y los efectos del problema en general como resultados negativos en salud y económicos, sustentadas en referencias de estudios y reportes de organizaciones internacionales. El documento Diagnóstico incluye un esquema de árbol de Problemas y de Objetivos (archivo Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica FAM 17.07.2017). En este esquema, la población blanco que presenta el problema no es precisa, ya que se establece como “Entidades federativas con localidades sin acceso a servicios de salud”, lo que no es congruente con la población objetivo establecida en las ROP 2017. Respecto a las causas del problema, se establecen 1) Infraestructura insuficiente de servicios de salud en localidades menores de 2,500 habitantes y con alto y muy alto grado de marginación; 2) Municipios con localidades de difícil acceso geográfico, por vías de acceso inexistentes o en mal estado, transporte público inexistente o alto costo de traslado; 3) Municipios con menor índice de desarrollo humano, por menor esperanza de vida al nacer, menos años promedio de escolaridad de los adultos de 25 años o más y de los niños en edad escolar y menor ingreso nacional bruto per cápita. Como efecto principal e inmediato del problema se establece la alta tasa de morbilidad, aumento de complicaciones y alta tasa de mortalidad, lo que repercute en altas tasas de ausentismo laboral y escolar, disminución de la esperanza de vida y alto gasto de bolsillo con un efecto final de persistencia y aumento de la pobreza; paralelamente y como efecto inmediato también se incluye el incremento del gasto en salud pública por complicaciones y enfermedades prevenibles.

Sin embargo, adicionalmente, de manera independiente se presenta un esquema con los árboles de Problemas y Objetivos (archivo: Árbol de Problemas y Objetivos 2017, presentación PP) que no coincide con el documento Diagnóstico pero sí con las ROP 2017, ya que incluye como Población blanco a “Personas que habitan en localidades sin acceso a servicios de salud” y establece como causas y efectos finales los correspondientes a los Objetivos de Fin del FAM para este ejercicio; en este esquema tampoco se considera a la población en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos.

En el mismo documento Diagnóstico se establece la identificación, caracterización y cuantificación de la población objetivo (la población que presenta el problema) incluyendo también para la misma la denominación de “área de enfoque objetivo”, como las localidades en las que las Unidades Médicas Móviles proporcionan los servicios, lo que adiciona otro nivel de población a los referidos previamente (entidades federativas o personas). La ubicación territorial queda clara en términos de “localidades que se ubican en los municipios de menor IDH, así como en los municipios y localidades de muy alta y alta marginación, dadas las condiciones de acceso geográfico, dispersión poblacional y tamaño de la población” y se especifica que “la frecuencia de la actualización del área de enfoque potencial y objetivo se realiza anualmente al inicio de cada ejercicio fiscal durante el proceso de integración y formalización del Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con carácter de subsidios celebrado entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud con las entidades federativas”. Cabe resaltar que en ninguno de los esquemas de árboles de problemas y objetivos ni en la descripción de las características, cuantificación o ubicación de la población que presenta el problema se incluye a la población en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores de origen natural o antropogénicos, ambos aspectos establecidos en las ROP 2017.

Sugerencias de mejora:

- 1) Se recomienda ajustar ambos árboles (de Problema y de Objetivo) para el ejercicio 2017 en términos de “personas” que carecen de acceso a los servicios de salud en sustitución de “entidades federativas con localidades sin acceso a servicios de salud”, para lograr congruencia con las ROP de ese mismo ejercicio. Efectuar la adecuación en el Documento Diagnóstico del Programa.
- 2) Incorporar a las causas del problema la condición de pobreza y pobreza extrema de la población que es la causa raíz de las condiciones de menor índice de desarrollo humano; asimismo, establecer las causas del problema en términos poblacionales más que de municipios o localidades.

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

Respuesta.

Si, Nivel 4:

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 la justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.

Análisis.

En el documento Diagnóstico del FAM actualizado a 2017, se presenta de manera detallada y con su debido sustento bibliográfico la evidencia tanto conceptual como empírica que fundamenta tanto el problema de salud al que responde el Programa como el modelo de atención que lo conforma. La evidencia conceptual se establece desde los marcos de acceso a la salud a través de la cobertura universal y de determinantes sociales de la salud con el enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las propuestas que la propia OMS establece para este aspecto.

La evidencia empírica nacional incluye la cronología de los programas en México que han sido antecedentes del FAM y cuyo inicio fue en 1976, todos dirigidos a responder al problema de la población con falta de acceso a la atención a la salud, principalmente en áreas rurales y en condición de pobreza. El modelo de equipos itinerantes con unidades móviles que ha sido el componente principal de los programas previos, representa una experiencia relevante en el contexto nacional; si bien el Programa en sus diferentes períodos no ha contado con evaluaciones de impacto que permitan identificar su efecto en las condiciones de salud de la población, si se han efectuado otras como la Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012 y complementarias que demostraron beneficios en la población atendida en términos de mejora de la cobertura de servicios de salud durante el período en que el FAM se denominó Caravanas de la Salud y que sustentan el tipo de intervención que realiza. El Programa no establece otros programas nacionales como sustento que justifique su diseño. A nivel internacional, el Programa documenta evidencia empírica de programas de atención a la salud a través de equipos itinerantes en varios países en Centro y Sudamérica, como el “Paquete Integral de Servicios de Salud para Zona Rural” de Panamá, el “Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud” de Honduras, el “Programa Médico Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención” de Argentina y el de “Sellos de Aprobación Municipal de UNICEF” en Brasil. Respecto a la evaluación de alternativas, el mismo documento Diagnóstico

presenta un análisis del costo y ventajas vs desventajas operativas de “la construcción de centros de salud (unidades fijas) con las características y condiciones para prestar la misma cobertura de salud que las unidades médicas móviles, es decir, el mismo número de servicios comprendidos en el CAUSES, con niveles de calidad, seguridad y capacidad equivalentes y consiste en desarrollar infraestructura fija en cada una de las localidades responsabilidad de las unidades médicas móviles para estar en condiciones de atender a la población promedio de 2,451 habitantes”. Este análisis, que no desglosa por tipo de Unidad Médica Móvil, demuestra la superioridad del FAM respecto a la atención en Centros de Salud, en términos de costos, facilidad de acceso y operación. No se identifican comparaciones del Programa con alternativas internacionales.

B. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES

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

- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del Programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.**
- b) 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 o institucional.**

Respuesta.

Si, Nivel 4: 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 es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y el logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del Programa sectorial, especial, institucional o nacional.

Análisis.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) tiene como Objetivo General “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud”. El Objetivo del Propósito del FAM consiste en que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles. Las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) (Ejercicio

fiscal 2017) permiten identificar que su marco programático está claramente vinculado con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), está comprendido en las Metas de un México Incluyente del PND, la cual busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales (la salud está incluida como derecho social) de todos los mexicanos.

El FAM está claramente vinculado con el PROSESA y el logro de su Objetivo de Propósito contribuye a cumplir los siguientes objetivos del PROSESA:

Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud, principalmente con las siguientes estrategias

- Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral,

- Estrategias 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales, en particular a través de las siguientes líneas de acción: 2.3.6. Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional, 2.3.7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional.

Objetivo 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

- Estrategia 3.2 Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud; 3.2.2. Consolidar la organización y coordinación para la preparación y respuesta ante emergencias en salud y riesgos sanitarios, y 3.2.3. Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres, 3.2.4 Fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios. 3.2.6 Promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud.

Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

- Estrategia. 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, Línea de Acción. 4.3.2. Fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles en salud.

Los conceptos comunes más relevantes entre el Propósito del Programa y los objetivos del PROSESA son:

- 1) Objetivo 2, Estrategia 2.3.6, dirigida a la atención de regiones de alta marginación y dispersión poblacional mediante unidades móviles.
- 2) Objetivo 4, Estrategia 4.3, de fortalecimiento de los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.
- 3) Objetivo 4, Estrategia 4.4, para fortalecer la atención primaria mediante unidades móviles de salud.

Pregunta 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?

Respuesta.

El FAM está vinculado con la meta nacional México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013. El objetivo del Fin (Objetivo Sectorial) del FAM es contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la oferta de servicios del primer nivel de atención a la salud por unidades médicas móviles y el objetivo del Propósito es que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles. Ambos objetivos son congruentes y están alineados con los siguientes 3 objetivos de la *Meta Nacional México Incluyente*:

Objetivo 2.1: “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población” del cual se deriva la Estrategia 2.1.2: “Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva” conforme a su línea de acción Otorgar los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud. Con este objetivo, la vinculación consiste en la aportación del acceso a la atención a la salud como un derecho social y como un componente fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas.

Objetivo 2.3. “Asegurar el acceso a los servicios de salud”. En este objetivo, existe una importante vinculación del FAM, que contribuye de manera relevante en las siguientes cuatro estrategias con sus acciones de promoción de la salud, prevención y atención a la población en vulnerabilidad social por sus condiciones de pobreza: - *Estrategia 2.3.1 “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, la cual incluye la línea de acción dirigida a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.* - *Estrategia 2.3.2 que establece que las acciones de protección, promoción y prevención son un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.* - *Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, y que en sus líneas de acción incluye fomentar el desarrollo de infraestructura, operación y equipamiento de unidades médicas móviles en zonas de población vulnerable;* - *Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y que incluye programas para incrementar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.*

Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social, específicamente con la Estrategia 2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales, la cual incluye el apoyo a la población afectada por emergencias u otras situaciones adversas, mediante la responsabilidad compartida entre la sociedad y el Estado en sus líneas de acción. Si bien a través del FAM no se amplía directamente el

acceso a la seguridad social, se tienen acciones que contribuyen a la protección de las personas “en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénicos” (ROP 2017), en coordinación con otras dependencias gubernamentales. Adicionalmente, el FAM está vinculado con la Estrategia Transversal *Perspectiva de Género: Incorporar la perspectiva de igualdad de género en las políticas públicas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas de la Administración Pública Federal*, y particularmente en el *Enfoque Transversal México Incluyente: Diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad, para el cuidado de infantes y otros familiares que requieren atención*. El FAM otorga atención de promoción, prevención y atención a la salud en su componente comunitario en el que las familias forman parte sustantiva. Asimismo, sus Objetivos de Fin tienen una clara perspectiva de género ya que la población a la que están dirigidas son las mujeres para la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino como en la atención del riesgo obstétrico; en cuanto a la salud infantil, uno de sus objetivos de actividad incluye la atención con énfasis a los niños en el componente de la vigilancia y atención a su estado nutricional.

Pregunta 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?

Respuesta.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) tiene una vinculación indirecta con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda de Desarrollo Post 2015, ya que el logro del Propósito aporta al cumplimiento de varios de los objetivos de cada uno de ellos, sustentado a continuación.

Vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Sustento. El Objetivo General del FAM “contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la oferta de servicios del primer nivel de atención a la salud por unidades médicas móviles”, está vinculado al Objetivo 3. Salud y Bienestar, que establece garantizar una vida sana para todas y todos en todas las edades. En particular, la vinculación se centra en la Meta 3.7. *Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales* y 3.8. *Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios básicos de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.*

Vinculación con la Agenda de Desarrollo Post 2015.

Sustento. La Agenda de Desarrollo Post 2015 brinda un formato basado en metas intermedias y metas finales concretas y se elaboró como propuesta para reorganizar el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, vigentes entre 2000 y 2015, en cuatro dimensiones clave con un enfoque holístico: (1) desarrollo social inclusivo; (2) desarrollo económico inclusivo; (3) ambiental sostenibilidad; y (4) paz y seguridad.

En la dimensión 1 de Desarrollo Social Inclusivo se estableció la recomendación de garantizar los derechos de las personas a la salud y la educación, a través del acceso universal a servicios de salud y educación de calidad, este argumento es vital para el desarrollo social inclusivo y es un elemento crítico de la visión posterior a 2015. Las prioridades para el desarrollo social y las inversiones en las personas incluirían: servicios de salud preventivos, curativos y promocionales, con especial énfasis en la supervivencia y la salud de la madre, el recién nacido y el niño; servicios de salud reproductiva; acceso a medicamentos esenciales; enfermedades no transmisibles e infecciosas; agua segura, saneamiento e higiene. En base a lo expuesto, la vinculación del FAM se establece claramente desde sus objetivos y en su estrategia de acciones, con sus dos componentes: el Comunitario a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de saneamiento ambiental, y el de Atención Médica desde el modelo de Atención Primaria de la Salud, con lo que contribuye a cumplir la agenda de desarrollo 2015.

C. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3

El Programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y las definiciones cumplen todas las características establecidas.

Análisis.

Las Reglas de Operación del Programa 2017 presentan las definiciones de sus poblaciones. De acuerdo a éstas, la población potencial corresponde al número de personas que carecen de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes. La Población Objetivo comprende a las personas de las Localidades Subsede y de la Localidad de Área de Influencia (LAI) de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico; siendo las localidades subsede aquellas visitadas periódicamente por las UMM del Programa, para otorgar servicios de salud en horario de 8 horas in situ y las LAI que corresponde a localidades dentro de la microrregión que conforma la ruta que recorren las UMM, y que por su cercanía con alguna Localidad Subsede permite que la población de esas localidades al desplazarse hasta las subsedes también reciban los servicios del Programa. En el Diagnóstico del Programa 2017, a diferencia de la información de las ROP, no se define explícitamente la población potencial y solo describe el área de enfoque potencial como las 32 entidades federativas; así mismo, caracteriza a la población objetivo o área de enfoque objetivo a las localidades de alta y muy alta marginación, que se encuentran en municipios con bajo índice de desarrollo humano y que no cuentan con acceso a servicios de salud.

De acuerdo a las definiciones, la unidad de medida corresponde a personas.

En el mismo Diagnóstico, se presenta la cuantificación de la población o área de enfoque objetivo para el año 2016, que se establece en 1,632,142 habitantes; ésta se encuentra desagregada por entidad federativa e incluye número de municipios, localidades y población estatal e indígena, que es cubierta por las rutas de las UMM. De acuerdo al archivo DGPLADES –PP y PO proporcionado por el Programa la población potencial estimada para 2017 es de 2,719,030 personas y una población objetivo estimada de 1,461,143 personas. Se identifica que la periodicidad para la revisión y actualización de las poblaciones potencial y objetivo será anual.

No existe una metodología de cuantificación de las poblaciones para el año 2017 documentada en fuentes oficiales. Sin embargo, a partir de la entrevista realizada al personal responsable del Programa y con fundamento en las bases de datos de trabajo de la DGPLADES y otros documentos oficiales del Programa (manuales y oficios), se reseñó la metodología de trabajo que se utiliza para identificar las localidades que cumplen los criterios y que permite una cuantificación estimada de las poblaciones Potencial y Objetivo (Anexo 1). Para la población vulnerable, en riesgo o afectada por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico, se carece de cuantificación y la metodología, así como fuentes de información.

Debido a la discordancia en la definición de poblaciones de los diferentes documentos oficiales se carece del referente que permita evaluar su utilización para la planeación.

Como áreas de mejora se pueden mencionar las siguientes:

- 1) La discordancia entre las definiciones de poblaciones representa una limitación en los documentos oficiales que requiere ser corregida.
- 2) En las ROP, la definición de población potencial queda limitada respecto a la población que sufre el problema y que en la Misión del Programa incluye a quienes habitan en “municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica”.
- 3) Respecto a la población objetivo, la definición utilizada en la ROP, se condiciona a las rutas validadas por el Programa. Se recomienda centrar dicha definición en los criterios de focalización de las localidades que el propio Programa plantea, es decir, sin cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional, alta o muy alta marginación, bajo índice de desarrollo del municipio donde se ubica o que se encuentran en municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país.
- 4) Otro aspecto a tomarse en cuenta, es que en la definición de población objetivo se incluye a personas vulnerables o en riesgo de ser afectadas por agentes de origen natural o antropogénico, en cuyo caso no es posible realizar una estimación precisa para su cuantificación. Por consiguiente, este componente de la población debiera excluirse de la definición y limitar la participación del FAM a las acciones sectoriales

e intersectoriales, que para un evento de esta categoría correspondería a instancias específicas responsables de organizar y coordinar a todas las dependencias vinculadas con estos sucesos.

Pregunta 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) Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.**

Respuesta.

No, del Programa o la información no cuenta con al menos una de las características establecidas en la pregunta.

Análisis.

No existe Padrón de Beneficiarios (Anexo 2). La Evaluación de Diseño 2016 señala que “el Programa lleva un registro puntual de información y datos personales de los pacientes en donde el personal de salud deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente” sin especificar fuentes. En entrevista con los responsables del Programa se confirma que no hay información de los beneficiarios del Programa particularmente sobre sus características, beneficios que recibe o de un registro nominal de población atendida.

Adicionalmente, en las ROP 2017 “Se establece que no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa, dado que las personas afiliadas al SPSS acreditarán su afiliación conforme a los instrumentos que establezca la CNPSS, para acceder a los servicios que brinde el Programa, sin tener que realizar ningún desembolso por la recepción de los mismos”. Sin embargo, las propias ROP indican que “Debe considerarse que la afiliación al SPSS es voluntaria, por lo que, en su caso, también se proporcionarán los beneficios del Programa a los no afiliados al SPSS”. Cabe aclarar que aunque el SPSS tiene su padrón de beneficiarios, éste corresponde a la población con cobertura de protección financiera pero no identifica ni cuantifica a los beneficiarios de los servicios de salud que el FAM otorga y tampoco incluyen a los no afiliados al SPSS y que reciben la atención por parte del Programa.

Esta falta de información ha sido ampliamente cuestionada a través de las diversas evaluaciones que el Programa ha tenido, debido, por un lado, a la importancia de efectuar un análisis veraz de la cobertura poblacional del FAM y por otro, para disponer de información específica de la población atendida que permita medir el alcance y contribución particular del Programa en el ámbito de la salud, por lo que se considera indispensable que se cuente con el Padrón de Beneficiarios del FAM.

Por consiguiente, aun cuando las entidades federativas sean las receptoras directas de los subsidios y responsables de la operación del FAM, debe ser responsabilidad del Programa que se instruya y elabore un sistema nominal de población atendida o beneficiaria a nivel estatal que confluya a nivel nacional para estos fines.

Pregunta 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.

Respuesta.

Según las Reglas de Operación del Programa no se requiere integrar un padrón de beneficiarios dado que las personas afiliadas al SPSS acreditan su afiliación conforme a los instrumentos establecidos por la CNPSS para acceder a los servicios del Programa. Por consiguiente, no se cuenta con información socioeconómica de su población atendida.

Sin embargo, el Diagnóstico del Programa 2017 señala que en congruencia con la operación del Programa, el Padrón está conformado por las Entidades Federativas como beneficiarios, lo que resulta incompatible con la definición de beneficiarios propuesta en las propias ROP como los “habitantes de las localidades con cobertura del Programa que podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”. Adicionalmente, las ROP también definen a la población beneficiaria como aquellas personas que recibieron servicios de Atención Primaria a la Salud mediante una UMM.

De acuerdo a lo anterior, es importante que las definiciones sean homogéneas en las diferentes fuentes de información con las que cuenta el Programa con el fin de dar congruencia a los resultados. Una vez que se establezca con claridad la definición, se requerirá el diseño e implementación de una estrategia para elaborar el Padrón de Beneficiarios, cuya relevancia es indudable para medir de manera confiable las acciones otorgadas por el Programa y conocer las características de su población atendida, en términos socioeconómicos, epidemiológicos y de diferencias en condiciones de salud con quienes no reciben los beneficios del FAM.

D. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

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

Respuesta.

Si, Nivel 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.

Análisis.

Los elementos del resumen narrativo de la MIR (Anexo 3) que se identifican en las ROP 2017 son: Fin, en el apartado del Objetivo general del Programa y en el Marco Programático, que describe los indicadores sectoriales a los que contribuirá el Programa. Sin embargo, si bien existe un apartado (numeral 4.3) denominado “Matriz de indicadores del Programa”, éste no presenta el resumen narrativo y solo se incluye un esquema general como formato sin contenido. Cabe aclarar que el indicador de las ROP “Razón de mortalidad materna” no coincide con el indicador sectorial de la MIR que es “Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino”. Propósito, el primer objetivo específico. Componentes, descritos en el apartado 5.6 “Servicios que se otorgan”. Actividades, de los que se identifican los relacionados con la capacitación de los equipos itinerantes y las características de los mismos respecto a su tipología.

Áreas de mejora:

- 1) Corregir la falta de correspondencia del indicador sectorial de mortalidad entre las ROP y la MIR. Si bien los dos indicadores que se mencionan en dichos documentos corresponden a indicadores del PROSESA y forman parte de los objetivos sectoriales a los que el FAM se encuentra alineado, dadas las condiciones propias de la población a la que se le otorga el servicio sería recomendable sustituir el indicador de Fin por uno que contribuyera de manera más clara para la reducción de un problema de salud acorde con la capacidad resolutoria del Programa, por ejemplo Tasa de mortalidad infantil, que es un indicador Sectorial para medición del Objetivo Sectorial 4: “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”. A este indicador contribuye de manera relevante el FAM a través de sus acciones prioritarias para la recuperación del estado nutricional de los niños que atiende, para la reducción del riesgo de muerte.
- 2) Se recomienda incorporar en las ROP el apartado de resumen narrativo de la MIR con el propósito de explicitar en el documento normativo su estructura y la lógica horizontal y vertical de la Matriz de Marco Lógico, ya que si bien existe un apartado (4.3. Matriz de indicadores del Programa) en el que se indica la consistencia entre las ROP y la MIR, no es posible verificarlo ni existe el sustento para dicha afirmación.

Un análisis general de la MIR, permite identificar los siguientes problemas en la Lógica Vertical o en su conceptualización:

Indicadores de Fin:

1) Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino. El indicador es apropiado en términos de su aportación para la reducción del problema de salud, aunque la contribución del FAM puede ser marginal por la limitación del acceso de las mujeres detectadas para recibir la atención especializada que requieren.

2) Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del programa. Corresponde más a un indicador de Propósito, ya que se ubica a nivel del objetivo del programa. Para cubrir el nivel de indicador de Fin, éste tendría que establecerse como tasa de mortalidad materna, ya que la referencia oportuna de las mujeres con embarazo de alto riesgo contribuye a la disminución de dicha mortalidad.

Indicador de Propósito:

1) Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud. Si bien este indicador está enfocado al objetivo del programa, el denominador es impreciso ya que no necesariamente el total de la población refleja una necesidad de atención. Lo anterior hace necesario contar con denominadores que permitan identificar la necesidad para medir de manera apropiada la respuesta del Programa ante la misma (por ejemplo, total de personas con diabetes tipo 2 para un indicador de atención a diabetes, o total de menores de 5 años para un indicador de cobertura de esquemas completos de vacunación).

Indicadores de Componente:

1) Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados. Indicador poco preciso en su definición y se requiere especificar cuáles son los servicios de ambos componentes que mide. Asimismo, el usar los servicios programados como denominador impide identificar el grado de avance del programa, por lo que debiera sustituirse por la población que debiera recibir los servicios a los que se refiere.

2) Porcentaje de servicios de atención médica realizados con respecto a los programados. Mismo comentario que el indicador previo.

Indicadores de Actividad:

1) Porcentaje de mujeres con embarazo detectado de alto riesgo en localidades responsabilidad del programa. Este indicador debería ubicarse al nivel de Componente, ya que son servicios que directamente permiten el cumplimiento del objetivo del programa.

2) Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición. Indicador de nivel Propósito, ya que cumple directamente un objetivo del programa.

3) Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de la Unidad Médica Móvil. Apropriado para el nivel y en su fórmula de medición.

4) Porcentaje de citologías cérvico-vaginales (Papanicolau) realizadas por primera vez en la población de riesgo para Cáncer cérvico-uterino. Indicador de nivel de Componente, mide los servicios que otorga el programa. Limita la detección a un grupo de la población en riesgo, por lo que no cumple con la cobertura total. Asimismo, requiere contar con censo actualizado de la población en riesgo para que el denominador sea preciso.

5) Porcentaje de personal de salud itinerante completo de acuerdo a la tipología de las Unidades Médicas Móviles del Programa. Más que indicador de actividad corresponde a estructura del Programa y por consiguiente no debiera ser considerado como indicador.

Pregunta 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.

Si, Nivel 4: Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del Programa tienen las características establecidas.

Análisis.

Para el análisis se consideraron los siguientes criterios establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en Manual para el diseño y la construcción de indicadores Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México Claro: Ser obtenido a partir de una fórmula de cálculo definida sin ambigüedades técnicas. Relevante: Que explique en mayor magnitud el objetivo de estudio en comparación con otros indicadores. Económico: Que no implique costos adicionales a los sistemas permanentes de información. Monitoreable: Factible de medición periódica. Adecuado: Que permita medir el nivel de objetivo de acuerdo a la Matriz de Indicadores para Resultados 2017.

El Programa cuenta con fichas técnicas de sus indicadores (Anexo 4). Todas las fichas técnicas especifican las características completas (nombre, definición, fórmula, unidad de medida, frecuencia de medición, línea base, metas y comportamiento esperado). En general, las características están expresadas claramente. Como áreas de mejora se identificaron las siguientes: 1) El indicador de Fin Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa requiere corrección del denominador para expresar a la población en riesgo, que son todas las mujeres embarazadas en quienes se requiere identificar embarazo de alto riesgo para su correcta referencia; por lo tanto, es un indicador sujeto a la detección de la totalidad de las embarazadas de alto riesgo; 2) La mayoría de los indicadores contienen valores de línea base de 0, lo que no sería lo esperado en un Programa que tiene antecedentes de realizar las acciones que miden los indicadores con varios años de trabajo; 3) El indicador de Propósito Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud requiere revisión de la congruencia entre el nombre del indicador que se establece en términos de “atención” en general y la

fórmula que se limita a “atención médica”; asimismo, el denominador expresado como el total de la población no permite identificar la necesidad de atención, por lo que puede subestimar la cobertura; si se parte del supuesto de que la totalidad de la población requiere ser atendida, lo que podría justificarse en acciones de promoción y prevención, debe especificarse el numerador; 4) Los dos indicadores de componente presentan como limitación sus denominadores basados en servicios programados, lo que no necesariamente expresa la respuesta a la necesidad de atención; 5) Revisar la periodicidad de medición de algunos indicadores, en particular el indicador Sectorial (Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino) que por su característica de medir la contribución del Programa, sería más pertinente la periodicidad sexenal; para el indicador Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición, se sugiere su periodicidad sea anual, debido a que es poco probable lograr modificación en plazo trimestral como se establece; 6) El indicador Porcentaje de citologías cérvico-vaginales (Papanicolau) realizadas por primera vez en la población de riesgo para Cáncer cérvico-uterino sobreestima la cobertura ya que incluye en el denominador solo al grupo de edad de mujeres de 25 a 34 años y deja fuera el resto de las mujeres en riesgo (mayores de 34 años).

Pregunta 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.

Si, Nivel 2: Del 50% al 69% de las metas de los indicadores del Programa tienen las características establecidas.

Análisis.

Las metas del total de los indicadores (Anexo 5) cuentan con unidad de medida especificada en las Fichas Técnicas de los indicadores. Seis de los 9 indicadores cuentan con metas que se consideran orientadas a impulsar el desempeño; las metas que no cumplen este requisito son: 1) Para el indicador de Fin “Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa” es débil para impulsar desempeño debido a limitación del indicador, que no permite medir la necesidad a la que se le da respuesta y depende de otra acción previa que es la capacidad de detección, lo que ocasiona una línea base muy elevada que distorsiona dicha meta; 2 y 3) Las metas de los dos indicadores de componente, cuyas metas tienen como referente en el denominador servicios programados, lo que al carecer de sustento de programación no garantiza que su cumplimiento refleje un buen desempeño. Respecto a la factibilidad, 6 de las metas se ubican muy por arriba de la línea base establecida para 2017 (valor 0), por lo que se calificaron poco factibles (Anexo 5).

Respecto a la forma en la que el Programa establece sus metas, el Manual de Organización Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 2012, actualmente vigente, precisa dentro de sus funciones “*Establecer conjuntamente con las entidades federativas las metas del Programa Caravanas de la Salud con base en las disposiciones del Programa Sectorial de Salud 2007- 2012*”. Dicha función aplica para el FAM que sustituyó al mencionado Programa Caravanas de la Salud y se asume que aplica para el Programa Sectorial de Salud 2013-2018. De acuerdo con el Manual para la integración del Anexo 7 de las ROP 2017, el Programa establece sus metas “con base en el objetivo buscado” y “fueron obtenidas en consenso con las seis entidades participantes en pilotaje, a partir de la línea base obtenida, de la consulta del Manual metodológico 2016 *Caminando a la excelencia*” (CAE 2016), así como de las recomendaciones y resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012”, aunque no queda claro al tipo de recomendaciones que se refiere este último punto. Asimismo, se indica que para el ejercicio 2017, “las metas definitivas serán establecidas con los resultados obtenidos por

las 32 entidades federativas al finalizar el año”, lo que no sería deseable ya que éstas deberían definirse al inicio del ejercicio para fungir como referente de lo logrado al término del mismo.

La información que se utiliza para su construcción y reporte procede principalmente de los registros administrativos de la Dependencia y para su reporte también se utiliza como fuente el Informe Gerencial del Programa, el Anexo 7 del Convenio de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales y Formatos del Programa.

Las áreas de mejora identificadas y recomendaciones son:

- 1) En todos los indicadores, a excepción de los indicadores de Fin, las metas reportan una línea base de 0.0 correspondiente al inicio de año 2017. Lo anterior genera dificultad para establecer si las metas son apropiadas ya que al parecer se carece de referente de los indicadores que se implementarán por primera ocasión en dicho período. Por lo anterior, las metas deberán ajustarse de acuerdo al comportamiento del indicador para establecer con mayor seguridad la factibilidad de las mismas y su orientación al desempeño.
- 2) Será necesario ajustar la meta del indicador de Fin *Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa* una vez que se modifique el denominador del indicador para expresar el total de mujeres potencialmente en riesgo, con base en estudios previos, que evidencian entre 10 a 15% la proporción de mujeres embarazadas con alto riesgo, principalmente por pre-eclampsia.
- 3) Porcentaje de servicios de promoción y prevención y porcentaje de servicios de atención médica realizados con respecto a los programados. Las metas de estos dos indicadores son de productividad y no necesariamente están orientadas al desempeño, por lo que deberán fundamentarse, así como justificar su factibilidad ya que se parte de una línea base de 0.0 al inicio del período.
- 4) Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de la Unidad Médica Móvil. La meta establecida para el primer año de medición de este indicador es excesivamente elevada, considerando que el denominador es de 2,000 personas a capacitar partiendo de una línea base de 0. Sería más apropiado priorizar por áreas de capacitación con estrategias que garanticen una mejoría en el desempeño mediante un Programa de educación continua, más que en lograr un volumen elevado de personas con capacitación rápida.

E. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

Pregunta 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?

Respuesta.

El FAM se inserta en las acciones para lograr el *Objetivo 2: Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud* del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en conjunto con otros programas federales del Sector Salud que se complementan, además de que a nivel intersectorial también se desarrollan un numeroso grupo de programas sociales que en conjunto con los programas de salud consolidan políticas que tienen referente desde hace varias décadas.

El análisis de los programas sociales entre los que se encuentra el FAM se efectuó considerando como fuente principal de información y referente el Inventario Nacional del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) de Programas y Acciones para el Desarrollo Social 2016, que es el más reciente publicado y que incluye 152 programas y acciones federales (responsabilidad de una dependencia o entidad de la administración pública federal). Los programas o acciones se clasificaron de acuerdo con los propios criterios que el CONEVAL define como sigue: “Programas presupuestarios (Pp) de modalidad S (Reglas de Operación) o U (otros programas de subsidio), se consideran *Programas*. Los Pp de modalidad E (Prestación de servicios públicos) o B (Provisión de bienes públicos) se consideran *Acciones*.”

No se consideraron los programas o acciones a nivel estatal o municipal ya que la versión más reciente del inventario corresponde al año 2014.

Se identificaron 24 Programas o Acciones complementarias principalmente del Sector Salud (13 de Secretaría de Salud [SS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE] o Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]) pero también de otros Sectores (6 de la Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 1 de Desarrollo Urbano y Territorial [SEDATU], 1 de la Secretaría de Educación Pública [SEP] y 3 de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI]) que tienen relación con el FAM (Anexo 6). Cabe aclarar que prácticamente todos los Programas relacionados tienen cobertura nacional en áreas geográficas definidas. No se encontraron Programas o Acciones con duplicidades con base en los criterios establecidos.

De los Programas complementarios, 17 atienden en todos o algunos de sus componentes a la población rural en condiciones de vulnerabilidad o marginación por pobreza y con apoyos distintos: por parte de la Secretaría de Salud: Atención a la Salud, que otorga atención especializada; Seguro Médico Siglo XXI y Seguro Popular que brindan protección financiera para servicios de salud, Vigilancia Epidemiológica que es complementario por tener funciones de Rectoría; Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes

cuyo apoyo consiste en insumos o equipamiento para prevención; Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente" con subsidios para mejorar calidad de vida; y Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad (del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) Por parte de SEDESOL, los Programas Abasto Rural DICONSA y Abasto Social de Leche LICONSA que otorgan subsidio a precios o bonos para alimentación; Seguro de Vida para Jefas de Familia, Comedores Comunitarios y Atención a Jornaleros Indígenas con apoyos alimentarios y éste último con subsidios económicos. La CDI con los Programas de Infraestructura Indígena que proporciona infraestructura social básica; Educación Indígena que ofrece albergues, alimentos, becas y apoyo para gastos médicos; y Derechos Indígenas con subsidios para acciones de vivienda. La SEP tiene como Programas complementarios el de Educación Inicial y Básica Comunitaria y SEDATU con subsidios por el Programa de Apoyo a la Vivienda.

Adicionalmente, cuatro Programas tienen componentes similares, pero atienden a poblaciones diferentes: Atención a la Salud y Prevención y Control de Enfermedades y Prevención y Control de Enfermedades (tanto de IMSS como ISSSTE), cuya población objetivo corresponde a la derechohabiente a estas instituciones.

Por último, es particularmente relevante mencionar de manera separada 3 Programas: Dos que tienen objetivos similares con acciones de atención a la salud y atienden a la población rural en condiciones de vulnerabilidad: PROSPERA Programa de Inclusión Social (SEDESOL) en su componente salud e IMSS-PROSPERA (IMSS). Ambos Programas se consideraron complementarios al FAM acorde a las siguientes características: Para el componente salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social se otorga atención en unidades de salud, por lo que está condicionada al acceso de la población a dichas unidades y no cuenta con unidades itinerantes para este fin. En cuanto al Programa IMSS-PROSPERA, se tienen más similitudes que podrían llegar a ser coincidencias, principalmente debido a que también este Programa opera como parte de sus servicios de salud con 143 Unidades Médicas Móviles en todo el país para la atención a localidades rurales, y que son "Vehículos que contienen el equipo médico para el diagnóstico y tratamiento, con diversos niveles de capacidad resolutive. Es operado con personal de salud, para otorgar servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades. Recorre bajo una programación determinada por la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, una ruta conformada por zonas, en localidades donde tiene presencia el Programa" (ROP IMSS-PROSPERA, 2017). El tercer Programa que cabe resaltar es el Programa de Vacunación cuya Población Objetivo incluye a la del FAM, el cual incorpora 15 acciones de vacunación dentro de sus 27 acciones del componente de Salud Pública y por lo tanto podrían tener coincidencias; sin embargo, se clasificó como complementario por su función Rectora en este componente.

Señalamientos explícitos de las complementariedades: Con el Programa IMSS-Prospera, en las ROP del FAM se establece que "Para evitar duplicidad en la atención y en la asignación de recursos, los Servicios Estatales de Salud (SESA) no podrán proponer rutas

que contengan localidades de responsabilidad del IMSS-Prospera”; para su organización, se cuenta con un Acuerdo de Coordinación entre el Programa, el SPSS y los Servicios Estatales de Salud de las entidades en las que IMSS-Prospera tiene presencia.

Convenios Específicos de Colaboración: En Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para la Operación del FAM, con los Servicios Estatales de Salud.

TEMA II. PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

A. INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

Pregunta 14. La Unidad Responsable del Programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características:

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

Respuesta.

No. El Programa no cuenta con un Plan Estratégico para el año 2017 ni anterior.

Pregunta 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.

Si, Nivel 4: Los planes de trabajo anuales tienen todas las características establecidas.

Análisis.

El FAM presenta su Programa Anual de Trabajo 2017 institucionalizado (PAT 2017) para el año fiscal correspondiente, en un documento oficial de la DGPLADES, en el que se establece como uno de sus insumos las áreas de mejora señaladas en las diversas evaluaciones y en las auditorías practicadas al Programa. Si bien el documento es extenso, más de la mitad del mismo retoma el contenido del documento de Diagnóstico del Programa, en el que se incluye el Objetivo y describe los procesos generales del mismo. A partir de un análisis FODA se establecen las actividades para el año fiscal que se presentan en un diagrama de Gantt que incluye 6 grupos específicos de actividades, los cuales corresponden a procesos internos, financiamiento, indicadores de resultados, aprendizaje e innovación, proyectos especiales e informes. Para cada actividad al interior del respectivo grupo, es posible identificar a los responsables de la misma, su unidad de medida y su meta, por lo que se considera que cumplen con las características.

Como área de mejora se recomienda estructurar el documento del PAT en una secuencia lógica que incluya el objetivo general y para cada grupo de actividades su objetivo específico, de tal forma que las metas deriven del mismo y posteriormente describir las actividades requeridas para el cumplimiento de las metas. Es deseable que toda la información esté sistematizada en una plataforma que permita su actualización permanente para el registro de los avances y el monitoreo de los mismos durante el año correspondiente.

B. DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN

Pregunta 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.

Si, Nivel 3: El Programa utiliza informes de evaluación externa y tiene tres de las características establecidas.

Análisis.

El Programa tiene su origen en 2007 con el Programa Caravanas de la Salud con el objetivo de garantizar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. Desde un inicio, este Programa ha estado sujeto a evaluaciones externas que han emitido una serie de recomendaciones que han sido consideradas para realizar ajustes de mejora en el Programa; entre las principales que se pueden documentar son:

Evaluación Específica de Desempeño 2008 en la que presenta una amplia serie de sugerencias entre las que destacan 1. La revisión de la matriz de indicadores. Acción de Mejora: Reuniones de los operadores del Programa con la Secretaría de Hacienda para el análisis y mejora de la matriz. 2. Precisar la definición de la Población Potencial y mejorar los mecanismos de cuantificación de las poblaciones de las tres poblaciones. Sin acción de mejora.

La Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 señala entre las recomendaciones principales: 1. Mejorar la capacidad para identificar y cuantificar sus poblaciones potencial, objetivo y atendida, considerar al respecto la instrumentación de registros efectivos de la población atendida que orienten a la eventual generación de información de las acciones. Acción de mejora: Trabajar en la modificación de la definición de la población objetivo y reforzar las definiciones de población potencial y atendida. 2. Aprovechar la oportunidad que representan las ROP para hacer adecuaciones de la normatividad que contribuyan a una mejor operación y gestión del Programa. No se consideró acción de mejora ya que el Programa consideró que se encuentran claramente establecidos los servicios que se proporciona a nivel de atención médica y comunitaria.

En la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 las recomendaciones fueron 1. Conceptualización de las poblaciones potencial y objetivo con base en las necesidades de salud que se establecen en las ROP. Acción de mejora: Readecuación de los conceptos de tipo de población. 2. Establecimiento de un sistema de información confiable para la elaboración del padrón de beneficiarios. Acción de mejora: Los registros de productividad se reorganizarán de acuerdo a las nuevas definiciones de poblaciones para obtener un sistema de registro confiable que presente resultados por aspectos de salud relevantes y número de beneficiarios atendidos considerados en el anexo 7 para la toma oportuna de decisiones. 3. Construcción de mejores indicadores de fin y propósito que permitan medir de manera precisa los resultados del Programa en sus acciones de salud y no solamente como productividad. Acción de mejora: Determinación de nuevos indicadores de fin y de propósito y actualización de la MIR.

Para la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 se enlistan como recomendaciones las siguientes 1. Redefinir la población potencial, la población objetivo y la población atendida bajo los conceptos de Población de Gestión y Población Estratégica. Acción de mejora: Fueron redefinidas y publicadas en las ROP 2015 y ratificadas en 2016. 2. Utilizar otro índice para la focalización, ya que el Índice de Marginación no contiene una variable relativa a la salud. Acción de mejora: Los criterios de focalización fueron ampliados. 3. Especificar en las ROP las acciones para la atención de mujeres embarazadas, y la vinculación de las UMM en las Redes de Servicios para embarazos de alto riesgo y la atención de emergencias obstétricas. Acción de mejora: Se generó un nuevo indicador de fin para evidenciar la relevancia de la detección y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo.

En la Evaluación de Diseño 2016 se recomendó: 1. Modificar la MIR para dar correspondencia con los documentos normativos e incluir plazos de revisión y actualización de definiciones y objetivos. Acción de mejora: Revisión y actualización de la MIR e inclusión en documentos normativos. 2. El esquema de operación del Programa pone énfasis en la atención de localidades, por lo que no es adecuado valorar su contribución centrado en las personas, ya que esta pudo haber recibido diferentes atenciones durante el año, adicionalmente es necesario asignar recursos para la sustitución de UMM. Acción de mejora: Se revisará y actualizará el enfoque de los servicios otorgados y se reforzará la gestión para la obtención de recursos para la adquisición de UMM. 3. Desarrollo de una metodología robusta para la identificación y actualización de las poblaciones potencial y objetivo para establecer su distribución geográfica y establecer estrategias eficientes de cobertura. Acción de mejora: El Programa realizará gestiones para la implementación de una plataforma que incluya información validada y oficial del Sistema Nacional de Salud que permita establecer estrategias eficientes de cobertura.

En términos generales, el Programa ha realizado importantes esfuerzos para atender en forma regular y consensada, las recomendaciones emitidas por las evaluaciones como

oportunidades de mejora y ha favorecido el llevar a cabo evaluaciones frecuentes, que permitan la identificación de aspectos que mejoren la operación y gestión del mismo.

Pregunta 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.

Nivel 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.

Análisis.

Según la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015, el Programa no comprometió nuevos Aspectos de Mejora para el 2015 debido a que los hallazgos observados por dicha evaluación coinciden con evaluaciones previas y ya fueron solventados o están en proceso de solventar.

De acuerdo a la Evaluación de Diseño 2016 y al reporte de Avances de los Aspectos Susceptibles de Mejora (marzo, 2017) se enlistan cinco aspectos, uno de ellos de evaluaciones previas a 2015 que no se había solventado y los otros cuatro, producto de las recomendaciones de esta última evaluación; todos ellos actualmente solventados al 100%, según el Documento de Avances Susceptibles de Mejora del Programa del 15 de marzo de 2018 (Anexo 7).

1. Contar con una herramienta informática para la integración, organización y análisis de las Rutas de las UMM, propuestas de nuevas rutas o modificación de las mismas que permita disponer de la información de cobertura del Programa en forma precisa y clara.
2. Actualización del Diagnóstico en cada ejercicio fiscal, con el fin de tener información actualizada.
3. Actualización del Portal web para orientar a los beneficiarios y transparentar la información que el Programa genera.
4. Fortalecimiento de la MIR para disponer de una Matriz de Indicadores de Resultados acorde al objetivo de Programa y apegado a la metodología del marco lógico.
5. Reorientación del Programa para la actualización de la MIR. Estos dos últimos con la finalidad de contar con una MIR 2018 acorde al objetivo del Programa a apegada a la metodología del marco lógico.

Pregunta 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?

Respuesta.

Los resultados esperados y alcanzados de las acciones implementadas para atender cada uno de los ASM fueron (Anexo 8):

1. Contar con una herramienta informática para la integración, organización y análisis de las Rutas de las UMM, propuestas de nuevas rutas o modificación de las mismas.
 - a. **Producto esperado:** Disponer de la información de cobertura del Programa en forma precisa y clara.
 - b. **Resultado alcanzado:** Herramienta Informática.
 - c. **Comentario.** No existe una clara correspondencia entre el resultado esperado y alcanzado, ya que se quedó en fase de planeación y propuesta y la implementación de la herramienta informática estará a cargo de las Entidades Federativas. (ROP 2018).
2. Actualización del Diagnóstico en cada ejercicio fiscal,
 - a. **Resultado esperado:** Contar con información actualizada.
 - b. **Resultado alcanzado:** Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Estructura General del Diagnóstico.
 - c. **Comentario.** Los resultados esperado y alcanzado coinciden adecuadamente respecto a lo planeado.
3. Actualización del Portal Web.
 - a. **Resultado esperado:** Orientar a los beneficiarios y transparentar la información que el Programa genera.
 - b. **Resultado alcanzado:** Publicación en la página de la Secretaría de Salud, apartado DGPLADES, la cual se puede visualizar y localiza en forma directa la información que proporciona el Programa de manera pública.
 - c. **Comentario.** Los resultados esperado y alcanzado coinciden adecuadamente respecto a lo planeado.
4. Fortalecimiento de la MIR, y
5. Reorientación del Programa. Actualización de la MIR. Estos dos últimos con la finalidad de contar con una MIR 2018 acorde al objetivo del Programa a apegada a la metodología del marco lógico.

- a. **Resultados esperados para ambos aspectos:** Disponer de una Matriz de Indicadores de Resultados acorde al objetivo de Programa y apegado a la metodología del marco lógico
- b. **Resultado alcanzado para ambos aspectos:** Matriz de indicadores 2018 consistente con la metodología de su marco lógico, que puede verificarse tanto en sus ROP 2018 como en la MIR elaborada para 2018.

En general no se observan otros **resultados** adicionales de estas acciones del Programa.

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

Respuesta.

De acuerdo a la revisión de las recomendaciones emitidas por las evaluaciones realizadas y a los documentos de Posiciones Institucionales en los últimos 3 años, todas ellas fueron atendidas ya sea porque en evaluaciones previas ya habían consideradas y se encontraban en proceso de mejora y las sugerencias nuevas fueron aceptadas como aspectos susceptibles de mejora, por lo que se considera que, en general, todas han sido atendidas por el Programa (Anexo 9).

Pregunta 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?

Respuesta.

El Programa cuenta con más de 10 años de trayectoria. Desde 2007 ha estado sujeto a múltiples evaluaciones, entre las cuales se pueden enumerar y destacar los siguientes hallazgos:

Evaluaciones de diseño (2007 y 2016). La primera concluye que la lógica vertical de la MIR se valida porque identifica las relaciones causa efecto entre los diferentes niveles definidos para el Programa y sus impactos esperados; la lógica horizontal se valida pues sus niveles de objetivos están vinculados claramente con sus respectivos indicadores. Cuenta con definiciones conceptuales claras de población potencial y objetivo, sin encontrarse evidencias de su operacionalización. En términos generales, se recomienda mejorar el diseño para robustecer el planteamiento programático y metodológico. La evaluación 2016 señala que el Programa tiene una vasta experiencia y, sin embargo, es necesario realizar modificaciones a la MIR para darle correspondencia con los documentos normativos e incluir plazos de revisión y actualización de definiciones y objetivos. Se señala que no existe una metodología robusta para conocer las localidades y personas que se catalogan como población potencial. La operación del Programa se complementa con los programas de IMSS-Prospera, Seguro Médico del Siglo XXI y Seguro Popular por lo que debiera promoverse una coordinación estrecha para eficientar la atención médica.

Evaluaciones Específicas de Desempeño (2008, 2009-2010, 2010-2011, 2012-2013). En general todas aprecian un buen desempeño, avances y consolidación del Programa a través del tiempo. No obstante, también coinciden en aspectos que deben ser observados para mejorar el Programa, tales como: a) Actualización de la MIR orientada a medir el objetivo final del Programa; b) Oportuna cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo y especialmente la población atendida; c) Resolver la carencia de un padrón de beneficiarios, que no permite identificar la distribución real de la atención a la población de acuerdo a su condición de afiliación al SP o sin esquema de aseguramiento que incluye al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, d) Atender los problemas de cobertura del Programa ya que son pocas las visitas mensuales y bajo porcentaje de municipios que reciben los beneficios, e) Incluir la articulación con otras unidades de salud para la referencia de pacientes, particularmente, para la atención de emergencias obstétricas y embarazos de alto riesgo, f) Consolidar los procesos de capacitación que propicien la pertinencia cultural en la atención médica para conseguir mayor aceptación y acercamiento con la población indígena.

La revisión de las evaluaciones identifica que el Programa ha cubierto un extenso contenido de aspectos de evaluación. Sin embargo, es necesario avanzar con evaluaciones externas rigurosas para la identificación de disminución de riesgos e incorporación de

prácticas saludables y mejoras en el entorno. La madurez actual del Programa justifica la realización de evaluaciones que permitan estimar su efecto; considerando la dificultad metodológica que implica determinar un grupo de comparación apropiado para una evaluación de impacto, una alternativa factible sería contrastar las condiciones de salud de la población estudiada en evaluación previas complementarias con las condiciones actuales. Adicionalmente, evaluaciones económicas son también recomendables para fortalecer la planeación del presupuesto y mejorar la eficiencia en las estrategias del Programa.

C. DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

Pregunta 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.

Si, Nivel 2: El Programa recolecta información acerca de dos de los aspectos establecidos.

Análisis.

El Programa recolecta información anualmente para la presentación del Informe de Labores de la Secretaría de Salud, que a su vez responde al cumplimiento de las Estrategias del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. En el Informe 2016-2017, la contribución del FAM se evidencia en los siguientes apartados:

Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral. Colaboración en la identificación de áreas sin acceso a servicios de salud en 7 jurisdicciones sanitarias.

Estrategia 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Contribución a la ampliación de la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional, con las “787 unidades médicas móviles federales que dan cobertura a 722 municipios y 11,632 localidades, en beneficio de 1.637 millones de personas. Asimismo, en el período de 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se transfirieron a las entidades federativas 328,062.70 miles de pesos para cubrir los conceptos de sueldos y salarios del personal gerencial y operativo, viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las unidades médicas móviles”.

Estrategia 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud. En las actividades del Programa Anual de Evaluación 2017, el FAM fue sujeto a evaluación de consistencia y resultados y a la elaboración de Ficha de Monitoreo y Evaluación.

Líneas de Acción en las Estrategias y Líneas de Acción Transversales. El FAM contribuyó con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Acuerdo por el que se emiten sus Reglas de Operación para el ejercicio fiscal 2017.

Adicionalmente, el FAM contribuye al Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; el Cuarto Informe de Ejecución 2016 es el más reciente disponible; si bien la contribución del FAM en este documento no corresponde al período evaluado (2017), se reportó la operación del Programa respecto al número de UMM y su cobertura, el monto de los recursos transferidos a las entidades federativas y el tipo de acciones efectuadas, así como el apoyo a la población afectada por desastres naturales y emergencias epidemiológicas.

El tipo de apoyo que el FAM ofrece consiste en el otorgamiento de servicios de salud y se establece en las ROP publicadas con periodicidad anual. Para el ejercicio fiscal 2017, la cartera de servicios está basada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) con 162 intervenciones y adicionalmente las incluidas en la modalidad de Ampliación Funcional de la Oferta de Servicios de Salud como Telemedicina. Estas intervenciones se clasifican en 6 conglomerados: Salud Pública (acciones de prevención y promoción de la salud); Atención médica general/familiar y especialidad (con detección precoz y referencia de patologías que requieren atención de niveles de atención especializados); Odontología (promoción, prevención y atención de patologías); Urgencias (estabilización, diagnóstico, manejo y en su caso referencia a hospital); Cirugía general (diagnóstico, interconsulta y referencia); atención a víctimas de delitos y capacitación a personal para respuesta a emergencias y desastres. El FAM no otorga subsidios directos a la población objetivo que son sus beneficiarios como lo definen las ROP 2017 por lo que no aplican montos de apoyo, si bien se realizan las transferencias a las entidades federativas como subsidios para la operación del Programa (ROP 2017).

Respecto a las características socioeconómicas de los beneficiarios y de los no beneficiarios, no se cuenta con esta información debido a la carencia de un padrón de beneficiarios de la población atendida por el FAM que permita identificarlas. Las ROP 2017 establecen que “no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa, dado que las personas afiliadas al SPSS acreditarán su afiliación conforme a los instrumentos que establezca la CNPSS, para acceder a los servicios que brinde el Programa, sin tener que realizar ningún desembolso por la recepción de los mismos”.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3: La información que recolecta el Programa cuenta con cuatro de las características establecidas.

Análisis.

En el ejercicio fiscal 2017, el FAM contó con información sistematizada y sometida a un mecanismo de validación para monitorear su desempeño con periodicidad trimestral, mediante la captura de los datos de avance de acciones para el cumplimiento de los indicadores de desempeño en bases de datos a nivel estatal, que posteriormente se centralizan en la DGPLADES. Los documentos que establecen el proceso del sistema de monitoreo de sus acciones, se describen a continuación:

En el Anexo 7 de las Reglas de Operación del Ejercicio 2017 deben concentrarse las acciones que se realizan en las 32 entidades federativas para monitorear intervenciones seleccionadas: “atención a menores de 5 años en los servicios de control nutricional, atención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, detección y control de pacientes con enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y síndrome metabólico, detección de cáncer de mama y cérvico-uterino, atención en salud sexual y reproductiva, atención odontológica y vacunación de la población objetivo”. Este anexo proporciona información en tres rubros: 1) Pirámide poblacional; 2) Cobertura operativa; 3) Grupos de indicadores. De acuerdo con el “Manual para la integración del Anexo 7”, la información se concentra a nivel estatal (formatos PDF y Excel) y “deberá ser validada previamente en todos los casos por el Coordinador del FAM” y enviada por vía electrónica a la DGPLADES, si bien no se describe el mecanismo de validación. Asimismo, el Programa cuenta con medios de verificación para cuantificar sus acciones mediante el Informe Gerencial.

Se dispone de información actualizada y es posible medir los indicadores de componentes y actividades mediante las fichas técnicas de los indicadores y los informes que se elaboran y presentan en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH). Lo anterior permite visualizar los valores anuales mediante seguimiento con datos cuantitativos al cumplimiento de las metas de cada uno de sus indicadores contenidos en

la Matriz de Indicadores para Resultados. Sin embargo y debido a que no existe Padrón de Beneficiarios y a la debilidad de algunos de los indicadores, la información derivada tanto de las Fichas Técnicas de los Indicadores como el informe en el Tablero de Control del PASH, se considera poco confiable y poco pertinente para medir la gestión de componentes y actividades del Programa, ya que la mayoría de ellos solo miden productividad.

Áreas de Oportunidad: 1) Elaborar el padrón de beneficiarios para tener datos confiables que permitan la medición de la población que recibe las acciones del Programa; 2) Ajustar los denominadores de sus indicadores de Propósito y Componentes para expresar mejor la población objetivo; 3) Establecer y documentar la metodología para validación de la información.

TEMA III. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

A. ANÁLISIS DE COBERTURA

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

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

Respuesta.

Si, Nivel 3: La estrategia de cobertura cuenta con tres de las características establecidas.

Análisis.

El Programa presupuestario FAM presenta en sus ROP 2017 la definición de Población Objetivo como las personas de las Localidades Subsede y de LAI de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico. Contempla que “Todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”.

Como una estimación aproximada de la cobertura de la Población objetivo, en la Matriz de Indicadores se presenta el Indicador “Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud”, en el que se indica como meta anual para 2017 un 50% y alcanzada de 75.31%, y no presenta meta sexenal, por lo que no puede considerarse que abarque un horizonte de mediano o largo plazo.

La estrategia de cobertura es congruente con el diseño y el diagnóstico, ya que el Programa beneficia directamente a la población de más bajos recursos económicos y que no cuenta con servicios de salud y aunque no está establecida en documentos oficiales, se ha sistematizado en bases de datos de trabajo a nivel de la DGPLADES y consiste en la planeación de las rutas de las UMM para lograr la cobertura, sustentada en información poblacional de fuentes oficiales (INEGI, CONAPO y CDI) y de la propia Secretaría de Salud (DGIS), con el propósito de identificar las localidades en las que habita la población Objetivo; lo anterior mediante los criterios de menos de 2500 habitantes que tienen un alto o muy alto índice de marginación, localizadas en municipios con bajo IDH, con población indígena (igual o mayor a 40% de sus habitantes) y que no tienen acceso a servicios de salud (igual o más de 10 minutos de distancia de una localidad con un establecimiento de salud).

Sin embargo, esta estrategia no da una idea precisa del número de localidades que no son cubiertas por las UMM y por consiguiente quedan sin servicios de atención a la salud. Otro problema detectado por el Programa es que ciertas localidades, aun cuando cuentan con infraestructura fija en la localidad, presentan intermitencia o ausencia de servicios médicos; sin embargo, esta situación debiera ser responsabilidad de las instituciones de las cuales dependen y por consiguiente esta problemática debe ser resuelta por ellas y no por el Programa.

Pregunta 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.

Respuesta.

La metodología de focalización tiene como base la inclusión de localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud, o que por su ubicación geográfica y dispersión poblacional no cuentan con servicios de salud, o de alta y muy alta marginación de acuerdo al "Índice de marginación por localidad 2010", o ubicadas en municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (CONAPO), o de municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país.

Es importante resaltar que, la focalización se basa en localidades que carecen de servicios de salud y no en cobertura efectiva ya que esta implica otros componentes adicionales a la utilización como calidad y efectividad en términos de resultados en salud que no son tomados en consideración de acuerdo a la documentación disponible del Programa y principalmente por carecer de Padrón de Beneficiarios que permitiera identificar las condiciones de salud de su población atendida posterior al otorgamiento de los servicios.

Con base en las entrevistas con responsables del Programa, se estableció que cada entidad federativa define la prioridad para la selección de localidades y el Programa solo la valida. Se parte de bases oficiales de INEGI 2010 para cuantificar población en general. Los estados tienen una regionalización operativa con el diagnóstico de su cobertura e identifican la población que habita en localidades sin acceso a servicios de salud a partir de las bases de datos actualizadas de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

La validación de la información se realiza con la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la DGIS, ya que CONAPO e INEGI no tienen datos actualizados. Las entidades federativas a través de su Dirección de Planeación o similar, validan la información respecto a sus CLUES, pero no en todas las ocasiones se obtiene una información precisa.

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

Respuesta.

El FAM tiene como antecedentes los Programas de Caravanas de la Salud (2007), que cambia de nombre a Unidades Médicas Móviles (2015) y éste se fusiona con el Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud para en 2016 conformar el FAM. Desde sus inicios, estos programas han estado sujeto a múltiples evaluaciones externas que coincidentemente han detectado problemas en las definiciones utilizadas y cuantificaciones de sus tres Poblaciones, Potencial, Objetivo y Atendida, por lo que han recomendado la generación de definiciones más precisas, así como la elaboración de una metodología para sus cuantificaciones que permita el análisis apropiado de la evolución de la cobertura. Estos cambios frecuentes no permiten realizar un análisis riguroso de la evolución de la cobertura, como puede apreciarse en las diversas evaluaciones de desempeño, así como en las Fichas de Monitoreo.

Por otro lado, la carencia de un sistema específico de información de la población atendida, que cuantifique el número real de personas que han sido beneficiadas directamente por el Programa, así como el tipo de atención recibida, es otro aspecto que tampoco permite realizar este análisis. De acuerdo con información proporcionada por los responsables del Programa, los datos con los que se cuenta corresponden a consultas registradas como de primera vez en el año. Sin embargo, estos datos son poco confiables para una adecuada medición de cobertura, ya que una misma persona puede estar registrada por diferentes motivos de consulta, lo que provoca una sobreestimación.

Asumiendo las limitaciones previas, se realizó el análisis de la evolución de la cobertura para los 3 últimos años, a partir de la información de las metas alcanzadas en el indicador de Propósito del informe de indicadores del PASH 2015-2017, en el que se presentan las cifras de poblaciones. Para 2015 el indicador de Propósito está definido como “Porcentaje del total de personas que habitan en comunidades sin acceso a servicios de salud que es atendida por el Programa”, para 2016 como “Porcentaje del total de Personas con acceso a los servicios de salud a través de una unidad móvil” y para 2017 como “Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud”, que aunque aparentemente diferentes, los tres miden en forma aproximada la cobertura anual de la población objetivo y por consiguiente, se usaron como estimadores para evaluar la evolución de la cobertura. Asimismo, se obtuvo información de la población potencial para 2017 de la base de datos DGPLADES_PP y PO 2017 proporcionada por los responsables del Programa. De los tres años, se puede apreciar que la cobertura no tiene un patrón específico y varía para los 3 años que registran 87.7, 92.2 y 83.23%, respectivamente. Llama la atención que ambas poblaciones presentan una disminución progresiva a través del tiempo (Anexo 10).

Cabe aclarar que en 2017, existe una discrepancia entre la meta alcanzada del indicador de Propósito que se establece en el Cierre de Cuenta Pública (75.31%) con el informe del PASH que reporta 83.23%; debido a que los datos de los dos años previos se tomaron del PASH, la comparación se establece con este último para interpretar la evolución de la cobertura. De acuerdo al análisis realizado, las deficiencias en la definición, cuantificación y metodología de focalización identificadas previamente como áreas de oportunidad afectan la medición de la cobertura, lo que limita la interpretación de los datos obtenidos. Otra área de oportunidad es la carencia de padrón de beneficiarios que obliga a utilizar el número de atenciones médicas de primera vez en el año (Sin información para el Anexo 11). Adicionalmente, queda imprecisa la medición la cobertura del componente comunitario.

TEMA IV. OPERACIÓN

A. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD APLICABLE

Pregunta 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.

Respuesta.

Se presenta el Diagrama de Flujo del Proceso General del Programa (Anexo 12, “Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves”) y de los procesos clave, constituidos por tres dimensiones para el cumplimiento de sus objetivos: 1) Prevención y Control; 2) Atención Médica 3) Referencia y Contra-referencia. Todos los componentes están representados en la MIR con sus respectivos indicadores.

El proceso clave Prevención y Control es congruente con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud para realizar acciones de prevención y promoción por grupo de edad: Niños de 0 – 9 años, Adolescentes de 10 a 19, Mujeres y Hombres de 20 a 59, y Adultos Mayores. En cada grupo de edad se identifican las necesidades y se procede a ofertar los servicios en función de cinco áreas específicas: Promoción de la salud, Nutrición, Prevención y control de enfermedades, Detección de enfermedades y Salud reproductiva.

El proceso clave Atención Médica se ilustra en el diagrama de flujo correspondiente. La población que radica en el área de influencia puede acudir o es invitada para recibir atención por el equipo básico del FAM: enfermera, médico, odontólogo, y promotor polivalente. La atención se basa en la identificación de necesidades en salud para definir

los servicios que la persona requiere: de prevención y promoción, de atención médica u odontológica. La consulta médica u odontológica se deben otorgar en congruencia con lo establecido en las guías de práctica clínica y el proceso médico/odontológico comprende diagnóstico, tratamiento y educación para el autocuidado. El promotor polivalente tiene las funciones de identificar las necesidades y referir a los usuarios para atención médica/odontológica en caso necesario. Un aspecto importante del proceso es la identificación de la necesidad de referencia para otro nivel de atención.

El proceso clave referencia/contra-referencia que se presenta en el diagrama de flujo correspondiente, inicia cuando el médico identifica la necesidad de referir al paciente a otro nivel de atención, en cuyo caso, la primera decisión corresponde a determinar si la referencia debe ser urgente o se requiere consulta de especialidad o algún procedimiento diagnóstico o de rehabilitación. En este proceso, el personal de salud elabora el formato de referencia y efectúa el seguimiento del paciente para que el paciente reciba la atención requerida.

Los procesos generales y específicos del Programa están bien establecidos en las ROP 2017 y organizados para garantizar la adecuada operación de los servicios mediante manuales de procedimientos, mecanismos de supervisión y asesoría e indicadores para la medición periódica de su desempeño y resultados.

Pregunta 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.
No.

Análisis.

El Programa no cuenta con datos sistematizados acerca de las solicitudes de servicios de manera directa, ya que las bases de datos con las que se efectúa la planeación anual corresponden a la población objetivo hasta nivel de localidad y desagregada por sexo, aunque no por grupo etario, con lo que es posible solo estimar la demanda esperada de la población objetivo de manera muy general (DGPLADES-PP y PO 2017). En el componente comunitario, más que por demanda, las acciones se realizan como oferta de servicios de promoción de la salud y prevención con el apoyo de los Comités Locales de Salud y de los Auxiliares Comunitarios de Salud de las localidades donde habita la población objetivo. Estos tienen como una de sus funciones “apoyar a los equipos de salud itinerantes en reunir a las personas de su comunidad para que acudan en el horario programado a recibir los servicios de salud de las UMM” (ROP 2017). Para el componente de las acciones médicas, el personal de salud registra solo las solicitudes para la referencia a niveles de mayor complejidad.

Se carece de información individualizada respecto a las características socioeconómicas de los solicitantes de servicios; en las bases de datos de población objetivo se cuenta con el grado de marginación, tiempo de traslado a un servicio de salud y porcentaje de población indígena de las localidades en las que habitan los potenciales solicitantes de servicios, como única información para una estimación de este aspecto. Asimismo, en los Formatos de Planeación de Rutas (FPR-2017) que cada entidad federativa elabora, se especifica además de los datos anteriores, “información sociodemográfica” a nivel de localidad en cuanto a la población “sin derechohabencia a servicios de salud”, afiliada al Seguro Popular y familias Prospera.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3: El Programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, y los procedimientos cuentan con tres de las características descritas.

Análisis.

Las ROP establecen que “Todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”, lo que ubica a la totalidad de la población objetivo como receptora de los apoyos del Programa (servicios de salud). Asimismo, establece los procedimientos para recibir la atención a partir de su identificación de las fechas y horarios de las UMM en las localidades sede, subsede o área de influencia, con lo que podrá solicitar los servicios de salud del Programa. El mismo documento normativo incluye un flujograma denominado “Proceso de atención a la salud en localidades de ruta fija” en el que se definen los actores y actividades para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de atención.

Es importante señalar que debido a las características del FAM y con apego a las ROP, la operación se realiza mediante oferta de servicios a los habitantes de las localidades seleccionadas por cada entidad federativa de acuerdo a los criterios establecidos para la población objetivo, por lo que se considera que los procedimientos son congruentes con la población objetivo. Para garantizar que la oferta de servicios corresponda a la población objetivo, se cuenta con un micro diagnóstico que se oficializa en el “Anexo 6” de cada entidad federativa y con la que se elabora la pirámide poblacional anualmente con actualización trimestral para la población menor de 5 años (Manual para la integración del Anexo 7 de las Reglas de Operación para el ejercicio 2017, FAM). No se identifica un formato específico en el que se plasmen los trámites para obtener el servicio solicitado.

En cuanto a la disponibilidad para la población objetivo de los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios, la difusión se realiza a través de los Comités Locales de Salud y los Auxiliares Comunitarios, que son los enlaces entre el FAM y la población en cada localidad. De acuerdo con la Guía Operativa de Contraloría Social 2017 del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (DGPLADES, 2017), las

actividades de difusión deben entregar obligatoriamente la siguiente información a la población, por lo que se considera que están disponibles para su conocimiento:

“I. Características generales del servicio que otorga el Programa (tipo, monto, período de ejecución y fecha de entrega); II. Requisitos para la entrega de servicios; III. Derechos y obligaciones de los beneficiarios; IV. Población a la que va dirigido el servicio del Programa; IV. Instancia Normativa, Instancia Ejecutora y Representaciones Federales del Programa, así como información para su contacto; V. Medios institucionales para presentar quejas y denuncias; VI. Procedimientos para realizar las actividades de contraloría social, y; VII. Medidas para promover la equidad entre mujeres y hombres en la integración de los Comités de Contraloría Social”. Este mismo documento establece la difusión de spots radiofónicos para perifoneo en diferentes lenguas indígenas.

Como áreas de mejora se identifican la necesidad de contar con instrumentos para documentar la gestión de las solicitudes de servicios como lo establecen las ROP 2017. Debido a que existen formatos específicos con los que el Programa gestiona la afiliación de solicitantes al SPSS, lo que se especifica en las ROP como “La integración de los expedientes personales para su incorporación al SPSS y al Seguro Médico Siglo XXI, y la entrega de las Pólizas de Afiliación y Cartas de Derechos y Obligaciones de los beneficiarios”, éstos podrían ser referentes para el diseño de formatos para la gestión las solicitudes de atención médica del FAM.

Pregunta 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.

No.

Análisis.

Las ROP 2017 indican que la Coordinación Estatal del Programa es responsable de “vigilar la aplicación del marco normativo en los procesos de planeación y operación del Programa”. Sin embargo, a nivel operativo se carece de procedimientos que permitan capturar la información acerca de los procesos de recepción, registro y trámite de solicitudes de atención, por lo que no se identifican mecanismos documentados para la verificación de los mismos. Únicamente se cuenta con información respecto a planeación de la oferta de servicios del Programa a nivel de localidad y no individual. Por lo anterior, se requiere del diseño de mecanismos para primero, capturar esta información a nivel operativo y segundo, contar con instrumentos de verificación de los procesos de gestión.

Pregunta 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.

Si, Nivel 4: Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.

Análisis.

Las ROP 2017 definen la población beneficiaria como las “Personas que recibieron servicios de Atención Primaria a la Salud mediante una UMM”. Con base en esta definición, los criterios de elegibilidad se establecen claramente en el mismo documento normativo, que especifica: “Todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”. Esto aplica tanto para los procesos de la atención comunitaria como para la atención médica. Como complemento, es pertinente señalar que el criterio de la condición de afiliado al SPSS no es un requisito para recibir los servicios del Programa, aunque se enfatiza como “obligación del equipo de salud fomentar la afiliación de las personas que aún no lo estén y que no sean derechohabientes de la seguridad social”, tanto al SPSS como de los niños menores de cinco años al Seguro Médico Siglo XXI. Su publicación en el Diario Oficial de la Federación garantiza la disponibilidad pública de esta información.

La amplitud en los criterios anteriores sustenta la selección de beneficiarios a partir de la identificación de la población objetivo sin restricción de condiciones; los procedimientos para ello se encuentran claramente especificados en los documentos de planeación anual de rutas (Minuta de FPR) elaborados de manera similar por cada entidad federativa (Anexo 6 de Trabajo 2017), que incluye selección de las localidades en ruta y de la población objetivo, su desglose por población sin derechohabencia, personas afiliadas al Seguro Popular y Familias Prospera) y sistematizados en las respectivas bases de datos que se concentran a nivel de la DGPLADES (Cobertura-FAM-2017). Por lo anterior, se considera que los procedimientos están estandarizados y aunque no se encuentran disponibles en un sistema informático, se encuentran capturados en bases de datos como un sistema institucional para la planeación de las rutas.

Un área de mejora a considerar la representa la inconsistencia en la identificación de beneficiarios que se identifica en documentos oficiales (archivo: Padrón de Beneficiarios proporcionado por el Programa) y que reporta como beneficiarios para 2017 a las entidades federativas, por lo que el padrón registrado no se corresponde con lo establecido en las ROP 2017. En cuanto a las dificultades para cumplir los requisitos y acceder a los servicios, no se identifica alguna respecto a género, si bien se debe considerar la potencial barrera del lenguaje de la población indígena.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3. Los mecanismos para verificar la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen tres de las características establecidas.

Análisis.

Debido a la inclusiva definición de la población beneficiaria establecida en las ROP 2017, la verificación de sus mecanismos de selección se sustenta en la adecuada selección de la población objetivo, por lo que ésta se toma como criterio de análisis para dicho aspecto. La planeación de las rutas de las UMM es elaborada por las entidades federativas (Servicios Estatales de Salud) y validada por la DGPLADES lo que asegura su apego a la normatividad del Programa (FPR-2017_Validado). Estos formatos contienen la información de la población objetivo y son utilizados de manera homogénea por todas las entidades que ejecutan el Programa y se concentran en una base de datos, aunque no se cuenta con un sistema informático por lo que se encuentran parcialmente sistematizados. El registro de los procedimientos (rutas) se efectúa en el “Anexo 6 de Trabajo” que se incorpora en los Convenios correspondientes con los estados, lo que garantiza su conocimiento por los operadores del Programa responsables del proceso de selección de beneficiarios desde el inicio de dicho proceso.

Pregunta 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.

Si, Nivel 4: Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas.

Análisis.

Los procedimientos para el otorgamiento de los servicios que ofrece el FAM están ampliamente documentados en las ROP 2017 y en el Manual para la Integración del Informe Gerencial 2017. En éste último se especifican número de visitas a cada localidad y acciones de atención primaria que deberán ofrecerse en los siguientes rubros y dividida en acciones intra y extramuros:

- Educación para la salud,
- Promoción sobre nutrición,
- Saneamiento básico,
- Asistencia materno-infantil y planificación familiar,
- Inmunizaciones,
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales,
- Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes,
- Suministro de medicamentos esenciales.

Los procedimientos registrados son acordes con lo establecido en los Lineamientos de las ROP por lo que se considera apegados al mismo y están estandarizados pues son de seguimiento obligatorio para todos los operadores del Programa. En el caso de las acciones comunitarias, existen formatos como cédulas de micro diagnóstico de salud que registran las condiciones que requieren atención por el FAM. Asimismo, existen formatos específicos con los que el Programa gestiona la afiliación de solicitantes al SPSS, lo que se especifica en las ROP como “La integración de los expedientes personales para su incorporación al SPSS y al Seguro Médico Siglo XXI, y la entrega de las Pólizas de Afiliación y Cartas de Derechos y Obligaciones de los beneficiarios”.

Mediante las rutas fijas de las UMM, se efectúa la entrega de la oferta de servicios de salud y su planeación se encuentra sistematizada en bases de datos elaborada por los operadores del Programa (FPR-2017_Recibidos). La información de los procedimientos está disponible públicamente en las ROP 2017 publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 29/12/2016.

Como área de mejora se identifica la necesidad de establecer los procedimientos específicos para cada uno de los componentes del FAM (comunitario y de atención médica), mediante un documento institucional que con apego a lo establecido en las ROP 2017 incluya los procesos, las funciones y los instrumentos (formatos) para el registro de las acciones de los procesos a realizar por cada uno de los responsables de dichos procesos y con base en ello complementar sus bases de datos para lograr una mejor sistematización.

Pregunta 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.
Si, Nivel 3:

Análisis.

A nivel de la DGPLADES, el Manual de Organización establece como objetivo de la Subdirección de Planeación y Coordinación de Procesos Operativos en las Entidades Federativas: “Coordinar la ejecución del proceso administrativo a cargo de las Coordinaciones Estatales de Caravanas de la Salud, mediante la aplicación de la metodología establecida en las Reglas de Operación, para acercar los servicios de salud a la población objetivo del Programa de Caravanas de la Salud”.

Para ello, los procedimientos de otorgamiento de servicios son supervisados por los Coordinadores Estatales quienes los revisan a través de la Cédula de Supervisión Gerencial para confirmar su alineación con lo que establecen las ROP 2017 y el Manual para la integración del Informe Gerencial ejercicio 2017 del FAM y posteriormente son validados a nivel de la DGPLADES, todo lo cual se encuentra capturado en bases de datos (FPR-2017_Validados), aunque no existe un sistema informático formal, por lo que esta información se considera parcialmente sistematizada. Dichos procedimientos están estandarizados ya que se encuentran incluidos en el propio Manual del Informe Gerencial que es utilizado como referente por los operadores del Programa, tanto a nivel estatal como a nivel operativo por el personal de las UMM, lo que garantiza su conocimiento.

Como área de mejora se identifica la necesidad de establecer un sistema informático que incluya una plataforma única para la captura y validación expedita y oportuna de los datos respecto a los procesos para el otorgamiento de los servicios del Programa a nivel nacional; lo anterior permitiría eliminar los procedimientos de envíos de documentación mediante oficios y archivos de cada entidad federativa hacia la DGPLADES, lo que puede retrasar la identificación de situaciones que requieren resolución oportuna para la provisión adecuada de los servicios.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3:

Análisis.

Todos los servicios que el FAM otorga en cada entidad federativa son reportados en el Informe Gerencial (Manual para la Integración del Informe Gerencial ejercicio 2017) del FAM. Los apartados que incluye son Cobertura General (infraestructura, cobertura en el mes y atención primaria a la salud); se registran también las UMM que no operaron en el mes de acuerdo a lo programado e indicadores estatales para la operación del Programa.

Respecto a la provisión de servicios, las consultas médicas se registran para atenciones de primera vez y subsecuentes en las 162 intervenciones del CAUSES, por padecimiento o diagnóstico, a partir de la hoja de consulta diaria; también se documentan las acciones de auxiliares de diagnóstico con equipos médicos de las propias UMM y las acciones de prevención y promoción.

Los procedimientos para las acciones de salud de cada componente del FAM son congruentes con los establecidos con detalle en las ROP (Apartado 5.10), por lo que son públicos.

Para fines de la evaluación del cumplimiento de las metas, se documentan 48 indicadores de diagnóstico o acciones de atención clasificados en 15 grupos, de los que 4 indicadores seleccionados se incorporan en la Matriz de Indicadores de Resultados para su seguimiento a nivel de resultados por el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH). El reporte se realiza mediante el formato “Anexo 7”, que de forma trimestral se elabora por cada entidad federativa y se concentra en la DGPLADES para su análisis y seguimiento.

Todas las acciones se capturan en bases de datos estatales y posteriormente en el concentrado nacional por lo que se encuentran estandarizados, aunque no existe un sistema informático establecido de estos procedimientos. Este último aspecto representa una carencia para el FAM que requiere su atención como área de mejora, ya que permitiría mayor eficiencia en la elaboración de los reportes y la identificación oportuna de acciones de mejora en el desempeño del Programa.

Pregunta 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.

Si, Nivel 3:

Análisis.

El FAM tiene establecidos mecanismos de seguimiento de las acciones establecidas en las ROP. Los servicios entregados por el Programa en las entidades federativas se registran en el Informe Gerencial que cada una de ellas elabora, el cual se revisa y valida por los Coordinadores Estatales del Programa, para posteriormente concentrarse en a nivel central en la DGPLADES, por lo que se encuentran estandarizados.

Los procesos se encuentran capturados en bases de datos. La correspondiente a 2017 en la base: INFORME GERENCIAL CIERRE PRODUCTIVIDAD 2017, contiene la información por entidad federativa de infraestructura (número de unidades en operación y las que no operaron con número de días de falta de operación), cobertura (total de visitas en las localidades programadas y visitadas, con desglose a municipio y localidad, población objetivo programada y visitada, especificando población indígena, días laborados en el mes programados y realizados) y las acciones de atención primaria en sus dos componentes: comunitario (acciones de promoción y prevención realizadas a nivel individual y comunitario), consultas (de primera vez y subsecuentes en el año por padecimiento, así como contrarreferencias) y auxiliares de diagnóstico realizados en UMM (electrocardiogramas, ultrasonido y telemedicina). No existe un sistema informático formal para la captura de estos datos. Todos los mecanismos documentados son conocidos por los operadores del Programa ya que la información surge de nivel operativo.

Como área de mejora para todos los procedimientos persiste la carencia de un sistema informático para la concentración de los datos que se generan de manera continua, que permita dar seguimiento de manera permanente los servicios otorgados, por lo que esta es una recomendación general para lograr la eficiencia del FAM.

B. MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Pregunta 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?

Respuesta.

En las ROP 2015 se describe que “Todos los habitantes de las localidades atendidas por el Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica o creencia religiosa”, por lo que el beneficiario sólo tendrá que comprobar que habita en una localidad objetivo del Programa para recibir en forma gratuita la atención necesaria. La misma situación se replica en las ROP 2016 y 2017. De manera complementaria, el Dictamen Regulatorio emitido por la Comisión de Mejora Regulatoria para las ROP del ejercicio fiscal 2017, establece que se cumple a cabalidad con los artículos correspondientes y no se requirieron de adecuaciones previas a su publicación.

El acceso a los servicios de atención a la salud que brinda el Programa resulta muy sencillo y prácticamente sin requisitos por lo que no se requiere de una simplificación regulatoria o mecanismos especiales para agilizar el proceso.

Habría que profundizar en las áreas de referencia y contrarreferencia, que en términos de proceso se encuentran bien descritos en las ROP, pero que en campo podría ser un problema para la atención integral del paciente y que se sabe, es uno de los aspectos que frecuentemente presenta problemas resolutivos.

Pregunta 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?

Respuesta.

Dada la naturaleza del Programa (subsidios a entidades federativas), y la forma de operarlo (convenios con entidades para provisión de servicios y comodato de unidades móviles), se observan algunos problemas para la transferencia de recursos para la operación del programa.

En primer lugar, aunque según la ROP para la asignación de fondos para el ejercicio fiscal 2017 se requiere la firma de los convenios con las entidades federativas, este proceso registra retrasos por problemas administrativos en la comprobación de gasto por parte de las entidades federativas (que debe realizarse cada trimestre). De acuerdo con una revisión de los convenios firmados para el ejercicio 2017, existe variación en la fecha de firmas de convenios, que van desde enero hasta junio de 2017. Por otra parte, según lo señalado por funcionarios del FAM en entrevista y reportes sobre el financiamiento, aunque las 32 entidades federativas comprobaron gastos realizados en 2017, no fue completo en todas ellas al término del ejercicio. Este problema surge de la falta de personal administrativo del FAM en cada entidad federativa, dependiendo exclusivamente del aparato administrativo de los servicios estatales de salud (SESA), sus tiempos y procedimientos. En este caso se recomienda contratar un administrador del FAM en cada entidad federativa, al cual el personal operativo y gerencial reporten los gastos ejercidos en cada trimestre y año y que realice las comprobaciones anuales.

Una vez comprobado el gasto, para la transferencia del subsidio a cada entidad se requiere, según los convenios con las entidades federativas y el anexo 6 de la ROP, que la Secretaría de Hacienda estatal realice la apertura de una cuenta bancaria para la recepción del recurso y en 5 días hábiles, depositarla en una cuenta bancaria abierta a nombre de los Servicios Estatales de Salud para este fin. Sin embargo, como lo señalaron funcionarios de FAM en entrevista para esta evaluación, la apertura de estas cuentas también presenta retrasos, lo que genera problemas para la ministración de recursos. Como estrategia para evitar este problema, el FAM envía recordatorios a las entidades, lo que no ha tenido mayores efectos. Se considera que contar con personal exclusivo para el FAM podría remediar este problema, al dar seguimiento y encargarse de este tipo de labores a nivel local.

El retraso en estos dos puntos origina que el Programa opere sin recursos al menos el primer trimestre de cada año, sin pago para el personal operativo en las entidades federativas. Aunque este personal es pagado retroactivamente, este desfase puede comprometer la provisión de servicios, lo que debe ser contemplado en futuras ediciones

del programa. Tomando esto en cuenta, se recomienda que en los convenios con las entidades federativas se refuercen las cláusulas donde se penalice el retraso en la comprobación de gasto.

C. EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

Registro de operaciones programáticas y presupuestales

Pregunta 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:** $\text{Gastos Totales} / \text{población atendida}$ ($\text{Gastos totales} = \text{Gastos en operación} + \text{gastos en mantenimiento}$). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta.

Si, Nivel 4: El Programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.

Análisis.

Considerando la información que proporcionaron los responsables del FAM, la ROP 2017 y los informes de la Cuenta Pública, se determinó que el Programa identifica claramente el gasto que realiza, a partir del presupuesto que maneja.

La identificación y cuantificación del gasto por capítulo y rubro de gasto fue realizada por DGPLADES. La metodología utilizada fue la siguiente: Se extrajo información del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante el proceso EDO_PPTP_CALEM_ACTUA.

- Capítulo 1000 – Servicios personales. Se reportó el gasto de los conceptos 1200, 1300, 1400, y 1500. No se reportó información para las partidas 1100 “Remuneraciones al personal de carácter permanente”, 1600 y 1700 “Pago de estímulos a servidores públicos” porque no aplica.
- Capítulo 2000 – Materiales y suministros. No reportaron datos pues no se ejercieron recursos de este tipo para este Programa presupuestario en el ejercicio fiscal.
- Capítulo 3000 – Servicios generales. Sólo se incorporó la información de las partidas 3700 “Pago de viáticos y pasajes”, porque no existió gasto en otras partidas.
- Capítulo 4000 – Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas. Se concentró la información de las Transferencias a las entidades federativas de la partida 43801 mediante los Convenios específicos de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la Operación del FAM.
- No se incorporó el gasto para otros capítulos como 5000 o 6000 porque no se generaron partidas al respecto. Por otro lado, algunos conceptos, como 11301 y 17012 no se reportaron porque el formato establece para estos rubros que no aplica (N/A)

La determinación del gasto por concepto, fue realizada de la siguiente forma (Anexo 13):

- a) Gastos en Operación Directos: \$714,126,221.66. Los gastos en operación directos incluyen los gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida. Es decir, aquellos que representen el monto destinado a la adquisición de insumos necesarios para la producción de los bienes o servicios brindados por el programa. En este caso se incluyen los capítulos: 1000 Servicios personales; y 2000 Materiales y suministros. Dada la naturaleza del FAM, se incluye el capítulo 4000: Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, ya que incluyen los subsidios a entidades federativas para pagar a personal.
- b) Gastos en Operación Indirectos: \$466,963.24. Como gastos en operación indirectos, se consideran aquellos que permiten aumentar la eficiencia, y que forman parte de los procesos de apoyo, tales como gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación. En esta evaluación se incluyen los servicios a pagarse indistintamente a la producción de los bienes o servicios. Para el FAM se refieren al Capítulo 3000: Servicios generales
- c) Gastos en Mantenimiento: \$0.00 No se reportan gastos en este rubro
- d) Gastos Unitarios: \$689.19. El gasto unitario se calculó con la siguiente fórmula: $(\text{Gasto total}) / (\text{población atendida})$. El dato de población atendida corresponde al Anexo 10 y la respuesta a la pregunta 25 de esta evaluación.
- e) Gastos en Capital: \$0.00 No se reportan gastos en este rubro.
- Sumando estas cifras, el total del presupuesto 2017 del Programa que llega a la población atendida en bienes y/o servicios fue de \$714,593,184.90

Considerando lo anterior, se identificó un área de mejora que se refiere a mejorar el registro de población atendida (mencionada en la pregunta 25), lo que permitirá una mejor estimación de los gastos unitarios.

Economía

Pregunta 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?

Respuesta.

De acuerdo con información oficial, el FAM tiene dos fuentes de financiamiento: a) el monto destinado para el Programa presupuestario S200 en Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF); y b) recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para pagar los servicios provistos por las UMM. Tomando en cuenta lo calculado para esta evaluación, el monto proveniente del PEF cubre 77.3% del monto total gastado por el programa; y los recursos del SPSS, 22.7%.

Respecto al monto asignado para este rubro en el PEF 2017 (a), éste fue en total de \$836.9 millones de pesos (mlldp) y se divide en: \$421.9 mlldp para subsidios a las entidades federativas y \$415.0 mlldp para contratación del personal médico residente para trabajo comunitario itinerante que opera las UMM. De acuerdo con lo reportado por el programa, en el año se destinaron \$714.6 mlldp, es decir, 85.3% del monto asignado. Esta diferencia se explica por dos razones. Primero, sólo se transfirieron a las entidades federativas un total de \$402.1 mlldp; lo que representa un subejercicio de 8.3% del monto asignado. Cabe mencionarse que, de acuerdo con la actualización del 28 de mayo de 2018 del Tablero de Control que informa del seguimiento a los recursos transferidos a las entidades federativas en el ejercicio 2017, se han comprobado \$293.7 mlldp, es decir, 73% del monto distribuido a las entidades, mientras que \$77.0 mlldp son comprobaciones en revisión. Asimismo, se reintegró a la Tesorería de la Federación \$31.3 mlldp equivalente a 7.8% del total transferido por convenios. Por otra parte, el FAM destinó \$0.47 mlldp al pago de traslado y viáticos del personal de FAM de oficinas centrales para diversas supervisiones.

La segunda razón que explica la variación entre el monto asignado en el PEF y el ejercido, proviene del gasto para el pago de sueldos de médicos generales en las UMM en las entidades federativas. Según el reporte financiero del FAM, sólo se ejerció el 75% del monto asignado en el PEF (\$312.0 mlldp), ya que se redujo el monto pagado por seguro social y otras prestaciones sociales (rubros para los cuales se ejerció sólo el 47.0% del monto asignado); así como una reducción el pago de remuneraciones adicionales y especiales.

En cuanto a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), éstos representan una cápita por persona afiliada y atendida que cubre los servicios ofrecidos en las UMM. Estos recursos son aprobados mediante recursos de validación de las REPSS hacia el SPSS, y no existe un registro puntual del mismo. Calculando una cápita promedio de \$202.6 pesos, a partir de lo reportado para UMM 0-I (\$182.9 pesos) y las UMM II-III

(\$223.2 pesos); y la población atendida provista por el FAM (1,036,860 personas, de acuerdo con el Informe Indicadores PASH), se estima se utilizaron \$210.0 mlldp en 2017. En este caso, no es posible comparar este monto con un presupuesto asignado. En total, con base en los datos, para 2017 se asignó un monto total de \$1,063.3 mlldp para la operación del FAM, mientras que se ejercieron \$924.6 mlldp, es decir, un 16.3% menos del monto reportado en el PEF 2017.

D. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pregunta 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.

Si, Nivel 4: Los sistemas o aplicaciones informáticas del Programa tienen todas las características establecidas.

Análisis.

El FAM no cuenta con un sistema informático diseñado para la captura confiable de los datos que se generan a nivel operativo y que las entidades reportan a la DGPLADES; sin embargo, se tiene un sistema institucional para la administración y operación del Programa y que cumple las características establecidas. Toda la información de los procesos de planeación y otorgamiento de los servicios de las UMM para los componentes comunitario y de atención médica son capturados en bases de datos en el Programa Excel en cada entidad federativa, mediante formatos previamente diseñados y remitidos por la DGPLADES para su llenado (Anexo 6 de Trabajo, Formato Anexo 7 y Formato de Informe Gerencial 2017, anexos al Manual correspondiente); su validación se realiza de manera manual por los Coordinadores estatales del Programa y enviada por vía correo electrónico en el formato Excel y en PDF, mediante oficio, para su revisión y aprobación por la DGPLADES.

Los informes tienen una periodicidad con fechas establecidas, aunque en entrevista con los Responsables del Programa se refieren retrasos frecuentes en el envío de la información, lo que afecta la programación anual de trabajo y consecuentemente, la verificación de los procesos.

Respecto a la información al personal acerca de cada proceso, puede considerarse que existe, ya que los datos originales surgen de la propia operación del Programa. La integración de la información se efectúa con la concentración de los datos en la DGPLADES a nivel entidad federativa, también en formato Excel con lo que se efectúa el análisis y la validación centralizada de los distintos procedimientos: la planeación anual de

rutas con base en la población objetivo y las acciones realizadas durante el año y como informe final anual. Los procedimientos en el sistema de captura e integración de la información se han mantenido en general sin cambios en el período 2015-2017.

E. CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS

Pregunta 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?

Respuesta.

Para el Ejercicio Fiscal 2017, todos los indicadores superaron sus metas programadas (Anexo 14), excepto 2 que tuvieron un descenso mínimo y correspondieron al Objetivo de Actividad; uno de ellos, *Porcentaje de mujeres con embarazo detectado de alto riesgo en localidades responsabilidad del programa*, aunque solo tuvo menos de 2% de diferencia absoluta respecto a su meta, es relevante ya que representa el indicador base que conforma el denominador del Objetivo de Fin; en este caso, la justificación indica la falta de cumplimiento de la meta debido a las deficientes condiciones de las UMM para llegar a todas las localidades. El otro indicador fue *Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de la Unidad Médica Móvil* que se mantuvo 0.10% por debajo de la meta programada de 90.01%, ocasionado por rotación de personal y equipos que ingresaron al Programa al final del período; sin embargo, por ser un margen muy pequeño la diferencia es poco importante para el avance del Programa; el resto de los indicadores de Actividades (*Porcentaje de personal de salud itinerante completo de acuerdo a la tipología de las Unidades Médicas Móviles del Programa*, *Porcentaje de citologías cérvico-vaginales (Papanicolau) realizadas por primera vez en la población de riesgo para Cáncer cérvico uterino* y *Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición*) reportaron valores ligeramente superiores a la meta, siendo el más importante el último que representa más un resultado de la efectividad del Programa y en el que se logró superar la meta en 4.93%. Los dos indicadores de Componente (*Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados* y *Porcentaje de servicios de atención médica realizados con respecto a los programados*) y en los que la meta para ambos se reportó en 90%, lograron superar el 100% (36.47% y 14.14% respectivamente) reflejan de acuerdo a la justificación reportada por el Programa, “el compromiso de los equipos itinerantes de salud de las Entidades Federativas, toda vez que redoblaron esfuerzos para mantener activas a todas sus unidades médicas móviles, ya que al principio del año se decidió priorizar el recurso de acuerdo a la productividad de las mismas”; no obstante, es necesario analizar la posibilidad de haber efectuado una programación poco rigurosa con metas no dirigidas a impulsar el desempeño. Respecto a los indicadores de Resultado (Fin: *Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa* y Propósito: *Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso*

a servicios de salud), ambos reportaron valores por arriba de la meta en un elevado porcentaje (37.53% y 25.31%).

Con relación al avance de las metas en los últimos 3 años, en las correspondientes a Actividades solo el relacionado con capacitación enfoca al mismo aspecto, aunque no es posible establecer comparaciones ya que para los dos años previos el indicador midió “UMM con equipo itinerante completo y capacitado” mientras que en 2017 se separaron los criterios para generar un indicador que mide equipos completos y otro personal capacitado. Para los 2 indicadores de Componente, el ejercicio 2017 fue el primero de los 3 últimos ejercicios en el que ambos lograron la meta; solo en 2015 el indicador *Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados* la había logrado. Sin embargo, al analizar los valores en los 3 ejercicios revisados, se aprecia que para 2017 se redujo el numerador y en consecuencia la meta, entre 5% y 6% menos que los años previos. En cuanto al indicador de Propósito, no es posible efectuar un análisis del avance en los 3 últimos años ya que en cada ejercicio se definió con criterios diferentes. Por último, el indicador de Fin mostró avance progresivo en cada ejercicio a pesar de haberse programado una meta cada vez más elevada; llama la atención que los valores numéricos tanto del numerador como el denominador disminuyeron en cada año analizado.

F. RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

Pregunta 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.

Si, Nivel 3: Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen tres de las características establecidas.

Análisis.

Como parte de la iniciativa gob.mx, el FAM cuenta con el micrositio web <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-fortalecimiento-a-la-atencion-medica-antes-unidades-medicas-moviles-154859>. En dicho micrositio la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud realiza la difusión del Programa en los siguientes aspectos que ofrecen información actualizada a 2017 y permiten monitorear su desempeño:

a) Padrón de Beneficiarios (considerando como beneficiarios a las 32 entidades federativas) de 2011 a 2017, incluyendo estado, proyecto y monto de convenio; b) Documentos 2016 y 2017 sobre Contraloría Social, destacando el Esquema operativo de contraloría social del programa; la guía operativa; el Programa anual de trabajo (y su plan de capacitación); cuaderno de trabajo para el comité de contraloría social y premios; c) las Reglas de Operación (ROP) de 2009 a 2018; d) Directorio de coordinadores en cada estado, incluyendo su nombre, correo electrónico, dirección y teléfono; y e) Indicadores de desempeño de prestación de servicios, como reporte de productividad (únicamente para 2016, por lo que no se encuentran actualizados).

Por otra parte, las evaluaciones al Programa están incluidas en el micrositio de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, junto a otras evaluaciones de programas de salud: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/tabla.html>

Uno de los principales elementos de participación de la población en el Programa es la Contraloría Social, que establece el vínculo de la sociedad como aval de las acciones del Programa. Según las ROP, *“Como parte de la difusión del Programa, las entidades federativas deberán realizar las gestiones necesarias para difundir los Convenios Específicos de Colaboración en el órgano de difusión oficial del Estado y en las respectivas páginas de internet de los SES”*. La dependencia o entidad que opera el Programa propicia la participación ciudadana a través de la Contraloría Social con los Comités de Contraloría Social, los cuales están integrados por miembros de la comunidad en las localidades Subsede de las rutas del Programa. Estos Comités “son indispensables para el establecimiento de mecanismos de incorporación y participación social directa de los beneficiarios del Programa y en la ejecución de acciones de contraloría social. La actuación de los Comités de Contraloría Social permitirá efectuar la vigilancia integral que implica la observación y evaluación continua de las acciones de los equipos de salud itinerantes de las unidades médicas móviles del Programa en las localidades subsede” (DGPLADES: Guía operativa de Contraloría Social 2017. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica). Sin embargo, no son claros los procedimientos para la incorporación de propuestas ciudadanas para la toma de decisiones en la normatividad del FAM.

Respecto a los procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información, éstas se reciben por medio de los mecanismos de la Contraloría Social o por los mecanismos de Instituto Federal de Acceso a la Información, acorde a lo establecido en la normatividad aplicable. Los procedimientos de respuesta de información se gestionan a través de la Unidad de Transparencia de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la propia Secretaría de Salud, mediante oficios generados por el Director General de la DGPLADES, que en el 2017 fueron 20. No se reportan recursos de revisión.

Recomendaciones: Para facilitar la búsqueda de la información sobre el Programa, se recomienda que el micrositio del FAM concentre o al menos contenga una liga a los resultados de evaluación, así como para las solicitudes de información. Como propuesta de mejora es recomendable que las ROP incorporen un apartado con los mecanismos específicos para garantizar que las propuestas vertidas por los usuarios del FAM, principalmente las derivadas de su participación en los Comités de Contraloría Social, se consideren en las acciones de mejora del Programa y de esta forma, reflejen la participación de la población en la toma de decisiones del FAM, adicional a las funciones actuales de apoyo a la operación y de seguimiento de quejar de los Comités Locales de Salud.

TEMA V. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Pregunta 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.

Si, Nivel 3: Los instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población atendida tienen el inciso a) de las características establecidas y otra de las características.

Análisis.

La Guía Operativa de Contraloría Social 2017 del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica desarrollada por la DGPLADES establece que *“Los beneficiarios del Programa pueden expresar sus quejas y/o denuncias, sin ser limitativo, a través de buzones, comités de contraloría social, órganos estatales de control, órganos internos de control, instancia normativa, instancia ejecutora, y cualquier institución relacionada con la vigilancia y control del ejercicio de los recursos federales destinados para la operación del FAM”*.

Adicionalmente, el FAM cuenta con instrumentos para recoger información de la satisfacción de los usuarios (Anexo 15). La Cédula de Supervisión que con el mismo formato para los diferentes tipos de UMM se aplica con 3 preguntas a las que se da un valor numérico, como sigue:

- 1) ¿El personal de salud le da la información necesaria, pertinente y suficiente para los cuidados en el hogar, las indicaciones del tratamiento farmacológico, indicaciones higiénico-dietéticas, exámenes o estudios de seguimiento y fecha de próxima cita?
 - a. Criterio de calificación: Verificar evidencia mediante preguntas directas a 7 usuarios o a sus familiares de la localidad. Con 5 usuarios o más que den como afirmativa la pregunta se dará por buena.
- 2) ¿El personal de salud, le proporciona los medicamentos requeridos para su tratamiento?
 - a. Criterio de calificación: Verificar evidencia mediante preguntas directas a 7 usuarios o a sus familiares de la localidad. Se dará como buena la respuesta, si los 7 usuarios dan como afirmativa la pregunta.
- 3) ¿Qué opinión tienen los usuarios y sus familias sobre los servicios que presta la unidad móvil?
 - a. Criterio de calificación: Verificar evidencia mediante preguntas directas a 7 usuarios o a sus familiares de la localidad. La respuesta se contextualizará

como "buena" o "mala", con 5 usuarios que den como afirmativa la pregunta se dará por buena.

La Encuesta de Atención Centrada en el Usuario cuenta con 19 preguntas que incluyen tiempo de espera, proceso de la atención por el personal de salud (explicación de diagnóstico, tratamiento, otorgamiento de medicamentos), condiciones de la UMM, regularidad de las visitas, conocimiento de los servicios y satisfacción general con el trato por el distinto personal de salud de las UMM.

Con base en la información proporcionada por los responsables del Programa se identifica que la aplicación de los instrumentos no tiene una periodicidad establecida y se efectúa por los supervisores del Programa en las localidades que son supervisadas. El procedimiento para la aplicación de los instrumentos consiste en la selección mediante muestreo por cuota hasta completar el número establecido, con selección secuencial entre quienes recibieron la atención en las UMM; para la aplicación en comunidad, ésta se realiza mediante muestreo aleatorio. En ambos casos, los respondientes corresponden a las características de los beneficiarios y la aplicación del instrumento se realiza con la pregunta textual, por lo que se estima que no se inducen las respuestas.

Los procedimientos anteriores no permiten garantizar representatividad de las muestras para el levantamiento de la información, debido a que las localidades que son supervisadas pueden ser elegidas por criterios distintos a las que no son visitadas, en las que el desempeño del Programa podría ser diferente.

Evaluaciones previas realizadas al Programa en sus diferentes períodos, han reportado resultados de encuestas de satisfacción:

- 1) Evaluación Inicial del Programa Caravanas de la Salud (2007) en 5 entidades federativas, aproximadamente 60% de los usuarios aprobó los servicios y el resto de los encuestados mencionó insuficiencia por percepción de desprotección al requerir servicios cuando no se encuentra la Caravana en su localidad.
- 2) Evaluación Externa 2009 del Programa Caravanas de la Salud, que realizó encuesta en hogares en 7 estados y analizó la satisfacción con el trato recibido, reportándose de manera general como buena o muy buena.
- 3) Evaluación del Programa Caravanas De La Salud 2011, efectuada en 6 entidades federativas y que encontró respuestas positivas de satisfacción de los usuarios en casi 90% de los encuestados.

TEMA VI. MEDICIÓN DE RESULTADOS

Pregunta 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.

Respuesta.

La Fuente más importante que el Programa establece para documentar sus resultados a nivel de Fin y Propósito son los indicadores de la MIR, ya que con éstos da seguimiento a su desempeño en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda, que es el instrumento en el que el FAM obligatorio reporta el ejercicio, destino y resultados obtenidos a partir de los recursos federales que le son otorgados en cada año fiscal.

Asimismo, en los Cierres de Cuenta Pública se presenta el *avance físico de las metas e indicadores de resultados* de acuerdo al Artículo 181 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (RLFPyRH) que indica:

*Las dependencias y las entidades a través de su dependencia coordinadora de sector, deberán enviar trimestralmente a la Cámara de Diputados, por conducto de las comisiones correspondientes, turnando copia a la Secretaría y a la Función Pública, informes sobre el presupuesto ejercido entregado a los beneficiarios a nivel de capítulo y concepto de gasto, **así como informes sobre el cumplimiento de las metas y objetivos con base en indicadores de desempeño previstos en las reglas de operación**, incluidos los correspondientes a los convenios formalizados con las organizaciones a que se refiere el artículo 178 de este Reglamento. Dichos informes se deberán presentar a más tardar a los 15 días hábiles posteriores a la terminación de cada trimestre, salvo en el caso de programas que operen en zonas rurales aisladas y de difícil acceso, que cuenten con las autorizaciones de las Comisiones para remitir la información en un plazo.*

Otro mecanismo para documentar los resultados de Fin y Propósito en diferentes períodos del Programa con sus respectivos nombres, han sido las siguientes evaluaciones que no son de impacto:

- 1) Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, que es la primera en la que se reportan resultados a nivel de Propósito del FAM.
- 2) Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2010, que reporta utilización de los servicios de salud como uno de los aspectos analizados y que corresponde a resultado de Propósito.

- 3) Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2011, que mediante medición en campo brinda datos respecto a los servicios otorgados, que corresponden al nivel de Propósito para ese ejercicio, que fue “Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa”.
 - 4) Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012, que mediante un análisis de gabinete reporta avance en los resultados de Fin y Propósito.
 - 5) Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013, que establece deficiencia en los indicadores de Fin y Propósito, por lo que el sustento del FAM para documentar los resultados a este nivel son débiles.
 - 6) Evaluación Complementaria 2013. Componente Evaluación Operativa, que incluye un componente de utilización y acceso de los servicios, relacionado con el Propósito del Programa.
 - 7) Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015, que indica mayor fundamento por el Programa para sus resultados de Fin y Propósito.
- El Programa no cuenta con evaluaciones de impacto ni con estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que constituyan un referente con el que documenten sus resultados de Fin y Propósito.

Pregunta 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.

Nivel 3: Hay resultados positivos del Programa a nivel de Fin y de Propósito.

Análisis.

Los indicadores de Fin y Propósito del FAM que la MIR y las ROP establece para el ejercicio 2017 reportan los siguientes resultados:

Indicador de Fin:

Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa. Los resultados obtenidos fueron positivos considerando el referente de la meta programada (100%), que fue superada en 37.5% (137.5% de cumplimiento). Si bien una interpretación general manifiesta éste como un resultado satisfactorio, también puede interpretarse como producto de una planeación inadecuada al programar la meta; en el cierre de Cuenta Pública, el Programa justifica esta desviación positiva de la meta debido a que *“una mujer puede cursar con signos y síntomas de alarma que sugieran complicación de su embarazo, más de una vez durante todo el periodo gestacional; por tal motivo, es posible que una mujer sea referida en más de una ocasión a segundo o tercer nivel de atención incluso durante un trimestre; por ello, el numerador rebasa al denominador”*. Lo anterior genera una imprecisión que amerita corrección; lo que el indicador precisa y debe reportarse es el número de mujeres en quienes se efectuó la referencia en y no el número de referencias realizadas, ya que este último criterio sobreestima los resultados. En resumen, los resultados reportados no permiten establecer de manera concluyente la aportación del FAM al objetivo de Fin.

Indicador de Propósito.

Porcentaje del total de personas atendidas por el Programa por primera vez en el año en comunidades sin acceso a servicios de salud. Los resultados de Propósito fueron positivos, al haberse rebasado la meta programada (50%) y alcanzar 75.31% (incremento absoluto de 25.31% y en cumplimiento de 150.61%). El Programa establece en el Cierre de Cuenta Pública 2017 este logro como resultado *“Del compromiso de los equipos itinerantes de salud de las Entidades Federativas, toda vez que redoblaron esfuerzos para mantener activas a todas sus unidades médicas móviles, ya que al principio del año se decidió priorizar el recurso de acuerdo a la productividad de las mismas”*. Sin embargo, al analizar las fuentes de información del denominador de este indicador, que corresponde a la Población Objetivo del FAM para 2017 establecida por las entidades federativas y validada por la DGPLADES y que se cuantifica en 1,461,143 personas (DGPLADES-PP y PO 2017), no coincide con el reporte en Cuenta Pública que es el usado para el cálculo de los resultados del indicador y que se cuantifica en 1,245,840. Al efectuar la corrección

con las cifras el resultado sería 64.20%, que también supera la meta. En resumen, los resultados del indicador permiten establecer que el FAM cumple adecuadamente con su Objetivo de Propósito.

Para ambos indicadores, las fuentes de información se encuentran actualizadas al ejercicio 2017, por lo que se consideran vigentes.

Pregunta 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:

- a) Se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo.**
- b) La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa.**
- c) 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.**
- d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Programa.**

Respuesta.

Si, Nivel 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.

Análisis.

El Programa cuenta con evaluaciones que presentan hallazgos relacionados con su Fin y/o Propósito entre las se pueden describir:

- 1) Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, que analiza los indicadores de resultados, servicios y gestión con el fin de mostrar el avance del cumplimiento de objetivos y metas programadas y reporta resultados a nivel de Propósito del Programa.
- 2) Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2010, realizada en 71 localidades de 6 entidades federativas con Rutas de Caravanas y 21 localidades control, en las que no operaba el Programa. En esta evaluación se analizó utilización de servicios, correspondiente a Objetivo de Propósito.
- 3) Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2011, que entre sus objetivos principales estudió la utilización de sus servicios, característica relacionada con el Propósito del Programa y las condiciones de salud de su población objetivo. (ROP, DOF: 04/01/2011). Esta evaluación se realizó en 125 municipios con el menor índice de desarrollo humano de 6 entidades federativas.
- 4) Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012 que se realizó con la finalidad de estudiar la consistencia y orientación a resultados del Programa, a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades del Programa para proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

- 5) Evaluación Complementaria 2013, efectuada en 60 localidades de población indígena de alta y muy alta marginación en 6 entidades federativas, para obtener acceso y utilización de los servicios.
- 6) Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013.
- 7) Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Estas dos últimas también estudiaron los indicadores de resultados, servicios y gestión con el fin de mostrar el avance del cumplimiento de objetivos de los diferentes niveles y metas programadas por el Programa.

De acuerdo a esta revisión, no se encontraron estudios que comparen la situación de los beneficiarios antes y después de otorgado el apoyo.

La metodología utilizada en las evaluaciones complementarias, permite obtener de cada evaluación, información puntual de las condiciones de salud de las muestras estudiadas.

Sin embargo, no se logró determinar algún tipo de relación entre la intervención del Programa y las condiciones de salud de los beneficiarios. Finalmente, la representatividad de los resultados entre los beneficiarios sólo se logra a nivel del grupo del que fue seleccionada la muestra, no así a nivel nacional.

Respecto a las Evaluaciones Específicas de Desempeño y la Evaluación de Consistencia y resultados mencionadas, su relevancia consiste en el análisis de resultados de Fin y Propósito y características directamente relacionadas, sin bien tienen la limitante de ser estudios de gabinete.

Pregunta 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?

Respuesta.

El Programa cuenta con evaluaciones que presentan hallazgos relacionados con su fin y Propósito entre las que se pueden enlistar:

- 1) La Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 reporta resultados de Propósito con un cumplimiento de la Meta de 85.9% para Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa.
- 2) La Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2010 reporta que 39% de la muestra solicitó consulta médica en UMM, que refleja una estimación resultado de Propósito.
- 3) La Evaluación Complementaria del Programa Caravanas de la Salud 2011 refiere que 84.1% de los encuestados habían sido atendidos alguna vez en una UMM (Propósito). Así mismo, entre quienes dijeron no haber solicitado atención en la UMM, 38% refirió requerirla y 20.1% que la atención fue negada.
- 4) Evaluación de Consistencia y Resultados de 2011-2012 en la que se concluye que el Programa ha tenido resultados positivos a nivel de Fin y Propósito, es decir, se logra la meta establecida y el Programa tiene una cobertura de 98.39% personas (Fin) y 119.61% comunidades (Propósito). Sin embargo, se consideró que el indicador de Fin (“porcentaje de la población atendida”) no captura estrictamente el Fin del Programa ya que utiliza en el cálculo intervenciones como población atendida, provocando una sobreestimación y no permite una valoración adecuada de la meta. Del mismo modo, el indicador de propósito “porcentaje de localidades atendidas”, el cumplimiento supera la meta por lo que se sugiere una revisión de los problemas de focalización y actualización de fuentes de información.
- 5) En 2013, la Evaluación Complementaria muestra una baja utilización de servicios ambulatorios preventivos y curativos de la Población del 17%, debido a que las UMM no llegaban a su comunidad o a una cercana.
- 6) En la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 se cuantifica el indicador de Fin (Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa) con un valor de 98.4%, que aun cuando cumple el objetivo general del Programa no involucra resultados específicos en salud como lo establece el Fin de Programa; por otro lado, el indicador de Propósito (Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso) fue de 98.7%, considerado un indicador complementario al anterior con similares

limitaciones, por lo que no resultó pertinente como resultado de Propósito.

7) En la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 se presentaron nuevos indicadores de resultados de Fin (Porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación en localidades responsabilidad del Programa) reportando un 48% para 2013 y no determinado para 2014 y la Razón de Mortalidad Materna, que no mostró información para 2014; en cuanto a resultados de Propósito (Porcentaje del total de personas que habitan en comunidades sin acceso a servicios de salud y con alta y muy alta marginación que es atendida por el programa) se reportó en 61.9%); un indicador adicional correspondió al porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del Programa que mostró 85.5%.

Pregunta 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:

- I. Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.**
- II. 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.**
- III. Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.**
- IV. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.**

Respuesta.

No.

Análisis.

El FAM no cuenta con información de estudios o evaluaciones nacionales o internacionales que midan el impacto de programas similares y que contrasten un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características semejantes, a excepción del otorgamiento del Programa.

Pregunta 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?

Respuesta.

De acuerdo a la entrevista realizada a funcionarios de la operación del Programa, se indicó que no cuentan con evaluaciones nacionales o internacionales de impacto en programas similares.

Pregunta 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.

Análisis.

El Programa no cuenta con evaluaciones de impacto.

Pregunta 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.

Análisis.

El FAM no cuenta con evaluaciones propias para medir su impacto; el Programa cuenta con una propuesta específica diseñada para evaluar el impacto del Programa que fue elaborada en año 2013, que justificaría su realización para estos efectos. Sin embargo, debido a las dificultades metodológicas para poder realizar una evaluación con este alcance, sería factible la realización de una evaluación con diseño antes-después, utilizando como medición basal o intermedia la información derivada de evaluaciones previas que han reportado condiciones de salud de la población Objetivo en muestras de localidades en las que el Programa opera y comparar con las condiciones de salud actuales en las mismas localidades. Si bien se asumen las limitaciones para asegurar que la presencia de modificaciones sea derivada de efecto del Programa, podría tenerse una estimación del mismo.

ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Ejercicio Presupuestal 2017		
ANÁLISIS INTERNO		
Fortalezas	Debilidades	Recomendaciones
Tema I. Diseño del Programa		
La existencia del Programa está sustentada por la presencia de una necesidad de salud que es potencialmente reversible.	Carece de una definición clara del nivel al que debe establecerse la respuesta del Programa.	Reestructurar los árboles de Problema y Objetivo acorde con el nivel de acción más pertinente para el Programa (Personas, localidades o Entidades Federativas).
Se tiene definida la ubicación territorial de acción del Programa.	El Programa incluye como parte del problema o necesidad a la población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos, que dificulta su conceptualización y operación.	Excluir del Problema que justifica la existencia del Programa a la población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos perturbadores o antropogénicos e incorporar las acciones a esta población como colaboración interinstitucional e intersectorial.
	Discordancia de definición de poblaciones entre documentos oficiales.	Asegurar la homogeneidad de las definiciones en todos los documentos oficiales del Programa.
	Falta de claridad en el sustento para la focalización de la Población Objetivo, la cual se basa exclusivamente en la determinación de rutas.	Elaborar la estrategia de focalización priorizando de acuerdo al grado de necesidad de la población objetivo.
	Ausencia de Padrón de Beneficiarios.	Elaborar el Padrón de Beneficiarios con el registro nominal de la población que recibe los servicios.
Indicadores de Fin y Propósito acordes con la contribución del Programa FAM a los Objetivos Sectorial y Nacional.	Deficiencia en la Lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultado (MIR).	Adecuar los indicadores ordenando su nivel para mejorar la Lógica Vertical de la MIR.
Fichas técnicas de indicadores completas.	Algunos de los indicadores son débiles en los elementos de su fórmula.	Revisar fórmulas de los indicadores para fortalecer su capacidad de medición del objetivo correspondiente.
La mayoría de las metas de los indicadores se encuentran orientadas a impulsar el desempeño del Programa.	La línea base de 0.0 que establecen las metas de los indicadores dificulta su interpretación.	Ajustar las metas de los indicadores con líneas base que reflejen el comportamiento real del indicador al inicio de su incorporación a la MIR.
Tema II. Planeación y Orientación a Resultados del Programa		
	No se cuenta con un Plan Estratégico del Programa.	Es relevante elaborar el Plan Estratégico del Programa como fundamento y guía para los Planes Anuales de Trabajo.
Existen bases de datos de información validada manualmente para el monitoreo del desempeño de Programa.	Se carece de un sistema informático para modernizar la captura y almacenamiento de la información generada.	Considerar la factibilidad de la generación de una plataforma informática para los datos generados por el Programa.

Tema III. Cobertura y Focalización del Programa		
Estrategia de cobertura congruente con el diseño y el diagnóstico del Programa.	Dificultad para estimar cobertura por ausencia de información nominal de la población atendida.	Se requiere de la elaboración del Padrón de Beneficiarios (población atendida), para estimar adecuadamente la cobertura.
Tema IV. Operación		
Proceso general del Programa establecido con claridad de los procesos y acciones clave para su operación y su operación es validada y estandarizada.	Se carece de datos sistematizados de la solicitud de servicios de atención médica y de las características socioeconómicas de los solicitantes.	Se refuerza la necesidad de contar con una plataforma informática para el Programa.
La amplitud de la población objetivo facilita su identificación para estimar la demanda de atención.		
El Programa identifica y cuantifica sus gastos de operación, desglosado por conceptos.		
Avance satisfactorio de los indicadores de servicios y gestión así como de resultados respecto a sus metas.		
La Contraloría Social ha logrado la participación de la población en la transparencia del Programa.	Insuficiencia de mecanismos para garantizar que las propuestas de los Comités de Contraloría Social sean incorporadas en la toma de decisiones para la mejora del Programa.	Elaborar un repositorio que almacene las propuestas generadas por los distintos Comités de Contraloría social, con el propósito de ser insumos en la planeación anual de trabajo.
Se cuenta con mecanismos adecuados de transparencia que se fortalecen con la Contraloría Social.		
Tema V. Percepción de la población atendida		
Se tienen mecanismos para medir la satisfacción de la población atendida, mediante instrumentos estandarizados.	No existe una periodicidad de su aplicación así como tampoco procedimientos metodológicos que garanticen su representatividad y validez.	Generar una guía metodológica para la medición de la satisfacción de usuarios que permita información válida y representativa.
Tema VI. Medición de resultados		
Seguimiento al desempeño principalmente con indicadores de la MIR y Cierres de Cuenta Pública.		

ANÁLISIS EXTERNO		
Oportunidades	Amenazas	Recomendaciones
Tema I. Diseño del Programa		
Existe evidencia conceptual y empírica internacional que fundamenta el problema de salud al que responde el programa como el modelo de atención que lo conforma.	Falta de un referente nacional de otros programas que justifique su diseño.	Fortalecer su justificación incluyendo la evidencia del desempeño de programas nacionales que abordan un problema o necesidad similar al del Programa FAM.
Vinculación clara de los objetivos de Propósito y Fin del Programa con los Objetivos Sectoriales, Nacionales y de Desarrollo Sostenible.		
El Programa FAM se relaciona con 24 Programas o Acciones que son complementarios con sus objetivos, sin existir duplicidades con alguno.	Potencialidad de duplicidades con programas que atienden a la misma población y con acciones similares, particularmente IMSS-Prospera.	Vigilar el cumplimiento de lo establecido en las ROP 2017 y los acuerdos de coordinación, respecto a la planeación de rutas que no incluyan localidades de responsabilidad de IMSS-Prospera.
Tema II. Planeación y Orientación a Resultados del Programa		
Se cuenta con evaluaciones externas que han definido aspectos susceptibles de mejora, solventados.		
Tema III. Cobertura y Focalización del Programa		
Disponibilidad de establecimientos hospitalarios de la Secretaría de Salud para la referencia de los pacientes que ameritan atención de mayor complejidad respecto a la capacidad resolutoria del Programa.	Dificultades organizacionales de los Servicios Estatales de Salud que obligan al Programa a otorgar atención por irregularidad en la disponibilidad de servicios médicos en localidades que cuentan con estructura fija.	Acordar con las entidades federativas los ámbitos de acción del Programa FAM de acuerdo a lo establecido en las ROP, para que asuman la responsabilidad del funcionamiento de servicios de salud de las unidades fijas.
Tema IV. Operación		
La participación de la población en las comunidades en las que opera el Programa es fundamental para su operación exitosa, principalmente en las acciones comunitarias.		
Los formatos utilizados en los procesos del SPSS son referentes útiles para su adaptación y uso en la gestión para las solicitudes de atención del Programa FAM.		
	Deficiencia administrativa por parte de las entidades federativas que ocasiona retrasos en firma de convenios y comprobación de gasto.	Acordar con las entidades federativas la asignación de personal dedicado a la gestión de personal para la administración del Programa a nivel estatal. Incluir en los convenios cláusula de penalización por retrasos en comprobación de gasto.
Tema V. Percepción de la población atendida		
Resultados de evaluaciones externas muestran porcentajes ascendentes de satisfacción de usuarios de los servicios.		
Tema VI. Medición de resultados		
Siete evaluaciones que no son de impacto a partir de 2010, que establecen la medición externa de los resultados del Programa.	Se carece de evaluaciones externas de impacto, que tienen escasa factibilidad debido al contexto de los servicios que impide el rigor metodológico necesario.	Considerar evaluaciones que pueden estimar impacto con diseños cuasi-experimentales, así como evaluaciones económicas para estimar comparación o minimización de costos.

COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS ANTERIOR

La Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012 fue efectuada en general, mediante la misma estructura que la presente, por lo que el análisis comparativo se presenta utilizando los temas contenidos en el formato.

Diseño

Existe coincidencia en ambas evaluaciones en cuanto a la justificación de la creación del Programa y su sustento. La vinculación con las metas y estrategias nacionales no es comparable, debido a que su análisis correspondió a diferentes períodos de la administración federal; para 2012, las metas nacionales y objetivos sectoriales seleccionados en la evaluación tuvieron un mayor enfoque en la reducción de brechas en salud y la atención a grupos vulnerables, mientras que la evaluación 2017 tomó como referente el acceso efectivo a los servicios de salud, objetivo presente tanto en el Programa Sectorial como en el Plan Nacional de Desarrollo; lo mismo ocurre con la vinculación del Programa a metas internacionales, que en 2012 tuvieron como referente las Metas del Milenio y en 2017 los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda de Desarrollo 2015; a pesar de ello, en ambos períodos se estableció una adecuada vinculación en los distintos niveles de política. El análisis de las poblaciones efectuado presenta resultados muy similares que muestran la deficiencia del Programa, principalmente para la definición y cuantificación de la población beneficiaria/atendida, lo que refleja la persistencia de esta debilidad a pesar de las recomendaciones emitidas. En cuanto la Matriz de Indicadores para Resultados, se aprecia una mejora de los aspectos analizados en su estructura y composición de los indicadores, si bien persiste la necesidad de mejora en las metas para lograr una mejor orientación al desempeño del Programa. La complementariedad o coincidencia con otros programas es muy general y breve en la evaluación 2012, por lo que existen pocos elementos de comparación.

Planeación y orientación a resultados

El análisis de los instrumentos de planeación presenta discrepancias en el sustento del análisis de ambas evaluaciones, ya que a pesar de que el Programa no ha contado con un Plan Estratégico, en 2012 se considera el Programa de Acción Específico de la dependencia y las Reglas de Operación como equivalentes, lo mismo para evaluar la existencia de planes de trabajo, mientras que en la evaluación 2017 no se acreditan estos documentos para estos rubros; en este último ejercicio el FAM cuenta con un plan de trabajo formal, no así con Plan Estratégico. Ambas evaluaciones coinciden en una adecuada calificación para la orientación a resultados y procesos de evaluación, por la respuesta positiva del Programa para solventar los Aspectos Susceptibles de Mejora, lo que se observa con mayor claridad en la evaluación 2017. Ambos análisis

concluyen en la necesidad de nuevas evaluaciones; en 2012 se propuso una evaluación de procesos y posiblemente una medición de impacto, en tanto que en 2017 se considera factible una evaluación antes-después por la dificultad metodológica de las evaluaciones de impacto y también un abordaje económico. Existe coincidencia en el análisis de la generación de información, que en general es satisfactorio, a excepción de la relacionada con los beneficiarios por los motivos ya señalados.

Cobertura y focalización

El análisis de la cobertura enfoca a las mismas dificultades en ambas evaluaciones, derivadas de la falta de registro nominal de la población atendida y que impide el cálculo directo de la misma. Asimismo, se coincide en la necesidad de mayor precisión en la estrategia de focalización para la planeación de las rutas.

Operación

Los diagramas de flujo de ambas evaluaciones se presentan desde perspectivas diferentes y se complementan, lo que también ocurre con el análisis, que se diferencia en el abordaje del apartado de demanda de apoyos (servicios) para el cual la evaluación 2012 considera que no aplican algunos aspectos que son analizados en la evaluación 2017; sin embargo, existe coincidencia respecto a la selección de beneficiarios y el otorgamiento de los apoyos, que se consideró satisfactorio en los dos períodos y que difiere en el criterio para calificar sistematización de la información, que para 2017 se consideró parcial por carecer de un sistema informático formal. En cuanto a los cambios en el documento normativo, al parecer el período previo a 2012 requirió de mayores modificaciones que consistieron principalmente en la inclusión de definiciones, focalización y criterios de rutas; a partir de 2015, las ROP han permanecido sin cambios sustantivos. En el apartado de organización y gestión en ambas evaluaciones se identificaron problemas similares en el proceso de transferencia de los recursos a las entidades federativas, en términos de retrasos operativos de la gestión; la eficiencia y economía operativa el FAM fue bien calificado en ambos ejercicios evaluados, lo mismo que la sistematización de la información, que en la evaluación 2017 se consideró satisfactoria a través del sistema institucional a pesar de no contar con plataformas electrónicas para un sistema informático formal. En los dos períodos se confirmó un adecuado cumplimiento y avance en los indicadores en lo general, con recomendaciones en las dos evaluaciones para la revisión de denominadores de algunos indicadores. El FAM ha cumplido los aspectos de rendición de cuentas y transparencia en ambos análisis.

Percepción de la población atendida

Se coincide en una calificación positiva para los instrumentos de medición de satisfacción de sus usuarios y también en la falta de representatividad de los resultados a partir del análisis de la información del propio Programa y de los datos de evaluaciones previas. Se identifica la persistencia de la falta de calendarización que

establezca una periodicidad en la aplicación de los instrumentos, lo que permanece como un área de mejora.

Medición de resultados

Ambas evaluaciones identifican a la MIR como la principal herramienta para la documentación de resultados de Fin y Propósito por parte del FAM, así como las evaluaciones previas que no son de impacto; adicionalmente, la evaluación 2017 incluye al documento de Cierre de Cuenta Pública como otro sustento para ello. Respecto a los resultados de los indicadores de Fin y de Propósito, éstos no son comparables ya que fueron distintos en ambos períodos. En el análisis de las evaluaciones externas que no son de impacto, existe divergencia entre las dos Evaluaciones de Consistencia y Resultados 2011-2012 y 2017, ya que la 2011-2012 considera que es posible identificar una relación entre la situación actual de salud de los beneficiarios y la intervención del programa, mientras que en la 2017 no se encuentra el sustento para establecer dicha relación. Por último, existe concordancia en el apartado de evaluaciones de impacto que no se han realizado para el FAM.

CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE DISEÑO DEL PROGRAMA

Conclusiones

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica representa la operacionalización de una política de salud que desde hace más de 40 años ha estado dirigida al logro de la cobertura de atención a la salud para la población rural dispersa de México. Bajo diferentes estrategias, programas y acciones, esta política permitió su aplicación paulatina priorizando en un inicio a las entidades más pobres para posteriormente extenderse a todo el país. El inicio del Programa Caravanas de la Salud, antecedente del FAM en cuanto a su organización, estableció el esquema de transferencia de recursos a los Estados para su operación, lo que a la fecha permanece como trabajo colaborativo desde la Dirección de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud Federal.

Este antecedente, que ha permitido la organización de las acciones del Programa a nivel nacional, también ha generado mayor complejidad para su operación y para la definición del nivel de acción del propio Programa respecto a las responsabilidades a asumir por los Servicios Estatales de Salud en el otorgamiento directo de la atención. Dicha complejidad se refleja en las dificultades que el Programa ha evidenciado desde su creación en 2007 hasta la fecha actual, para la definición de sus poblaciones, de sus indicadores, de su estrategia de focalización y de la medición de su cobertura, así como para garantizar la gestión eficiente de los recursos.

El FAM es fundamental para el avance de la cobertura de atención a la salud a las poblaciones más desprotegidas de México y tiene un sólido sustento conceptual y empírico que demuestra su relevancia en las políticas de salud, únicamente complementado en los servicios que otorga por el Programa IMSS-Prospera.

Diseño. El Programa sustenta adecuadamente su diseño en la existencia de una necesidad de salud potencialmente reversible. Su alineación con los objetivos sectoriales y nacionales ha representado una fortaleza que se demuestra con la contribución al cumplimiento de los mismos. Aún se requiere mejorar el sustento para la focalización de la población objetivo y la elaboración de su Padrón de Beneficiarios para contar con un registro nominal de su población. Sus indicadores son completos y en su mayoría con metas orientadas a impulsar el desempeño, aunque algunos de ellos son débiles en sus fórmulas y deben ajustar sus metas con líneas base reales.

Planeación y Orientación a Resultados. Será necesario elaborar un Plan Estratégico que guíe sus planes anuales de trabajo. Se han atendido adecuadamente las recomendaciones de las evaluaciones externas y el avance del Programa justifica la realización de una evaluación que compare condiciones de salud actuales de su población en comparación con las identificadas en evaluaciones previas, así como una evaluación económica que guíe a fortalecer la planeación del presupuesto y mejorar la eficiencia del Programa.

Cobertura y Focalización. Aunque existe una estrategia de cobertura, las deficiencias en la definición, cuantificación y metodología de focalización afectan la medición de la cobertura, lo que limita la interpretación de los datos obtenidos.

Operación. El Programa no cuenta con datos sistematizados acerca de las solicitudes de servicios de manera directa ni con información individualizada de las características de los solicitantes, aunque si existen procedimientos para la selección de beneficiarios y para el otorgamiento de los servicios. La transferencia de los recursos a las instancias ejecutoras refiere problemas de retrasos en los procesos para la comprobación de gastos, aunque el registro de sus operaciones es completo. El avance en sus indicadores y la rendición de cuentas es satisfactorio.

Percepción de la Población Atendida. El avance en sus indicadores y la rendición de cuentas es satisfactorio. Se mide el grado de satisfacción de su población mediante instrumentos estructurados, aunque su aplicación no es representativa de su población.

Medición de resultados. La medición de resultados se realiza principalmente con los indicadores de la MIR, así como con evaluaciones que no son de impacto en sus diferentes períodos. No se tienen evaluaciones de impacto.

Propuesta de Diseño del Programa

Las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2018 y el documento de Estructura General del Diagnóstico elaborado por la DGPLADES y actualizado a 2018 constituyen un importante avance en la normatividad del FAM, en contraste con el año 2017 motivo de la presente evaluación y resuelven aspectos sustanciales que se identificaron como áreas de mejora para las que se efectuaron recomendaciones. Ambos documentos son consistentes en su conceptualización del Problema, Objetivos y Poblaciones, éstas últimas denominadas “Áreas de enfoque”; esta reestructuración permite una congruencia para la nueva definición de las mismas que se centra en localidades para las poblaciones potencial, objetivo y atendida de manera homogénea. El documento de Diagnóstico también incluye los árboles de problema y objetivo conceptualmente sustentados y que se corresponden con las definiciones poblacionales.

En la introducción, las ROP 2018 establecen que *“el Programa a través de transferencias de recursos presupuestarios federales coadyuva a que las Entidades Federativas proporcionen la prestación de atención primaria en salud en aquellas localidades con menos de 2,500 habitantes y que se encuentren sin acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población”*. Este aspecto es fundamental para la ubicación de la responsabilidad correspondiente a las entidades federativas y su compromiso para el ejercicio apropiado de los recursos transferidos y que deben ser dirigidos al otorgamiento de la atención a la población objetivo. En las mismas ROP 2018 se ha redirigido su Misión a: *“Ser un Programa que coadyuve con las Entidades Federativas con la aportación de recursos presupuestarios federales destinados a la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud en las áreas de enfoque potencial identificadas como localidades que no cuentan*

con servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente, y con una población menor a 2,500 habitantes; así como con acciones de inversión para el fortalecimiento de la RISS”.

En resumen, el diseño del FAM para 2018 ha incorporado los elementos fundamentales para su solidez y no se considera necesario realizar recomendaciones en los apartados de árbol de problema y definición de poblaciones, por lo que se elabora la propuesta principalmente para la Matriz de Indicadores para Resultados y una adición al objetivo general como sigue:

El objetivo general del FAM 2018 se establece como “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con Calidad mediante el otorgamiento de servicios de Atención Primaria a la Salud a través de UMM, por medio de la transferencia de recursos presupuestarios federales a las Entidades Federativas”.

Propuesta: Adicionar al objetivo general lo correspondiente a las localidades que representan la población (área de enfoque) objetivo del FAM:

*Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con Calidad mediante el otorgamiento de servicios de Atención Primaria a la Salud a través de UMM **en localidades con menos de 2,500 habitantes y que se encuentren sin acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura física**, por medio de la transferencia de recursos presupuestarios federales a las Entidades Federativas.*

Propuesta de indicadores para la Matriz de Indicadores para Resultados:

Indicador de Fin (Sectorial):

Actual: Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino

Propuesta: Tasa de mortalidad en menores de cinco años.

Definición del indicador. Población de menores de cinco años de las localidades de área de enfoque que reduce su mortalidad a través de la recuperación del estado nutricional.

Sustento. La contribución sectorial del FAM con el indicador actual es indirecta y limitada, ya que sus acciones se dirigen a la detección mediante la realización de citologías cervicales en un grupo de edad reducido, lo que no incluye a todas las mujeres en riesgo; aún si estas acciones permitieran la referencia de los casos detectados, la continuidad de la atención de forma oportuna y con calidad, que excede de la responsabilidad del Programa, representa la fracción más importante para lograr el impacto en reducción de la mortalidad por esta causa.

La tasa de mortalidad en menores de cinco años por el contrario, refleja de manera más directa la contribución del Programa, mediante las acciones en la recuperación de los niños con desnutrición que el FAM efectúa y que se vinculan con su Objetivo de Propósito, lo que cuenta con evidencia suficiente como efecto de reducción de riesgo de mortalidad en este grupo de edad.

Indicadores de Propósito.

1) Actual: Porcentaje de localidades con servicios de atención primaria a la salud.

Propuesta: Se mantiene sin modificaciones.

2) Actual: Porcentaje de casos referidos de embarazo de alto riesgo a un segundo nivel de atención.

Propuesta: Debe ir como indicador de componente

Definición del indicador: Referencias a un segundo nivel de atención de las mujeres embarazadas con signos o síntomas de alarma que ponen en riesgo a la mujer o al producto, atendidas en las localidades de áreas de enfoque.

3) Actual: Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición.

Propuesta: Se mantiene.

Definición del indicador: Niños menores de 5 años habitantes en las localidades de áreas de enfoque del Programa en control nutricional que logran mantener el peso para la talla normal luego de haber cursado con estado de desnutrición.

Indicadores de Componente.

1) Actual: Porcentaje de servicios de promoción y prevención otorgados con respecto a los programados.

Propuesta: Porcentaje de localidades con servicios de promoción y prevención otorgados.

Definición: Localidades de las áreas de enfoque que reciben servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, respecto al total de localidades de las áreas de enfoque del programa.

2) Actual: Porcentaje de consultas de atención médica otorgadas con respecto a las programadas.

Propuesta: Porcentaje de localidades con servicios de atención médica otorgados.

Definición: Localidades de las áreas de enfoque que reciben servicios de atención médica, respecto al total de localidades de las áreas de enfoque del programa.

El resto de los indicadores de componente se mantienen sin modificación.

Indicadores de Actividad.

1) Actual: Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de las Unidades Médicas Móviles del programa.

Se mantiene.

Eliminar el indicador “Porcentaje de personal de salud itinerante completo de acuerdo a la tipología de las Unidades Médicas Móviles del Programa” que corresponde a estructura del programa.

BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017. Diario Oficial de la Federación: 29/12/2016.

Analíticos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Disponible en:
http://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2017/analiticos_presupuestarios

Anexo 6 de Trabajo 2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Anexo 13 Evaluación – Ejercido. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Árbol de Problemas y Objetivos 2017. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Documento interno.

Aspectos Susceptibles de Mejora S200 15. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2017.

Avance Físico de las Metas e Indicadores de Resultados (Artículo 181 Del RLFPYRH). Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Archivo: Cierre de cuenta pública 2017 Indicadores MIR. Documento Institucional.

Base de datos. DGPLADES PP y PO2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. The lancet. 2008;371(9610):417-40.

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254-8.

Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. The Lancet. 2012;380(9850):1341-51.

Cédula de Supervisión Unidades Médicas Móviles. Satisfacción de Usuarios. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017. Documento Institucional.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Funciones. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/Conocenos/Paginas/Funciones.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación de la política social. Evaluación de Consistencia y Resultados. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/evaluacion_consistencia_resultados.aspx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México, DF: CONEVAL, 2013 Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf.

Convenios con Entidades Federativas del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/convenios-del-programa-de-fortalecimiento-a-la-atencion-medica-antes-unidades-medicas-moviles-142764>

Cuarto Informe de Ejecución 2016. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/.../4_IE_2016_21_03_17-ilovepdf-compressed.pdf

Dictamen regulatorio. Coordinación General de Mejora Regulatoria Sectorial. Oficio No. COFEME/16/5051. 2016

Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. Bmj. 2005 Mar 10;330(7491):565.

Encuesta de Atención Centrada en el Usuario. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017. Documento institucional.

Entrevista con funcionario. Subdirector de Planeación y Coordinación de Procesos Operativos en las Entidades Federativas. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2018.

Entrevista con funcionario. Directora De Análisis y Supervisión de Procesos Operativos. 2018.

Evaluación del Programa Caravanas de la Salud 2010. Informe Final. Universidad Nacional Autónoma de México. 2010.

Evaluación del Programa Caravanas de la Salud. Informe Final. Universidad Nacional Autónoma de México. 2011.

Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial. Informe Final. Universidad Intercultural del estado de México. 2013.

Evaluación Específica de Desempeño 2008. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2009.

Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2011.

Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2013.

Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2015.

Evaluación de Diseño Fortalecimiento a la atención médica. Centro de Estudios Financieros y de Finanzas Públicas, Facultad de Economía, UNAM. 2016.

Evaluación en materia de Diseño 2016. Opinión Institucional. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2016.

Evaluación Inicial del Programa Caravanas de la Salud. Informe Final. Universidad Autónoma Metropolitana. 2007.

Evaluación Externa 2009 del Programa Caravanas de la Salud. Informe Final. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2009.

Evaluaciones a Programas Presupuestarios de la Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación de Desempeño, Secretaría de Salud. 2016. Disponible en:
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/tabla.html>

FPR.2016.Validados para actualizar. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento interno (carpeta de archivos).

FPR-2017_Validados. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento interno (carpeta de archivos).

Fichas Técnicas de los Indicadores. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2017. Documento interno.

Fuentes de financiamiento para la operación del Programa S-200. Fortalecimiento a la atención médica. Nota informativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. DGPLADES. 2018

Guía operativa de Contraloría Social 2017. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Histórico de financiamiento 2010-2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Histórico de Cápitla 2010-2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Informe Gerencial Cierre Productividad 2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Documento institucional.

Inventario CONEVAL de Programas y Acciones para el Desarrollo Social. 2016.
<https://www.coneval.org.mx/evaluacion/ipfe/Paginas/default.aspx>

ii.2. repr-2017. Entidades Federativas. Carpeta de archivos. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Pública. 2014;35:284-90.

Manual de Organización Específico. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017.

Manual para la integración del Anexo 7 de las Reglas de Operación del Ejercicio 2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017.

Manual para la integración del Informe Gerencial ejercicio 2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017.

Matriz de Indicadores para Resultados 2017. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Documento interno. 2017.

Oficio de solicitud de información. Unidad de Transparencia de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, Secretaría de Salud. 2017. Documento Institucional.

Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Block MA, Haines A, Hamid M, Odom CH, Lei H, Levin B, Lipsey MW. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. The Lancet. 2010;375(9712):427-31.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República, 2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465

Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2008. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2009.

Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2011.

Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2013.

Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2015.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Nuevo Presupuesto DOF 30-11-2016.

Programa Anual de Trabajo 2017. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2017.

Programa de Acción Específico Vacunación Universal 2013-2018
www.censia.salud.gob.mx/.../PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf

Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. Estructura General del Diagnóstico. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2018. Documento Institucional.

Reglas de Operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (Antes Unidades Médicas Móviles). Diario Oficial de la Federación. DOF 29/12/2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/acuerdo-por-el-que-se-emiten-las-reglas-de-operacion-del-programa-fortalecimiento-a-la-atencion-medica>

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. 12 de diciembre de 2013. Primera edición, enero 2014.

Programas Sociales en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2017. Nota Informativa. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Cámara de Diputados, LXVIII Legislatura. notacefp / 003 / 2017, Enero 2017. Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2017/notacefp0032017.pdf>

5to Informe de Labores 2016.2017. Secretaría de Salud. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254434/5to_IL_SS.pdf

Realizing the Future We Want for All Report to the Secretary-General. Organización de las Naciones Unidas. 2012. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/untt_report.pdf

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, texto vigente. Última reforma publicada DOF 05-09-2007. <http://www.shcp.gob.mx/pec/Documents/rlfprh.pdf>

Seguimiento a la Transferencia de Recursos a las Entidades Federativas. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2017. Documento Institucional.

Seguimiento histórico de indicadores del Programa Unidades Médicas Móviles (antes Caravanas de la Salud). Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2017.

Tablero Control 2017. Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2017.

Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas. 2015. Disponible en: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>

FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓN

Concepto	Datos generales
Nombre de la instancia evaluadora:	Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre del coordinador de la evaluación:	Dra. Hortensia Reyes Morales
Nombres de los principales colaboradores:	Dra. María de la Luz Kageyama Escobar Dra. Lucero Cahuana Hurtado Dr. Ricardo Pérez Cuevas Dr. Juan Pablo Gutiérrez Reyes
Nombre de la unidad administrativa responsable:	Dirección General de Evaluación de Desempeño
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable:	Dr. Adolfo Martínez Valle
Forma de contratación de la instancia evaluadora:	Contrato
Costo total de la evaluación:	\$719,692.00
Fuente de financiamiento:	Recursos Fiscales

ANEXOS