

Programa Presupuestario E023
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención en Salud

Evaluación de Diseño¹

elaborada por



Coordinador del Proyecto

Manuel Urbina Fuentes

Javier E. Jiménez Bolón

José Luis Palma Cabrera

Gregorio Ornelas García

Eric. A. Cordova Manzur

Ana Rosa Moreno Vázquez

Informe Final

21 de diciembre de 2010

¹ **No citar.** Las condiciones de uso de los datos contenidos en este Informe, están determinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

Índice

Resumen Ejecutivo	01
Introducción	04
Características del Programa	05
Capítulo 1. Evaluación de Diseño	07
1.1 Análisis de la contribución a los objetivos sectoriales y nacionales	07
1.2 Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores (MI)	13
1.3 Población potencial y objetivo	26
1.4 Vinculación de objetivos en normativa aplicable y la MI	30
1.5 Coincidencias, complementariedades o duplicidades	31
1.6 Valoración final del diseño del Programa	32
Capítulo 2. Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones.....	34
Capítulo 3. Conclusiones	36
Bibliografía.....	39
Anexos	
I. Características Generales del Programa de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención en Salud (<i>P-PS</i>).....	43
II. Árbol de problema y de objetivos actuales formulados por el <i>P-PS</i>	49
III. Matriz de Indicadores 2011 elaborada por el <i>P-PS</i>	51
IV. Características de los Indicadores.....	70
V. Línea de base y temporalidad de los Indicadores.....	74
VI. Identificación de los medios de verificación	76
VII. Análisis de los supuestos de la Matriz de Indicadores del <i>P-PS</i>	77
VIII. Árbol del problema, Árbol de Objetivos y Factibilidad propuestos por INSAD	78
IX. Propuesta de Matriz de Indicadores de INSAD	81

Resumen Ejecutivo

El Programa de Prestación de Servicios en los diferentes Niveles de Atención en Salud (P-PS o Programa) inicia su operación en 2008. Se propone prestar servicios de salud a personas que presenten padecimientos de alta complejidad, referentes a la consulta externa y hospitalización, o en su caso, atención de urgencias, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento relacionados.

En el interés de la Secretaría de Salud (SSA) de evaluar el P-PS coordinado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE o Comisión), se invita a concursar con una propuesta de trabajo a Investigación en Salud y Demografía, S. C. "INSAD". Con base en el fallo del evento, se establece el período comprendido del 4 de noviembre al 21 de diciembre de 2010 para la realización de los trabajos. El objetivo es "Evaluar el diseño del Programa con el fin de obtener un diagnóstico que retroalimente su diseño y permita mejorar la gestión orientada a resultados"²

Su elaboración se realizó mediante trabajo de gabinete, con base en la información documental proporcionada por la CCINSHAE. Se utilizó la Metodología de Marco Lógico (MML); los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en los Términos de Referencia para las Evaluaciones de Diseño de Programas Presupuestarios; la Metodología de Análisis FODA, así como reuniones de trabajo con personal normativo y operativo del Programa.

Los principales resultados que se describen a continuación, se presentan con base en la estructura establecida para las preguntas que fundamentan esta evaluación.

Contribución del Programa a objetivos superiores

El Programa no tiene identificado de forma precisa el problema al que va dirigido pues, al establecerse que es el "acceso limitado...", el concepto de acceso, denota que la población debe hacer frente una serie de barreras de tipo económico, geográfico y cultural, entre otras, que limitan el acceso a dichos servicios. En consecuencia, al objetivo le correspondería dirigirse a la resolución de esta problemática que en términos generales no son atribución específica de la CCINSHAE; asimismo, no se cuenta con un diagnóstico relacionado con dicho problema.

Por otra parte, el Fin³ del P-PS es congruente con la visión de largo plazo, aunque se considera que este enunciado no es preciso en razón de que involucra dos objetivos; el relacionado a contribuir "a mejorar las condiciones de salud" y el de atender la demanda de servicios de salud", por lo que resulta necesario revisar su redacción. Respecto al Propósito se consideró que ha sido definido de una manera aceptable, aunque se identifican áreas de mejora en cuanto a su alineación en la relación lógica de propósito-objetivos-problema.

El Programa contribuye con los objetivos sectoriales y nacionales en materia de salud, a través de lograr que los problemas prioritarios de salud de alta especialidad sean atendidos; esto significa que si los institutos nacionales de salud y los hospitales federales de referencia y los regionales de alta especialidad cumplen con esta función, esto contribuiría a mejorar la salud. Al cumplirse esta relación lógica se justifica claramente la contribución del P-PS al objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, premisa que se inscribe tanto en el Programa Sectorial de Salud como en el Plan Nacional de Desarrollo.

² Términos de Referencia enviados a Insad, como Anexo de la Convocatoria a la Invitación a Cuando Menos Tres Personas de carácter Nacional Presencial N° ITP/SS/008/2010/A.

³ Con base en la MML, el Fin y el Propósito del Programa constituyen los objetivos estratégicos que orientan la obtención de resultados e impacto en la población objetivo que recibe los beneficios.

Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores (MI)

El *Programa* ha cumplido con la obligación de formular matrices de indicadores desde 2009 hasta 2011; al ser analizadas se observa madurez en su evolución e importantes avances en la construcción de sus indicadores respecto de la operación.

Lógica Vertical. Con base en el análisis de la MI, se considera que las Actividades enunciadas, en conjunto con los supuestos, no son suficientes para generar los Componentes; a su vez los cuatro Componentes son necesarios más no son suficientes para establecer la relación causal de que, en conjunto con los supuestos, se logre el Propósito, y, finalmente, si bien el Propósito se relaciona directamente con el Fin, la duplicidad de premisas identificadas en el Fin no permiten establecer, conjuntamente con los supuestos, la contribución lógica al logro del objetivo superior. En consecuencia, no se valida la lógica vertical de la MI.

Lógica horizontal. En relación con los indicadores de la MI, se identificó que la gran mayoría de éstos son necesarios pero no suficientes para medir el desempeño del *Programa*, en sus cuatro niveles de objetivos: se carece de indicadores que midan las dimensiones como economía o calidad en los renglones de la MI relacionados con las Actividades, Componentes y Propósito. Por otra parte, se considera que la mayoría de los indicadores cumplen con los criterios de ser claros, relevantes económicos, monitoreables y adecuados. De igual forma tienen definida su línea basal y temporalidad de medición. En el nivel de Fin, se recomienda incluir un indicador que mida la "tasa de reingreso" y a nivel de Propósito, incluir una medición de la "Opinión sobre la satisfacción por la atención médica recibida". La lógica horizontal se valida de forma global, identificándose áreas de mejora.

Población potencial y objetivo

Derivado de la revisión de los documentos normativos, se establece que el *Programa*, cuenta con una definición y cuantificación de la población (que presenta el problema y/o necesidad que busca resolver) elegible para su atención; con respecto a los apoyos que proporciona el *Programa*, destaca la justificación identificada sobre la sustentación de los beneficios otorgados. Por otra parte, también se cuenta con evidencias del manejo, en las unidades ejecutoras, de una base de datos en un sistema informático que permite conocer quiénes reciben los apoyos.

Vinculación de la MI con la Normatividad

Con base en los señalamientos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, el *P-PS* no está obligado a contar con Reglas de Operación; los planteamientos normativos se identifican en el Programa de Acción Específico 2007-2012 Medicina de Alta Especialidad y en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Para el caso de los hospitales de referencia y de alta especialidad, la identificación se obtiene de los manuales de organización y de los decretos de creación, respectivamente.

Coincidencias, complementariedades o similitud de acciones con otros programas federales

En el análisis de los documentos proporcionados no se identificó algún programa con el cual pudiera identificarse alguna similitud o complementariedad. Sin embargo, es importante destacar la oportunidad que representa el que instituciones como el IMSS y el ISSSTE cuenten con estrategias de medicina de alta especialidad, para analizar la utilidad de construir un sistema de alta especialidad en salud.

Fortalezas y oportunidades

El P-PS, presenta fortalezas importantes en su diseño; principalmente su alineación al *Programa Sectorial de Salud* y al *Plan Nacional de Desarrollo*, brinda la oportunidad de la continuidad; el haber cumplido con la obligación de formular matrices de indicadores para los años 2009, 2010 y 2011 le da madurez al proceso; la existencia de indicadores estratégicos y de gestión son esenciales en el desarrollo y valoración del programa, con la oportunidad de ser completados; los indicadores identificados con línea base y temporalidad de medición, le brindan aspectos de comparabilidad al *Programa*. Se considera una oportunidad el prestigio nacional e internacional de las unidades ejecutoras, la definición de atribuciones y el marco legal en que la CCINSHAE desempeña sus funciones.

Debilidades y amenazas

Respecto de sus retos, el problema o necesidad a la que va dirigido el *Programa* no se encuentra identificado de forma adecuada y precisa. Es necesario definir correctamente esta situación porque desvirtúa la razón de ser del *Programa*; se pudo constatar que no existe de manera explícita un diagnóstico del acceso limitado de la población potencial u objetivo, lo cual constituye un punto crucial porque permitiría identificar a quién, cuándo, dónde y por qué el *Programa* debe funcionar. Respecto de la MI propuesta para 2011, ésta sólo contempla cuatro Actividades, una para cada Componente, cada una de las cuales es necesaria, pero no suficiente para reproducir por sí sola cada uno de los Componentes; esta parte es una de las secciones trascendentes para valorar el desarrollo del *Programa*.

Resumen

De acuerdo con los resultados mencionados con anterioridad -y que son desagregados en las secciones siguientes- se considera que el diseño del *Programa*, como está reflejado en los documentos normativos proporcionados y las evidencias obtenidas, permite alcanzar el Propósito expresado en la MI, aun cuando se identifican importantes áreas de oportunidad.

Introducción

El *Programa* tiene como finalidad el contribuir a mejorar la salud de la población atendiendo la demanda de servicios en las unidades ejecutoras. Se ubica, según la clasificación programática presupuestal, como un programa presupuestario categoría "E" de Prestación de Servicios Públicos y, en consecuencia, está sujeto a la obligatoriedad de formular la MI.

Asimismo, en el marco de los *Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*, la evaluación de diseño a la que está sujeta, tiene como propósito identificar las áreas de oportunidad en cuanto a la definición y conceptualización del problema que se busca atender y su diagnóstico correspondiente, la relación con los ordenamientos programáticos superiores, la congruencia de la MI con los lineamientos de planeación que se han establecido, las conceptualizaciones de la población en sus definiciones de potencial, objetivo y atendida; su relación con la normatividad que le aplica y los niveles de complementariedad con otros programas federales de la Administración Pública Federal (APF).

En este *Informe Final* se presentan los resultados de la evaluación de diseño del *Programa* en cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos entre la **CCINSHAE** e **INSAD**. La organización de este documento y la estructura de contenidos y elementos metodológicos utilizados, consideran los Términos de Referencia establecidos por el *CONEVAL*. La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete a partir de la información proporcionada por la *CCINSHAE*, a través de la *Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos*. También se llevaron a cabo reuniones de trabajo con servidores públicos responsables del diseño y la operación del *Programa*, con la finalidad de conocer aspectos específicos de la operación, así como obtener información adicional sobre su diseño y en especial sobre la MI. De igual forma se realizó la búsqueda intencionada de documentación oficial relacionada con el *Programa*, la cual fue sometida a la autorización de la *CCINSHAE* y, en todos los casos, fueron autorizadas como elementos normativos adicionales para la evaluación.

La estructura de esta evaluación de diseño se fundamenta, en gran medida, en dar respuesta a 27 preguntas relacionadas con los temas antes mencionados; de éstas, diecinueve se relacionan directa o indirectamente con la MI; por ello, gran parte de los elementos metodológicos utilizados y referidos ocupan la *MML*, así como herramientas auxiliares referentes a la construcción de los Árboles del Problema y de Objetivos.

Para dar respuesta a las preguntas se siguieron los criterios establecidos en los Términos de Referencia citados; en cada respuesta se incluyeron, en la medida de la información disponible, los elementos necesarios para explicar los resultados; cuando así fue necesario, se incorporaron como nota al pie de página las citas que permiten una aclaración específica o que dan la referencia documental para una mayor profundización en el tema. Para una mejor interpretación de las respuestas se sugiere tener al alcance los Términos de Referencia comentados.

Este documento contiene, además del Resumen Ejecutivo que se ha incluido en un inicio, la Introducción y la sección de Características del Programa; asimismo, en el capítulo 1 se da respuesta a las 27 preguntas; en el capítulo 2 se describen los principales elementos de las Fortalezas y Debilidades identificadas en las preguntas de referencia y, en el capítulo 3 se establecen las principales Conclusiones de esta evaluación; finalmente se incluyen la Bibliografía y los Anexos.

Características Generales del Programa⁴

El P-PS, inicia sus actividades en el año de 2008, con la función de coadyuvar a solventar la problemática detectada en los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, expresada en su Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad⁵, en el cual se dedica un apartado para describir las complicaciones por las que atraviesan, entre las que destacan: "heterogeneidad de criterios operativos; ineficacia en el sistema de referencia y contrarreferencia; sobredemanda de atención de urgencias; insuficiencia de recursos y de áreas adecuadas para desahogar la población en urgencias (...); alta demanda derivada de las zonas conurbadas; personal insuficiente; saturación en algunos servicios..."⁶. Ante tal situación, el Programa se propone atender a las personas con problemas de salud que presenten padecimientos de alta complejidad en los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población demandante de los servicios que se otorguen, principalmente en la consulta externa, hospitalización y, en su caso, atención de urgencias, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento relacionados.

El Programa, por la naturaleza de sus beneficios, no cuenta con una focalización municipal o local; se operacionaliza a través de 23 unidades ejecutoras: diez de los doce⁷ institutos nacionales (INSalud) (exceptuando los institutos de Salud Pública y de Medicina Genómica); seis hospitales federales de referencia (HFR): Juárez de México, General de México, Dr. Manuel Gea González, Nacional Homeopático, de la Mujer y Juárez Centro; seis hospitales regionales de alta especialidad (HRAE): del Bajío, Oaxaca, Yucatán, Ciudad Victoria, Chiapas e Ixtapaluca y los Servicios de Atención Psiquiátricos, lugares en donde se ofrecen a los usuarios atención médica especializada, con una cuota de recuperación que está en función de un estudio socioeconómico.

El P-PS, está fundamentado en el compromiso de la CCINSHAE respecto a los mandatos establecidos en la Ley de Institutos Nacionales de Salud, en los que se señala en el Artículo Sexto, Fracciones Séptima, el deber de "Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización"⁸, y Octava "Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada"⁹.

De igual forma se norma con las funciones establecidas para los HFR que en sus manuales de organización establecen en sus funciones: 1) "Proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de la alta especialidad de la medicina y en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico" y 2) "Prestar servicios de Hospitalización y de consulta en las especialidades con que cuenta, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".

⁴ Este apartado se ha elaborado con base en la información disponible en el Anexo 1 de este documento.

⁵ Secretaría de Salud (2007), **Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad (2007-2012)**, SS ISBN: S/N, México.

⁶ *Ibíd.* Pág. 35.

⁷ Los Institutos Nacionales de Salud son: de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"; de Cancerología; de Cardiología "Ignacio Chávez"; de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"; de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; de Medicina Genómica; de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suárez"; de Pediatría; de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"; de Rehabilitación; de Salud Pública y el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2000), **Ley de los Institutos Nacionales de Salud**, Última Reforma DOF 14-07-2008, México, Pág. 4.

⁹ *Ibíd.*

Para los HRAE sus decretos de creación obligan a "Proporcionar los servicios médico-quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios de alta especialidad que determine su Estatuto Orgánico, así como aquéllos que autorice la Junta de Gobierno, relacionados con la salud. Estos servicios se regirán por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usarlos, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".

El instrumento normativo regulador de forma directa es el Programa de Acción Específico 2007-2012 Medicina de Alta Especialidad (PAE).

El Programa en el año 2009, tuvo un presupuesto asignado de \$ 12,015.94 millones de pesos y para 2010, es de \$11,825.3, millones, lo que muestra una reducción presupuestal respecto del año anterior.

Informe final

Capítulo 1. Evaluación de Diseño

1.1 Análisis de la contribución del programa a los objetivos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales

P1. ¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el programa está identificado de forma precisa?

Respuesta: 2 NO

Con base en los documentos analizados,^{10,11} se considera que el problema al que va dirigido el P-PS no se encuentra identificado de forma precisa pues, al describir que se busca resolver el "acceso limitado de la población abierta a servicios de salud de alta especialidad", el concepto de acceso denota que la población tiene que afrontar una serie de barreras de tipo económico, geográfico, organizacional y cultural que limitan el acceso a dichos servicios¹². En consecuencia, el objetivo (Propósito) tendría que dirigirse a la resolución de esta problemática que, en su mayor parte, no constituye una atribución específica actual de la CCINSHAE. Esta observación se fortalece si, de acuerdo con la MML¹³, al pasar a positivo el problema para construir el objetivo, éste quedaría como "acceso ilimitado", lo cual no sería factible de garantizar en el ámbito de responsabilidad de la CCINSHAE.

En el capítulo de diagnóstico del PAE, se describe la diversidad de la problemática en los institutos nacionales de salud (INSalud), los hospitales federales de referencia (HFR) y los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE); los planteamientos se orientan a la insuficiencia en la infraestructura y en los recursos humanos y tecnológicos y, en consecuencia, la saturación de los servicios.

En este contexto, la problemática es posible delimitarla en relación con la demanda insatisfecha de servicios especializados dirigidos a la población abierta. Para el análisis de esta situación se llevaron a cabo reuniones de trabajo con representantes del área médica y de planeación de unidades ejecutoras representativas del Programa¹⁴ y se llegó al acuerdo preliminar de que una definición más adecuada del problema que el Programa debe atender se relaciona con la existencia de una "Demanda no atendida de servicios especializados de salud". La versión positiva de este planteamiento (Árbol de Objetivos) sería: "demanda atendida de servicios especializados de salud". Desde esta perspectiva, los HFR tendrían que cumplir con una política de "cero rechazos" y para los INSalud y HRAE implicaría la aceptación del cien por ciento de los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad.

Este ajuste al problema o necesidad prioritaria del Programa, se refleja en el Árbol del Problema y en el Árbol de Objetivos que se plantean como propuesta (Anexo VIII) y como resultado de las reuniones de trabajo ya comentadas.

¹⁰ La definición del problema al que va dirigido el Programa se obtuvo de la consulta al **Árbol de Problema** (Anexo II), elaborado por la CCINSHAE en el contexto de la Matriz de Indicadores 2011.

¹¹ SSA. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. **Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina de Alta Especialidad**. México, 2008.

¹² Pabón Lasso Hipólito, M.D.: **Evaluación de los servicios de salud**. Universidad del Valle Facultad de salud, Departamento de Medicina Social. Cali 1985; Cap.

¹³ CEPAL, ILPES. Eduardo Aldunate. **Boletín 15, Metodología de Marco Lógico**. Se refiere a la etapa que consiste en convertir el Árbol del Problema con un enfoque negativo, al Árbol de Objetivos con un enfoque positivo.

¹⁴ Para el análisis del Informe Preliminar de la Evaluación de Diseño 2010 y, de forma particular, los aspectos relacionados con: 1) el problema a resolver por el Programa y el diagnóstico correspondiente; 2) la definiciones de población potencial, objetivo y atendida y sus dimensiones y características y 3) la Matriz de Indicadores de forma integral, se conformó un grupo de unidades ejecutoras que participaron en diferentes reuniones llevadas a cabo del 8 al 20 de diciembre de 2010; las unidades son: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Cardiología, Hospital Infantil de México, Hospital General de México, Hospital Juárez de México y el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

P2. ¿Existe un diagnóstico adecuado, elaborado por el programa, la dependencia o entidad, sobre la problemática detectada que sustente la razón de ser del programa?

Respuesta: 2 NO

De acuerdo al *Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad* de la CCINSHAE, se pudo constatar que no existe de manera explícita un diagnóstico que describa la problemática del “*acceso limitado de la población abierta a servicios de salud de alta especialidad*” expresado en el *Árbol del Problema* (2011). La problemática señalada en dicho PAE¹⁵ se dirige fundamentalmente a la insuficiencia en infraestructura y recursos, así como a la complejidad organizativa y gerencial. La problemática de accesibilidad se refiere como un aspecto secundario y no fundamenta lo referente a la accesibilidad geográfica, económica y cultural. Tampoco detalla la población potencial ni objetivo a quien están dirigidas las acciones (población con necesidades de atención médica especializada).

Si la razón de ser del *Programa* se orienta a resolver el “limitado acceso de la población a los servicios de alta especialidad” sería necesario fundamentar el problema desde el concepto de accesibilidad del que se parte, hasta la descripción de sus causas y efectos en una población potencial y objetivo bien delimitadas.

Algunos de los planteamientos de la *Comisión* identifican, entre otros problemas, la centralización de la atención hospitalaria en las principales ciudades del país, la insuficiente inversión en infraestructura hospitalaria, la saturación de los servicios por exceso de demanda y la falta de accesibilidad para los grupos menos favorecidos. Si se retomara la respuesta a la pregunta 1, la necesidad prioritaria se focalizaría en la demanda no atendida de la población y entonces, el diagnóstico y fundamentación del *Programa* se tendría que orientar a las causas que la condicionan y los efectos que producen.

Desde la visión de **INSAD**, y como resultado de las reuniones participativas con responsables de unidades ejecutoras representativas de la CCINSHAE, se proponen el *Árbol del Problema* y el *Árbol de Objetivos* (Anexo VIII) tomando como referente y problema central a resolver la demanda no atendida de servicios especializados de salud.

Con base en estos planteamientos se recomienda llevar a cabo el diagnóstico correspondiente al problema y a las causas y los efectos identificados; para ello, será de gran utilidad la información contenida en los “diagnósticos situacionales de salud” con los que muy probablemente cuentan todas las unidades ejecutoras. Tal es el caso del proporcionado por el *Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío*.¹⁶

¹⁵ Secretaría de Salud, CCINSHAE. Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Medicina de Alta Especialidad. PP 22

¹⁶ CCINSHAE. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Diagnóstico Situacional de Salud en la Región CO1 y Población Objetivo 2010.

P3. ¿El Fin del programa está definido de forma precisa?

Respuesta: 3 Sí

El Fin¹⁷ que plantea el *Programa* contribuye a un objetivo superior y de desarrollo al señalar en su definición “Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad”.

Con base en la MML¹⁸, este planteamiento es congruente con la visión de largo plazo, pues no necesariamente se logrará el Fin al término del *Programa*.

Sin embargo, este planteamiento no es preciso en virtud de que involucra dos objetivos:

1. El relacionado a contribuir “a mejorar las condiciones de salud de la población” y,
2. El de “atender la demanda de servicios de salud”.

En este contexto, se recomienda como área de mejora, redefinir el Fin a partir de la segunda premisa que, siendo de un carácter superior al Propósito, refleja la finalidad última que tiene el *Programa*. Este planteamiento, como principio único, implicaría un escalón superior en relación con el objetivo central del *P-PS*.

Por otro lado, es importante la relación del Fin con el problema a solucionar y el objetivo principal del *Programa*. Si el Fin planteado se alinea al problema de satisfacer la demanda y al propósito de atender la demanda de atención de servicios especializados de la *Comisión* se guardaría mayor congruencia vertical y se daría mayor precisión al Fin.

¹⁷ El Fin se ha obtenido de la **Matriz de Indicadores del Programa E 023** Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención, proporcionado por la CCINSHAE de la SSA; Noviembre de 2010. (Anexo III)

¹⁸ Edgar Ortégón, et al., **Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas**; ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, julio de 2005.

P4 ¿El Propósito del programa está definido de forma precisa?

Respuesta: 3 Sí

El P-PS considera como Propósito que "Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad". Se considera que este enunciado es aceptable ya que precisa el objetivo del Programa en términos de la atención a la demanda que se presenta en las unidades ejecutoras, sobre padecimientos de alta complejidad. Del análisis realizado, de acuerdo con la MML, en la relación metodológica que debe haber entre los Árboles del Problema y de Objetivos y el Propósito establecido se identifican las siguientes áreas de mejora:

- En la lógica de alineación (propósito-objetivos-problema) se debe considerar que en el Árbol de Objetivos del Programa se señala que "La población cuenta con acceso a servicios médicos de alta especialidad" (Anexo II). Si "la accesibilidad es la condición variable de la población para poder utilizar o ser atendidos por los servicios de salud", entonces la población que requiere de servicios de alta especialidad tiene que afrontar una serie de barreras de tipo económico, organizacional, geográfico y cultural que limitan el acceso a dichos servicios (Pabón Lasso). De esta forma, el árbol de objetivos del Programa tendría que orientarse a evitar dichas barreras y reducir los efectos de la limitada accesibilidad.
- En el mismo sentido, la alineación del Árbol de Objetivos con el del Problema debe mejorarse, debido a que en éstos se manifiesta "el acceso limitado de la población abierta a los servicios de alta especialidad" y las causas subyacentes las enfoca, entre otros, al insuficiente otorgamiento de servicios por falta de atención ambulatoria, aprovechamiento limitado de infraestructura, disponibilidad limitada a servicios de diagnóstico, oferta limitada de servicios de rehabilitación. Al parecer, esta problemática corresponde más bien a la insuficiente disponibilidad que al acceso a los servicios. Pabón Lasso define la disponibilidad como "la relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población a la cual están destinados. La medida de la disponibilidad permite evaluar la equidad (a mayor necesidad, mayor recurso) que se refiere a la existencia de recursos (humanos, físicos o financieros) con que se cuenta para atender las necesidades de una población dada".
- Con base en esta fundamentación se debe mejorar la alineación del Propósito con los objetivos del PAE, que señala como: a) Fortalecer la infraestructura y equipamiento de las unidades de alta especialidad del país para brindar servicios de salud de alta calidad y favorecer el acceso. b) Impulsar la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad, considerando las proyecciones demográficas, epidemiológicas y desarrollo tecnológico que se presente en el país. c) Adoptar modelos de organización y operación innovadores, en unidades de alta especialidad, para eficientar la gestión hospitalaria y d) Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en la red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad. Aunque se menciona la accesibilidad, se manifiesta supeditada a otros elementos relacionados a la disponibilidad de recursos y el desarrollo organizacional.

Es importante mencionar que estos aspectos de mejora han sido atendidos en una primera instancia con base en los acuerdos establecidos entre la CCINSHAE y las unidades ejecutoras en las reuniones ex profeso llevadas a cabo en el contexto de esta evaluación de diseño, y que relacionan el problema de "Demanda no atendida de servicios especializados de salud" con el Propósito de "La demanda a la Comisión sobre servicios especializados de salud es atendida".

P5. ¿A qué objetivo u objetivos del Plan (*Programa*) sectorial y/o especial de la dependencia y/o entidad responsable, está vinculado o contribuye el programa?

a) *Análisis de la vinculación*

Para analizar la vinculación del *P-PS* con el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*^{19,20,21} (*Prosesa*) se toma como referencia el Fin y el Propósito establecidos en la MI para 2011. Se identifica que:

1. *El Fin se relaciona de forma directa con el primer objetivo del Prosesa que establece "Mejorar las condiciones de salud de la población".*
2. *El Propósito refiere que los problemas de salud de alta complejidad son atendidos, premisa que se vincula de forma complementaria con el objetivo sectorial tercero que plantea "Prestar servicios de salud con calidad y seguridad".*
3. *Se identifica que el Propósito del P-PS se relaciona de forma directa con la Estrategia 5 del Prosesa que considera "Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud" a través de la línea de acción de "Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad". De igual forma se tiene una vinculación indirecta con la Estrategia 10 "Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios", en relación con la creación de nuevas unidades de atención hospitalaria.²²*

b) *Análisis de la contribución*

Para analizar la contribución del *P-PS* al *Prosesa* se considera la siguiente relación causal: El *Programa* tiene como Propósito que los problemas prioritarios de salud de alta especialidad sean atendidos; esto significa que si los institutos nacionales de salud y los hospitales de alta especialidad cumplen con esta función, esto contribuiría a mejorar la salud. Al cumplirse esta relación lógica se justifica claramente la contribución del *P-PS* al objetivo sectorial de mejorar las condiciones de salud de la población.

¹⁹ En julio de 2007 la SHCP emitió los **Lineamientos para la elaboración de los Programas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**¹⁹, para garantizar la vinculación entre el PND y los programas sectoriales (PS). En estos *Lineamientos*, se solicitó a las dependencias una *versión ejecutiva* de cada PS y, opcionalmente, se podría desarrollar una versión ampliada del mismo. Este fue el caso de la Secretaría de Salud que elaboró el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y posteriormente publicó el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. El *Prosesa* constituye el marco programático para la elaboración de los programas de acción y programas presupuestarios correspondientes.

²⁰ Diario Oficial de la Federación; **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**. 17 de enero de 2008.

²¹ La Secretaría de Salud instituye el programa de trabajo sexenal a través del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo; en este documento se establecen los objetivos, estrategias y líneas de acción que en materia de salud seguirán las dependencias e instituciones del Sistema Nacional de Salud. Es importante considerar que el *Prosesa* no define estrategias de forma específica para cada uno de los objetivos establecidos, sino que lo hace de forma global. Es decir, se formulan cinco objetivos y diez estrategias que no se relacionan de forma directa.

²² Líneas de acción relacionada: 10.5 Promover la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAES y UNEMEs) y nuevas unidades de atención hospitalaria, con modelos innovadores de financiamiento.

P6. Con base en lo anterior, analizar y evaluar si existe una relación lógica del programa con los objetivos nacionales del Plan Nacional de Desarrollo.

Debe considerarse que, con base en la normativa que se definió para la elaboración de los programas presupuestarios²³, el *Prosesa* constituye el referente normativo indicado para analizar la vinculación; es decir, no necesariamente tiene que haber una vinculación directa entre el *P-PS* y el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*²⁴.

En consecuencia, la relación del *P-PS* con el *PND* se ha expresado a través del *Prosesa*; en la respuesta anterior (Ver pregunta 5) se mostró la vinculación entre ambos programas.

En el contexto de los objetivos (Fin y Propósito) establecidos para el *Programa*, el *PND* se vincula con el *Prosesa* a través del objetivo nacional 5,²⁵ que refiere *reducir la pobreza extrema* y del Eje 3 "Igualdad de Oportunidades", con el tema 3.2 de salud.

Esta relación se da bajo dos premisas directas: con el objetivo 4 del Eje 3, que refiere "*Mejorar las condiciones de salud de la población*" y con el objetivo 5 que ordena "*Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente*". En las estrategias de este último, se encuentra el sustento del *P-PS*. Las Estrategias 5.1 y 5.3²⁶ consideran implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica y asegurar los recursos humanos suficientes y acordes con las necesidades de salud de la población, respectivamente.

Es resumen, la relación lógica se actualiza bajo el principio de complementariedad; es decir: el *Prosesa* tiene como objetivo estratégico "*Mejorar las condiciones de salud de la población*"; esta premisa se complementa con los objetivos del *PND* que refieren: mejorar las condiciones de salud de la población y brindar servicios de salud eficientes y de calidad. Estos objetivos tienen una relación lógica directa con el Fin del *Programa* definido como "*Contribuir a mejorar la salud de la población*" y se operacionaliza a través del Propósito que refiere que los problemas de salud de alta especialidad son atendidos en los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad.

²³ SHCP. **Lineamientos para la elaboración de los programas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**. Oficio Circular 307-A. 1594 del 17 de Julio de 2007. Ver página 4.

²⁴ Presidencia de la República. **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**. DOF del 31 de mayo de 2007.

²⁵ PND. Objetivo nacional 5. "*Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida* y tengan garantizados alimentación, **salud**, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución".

²⁶ *Ibíd.* **ESTRATEGIA 5.1** Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos. **ESTRATEGIA 5.3** Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

1.2 Evaluación y análisis de la matriz de indicadores

P7. ¿El programa cuenta con Matriz de Indicadores?

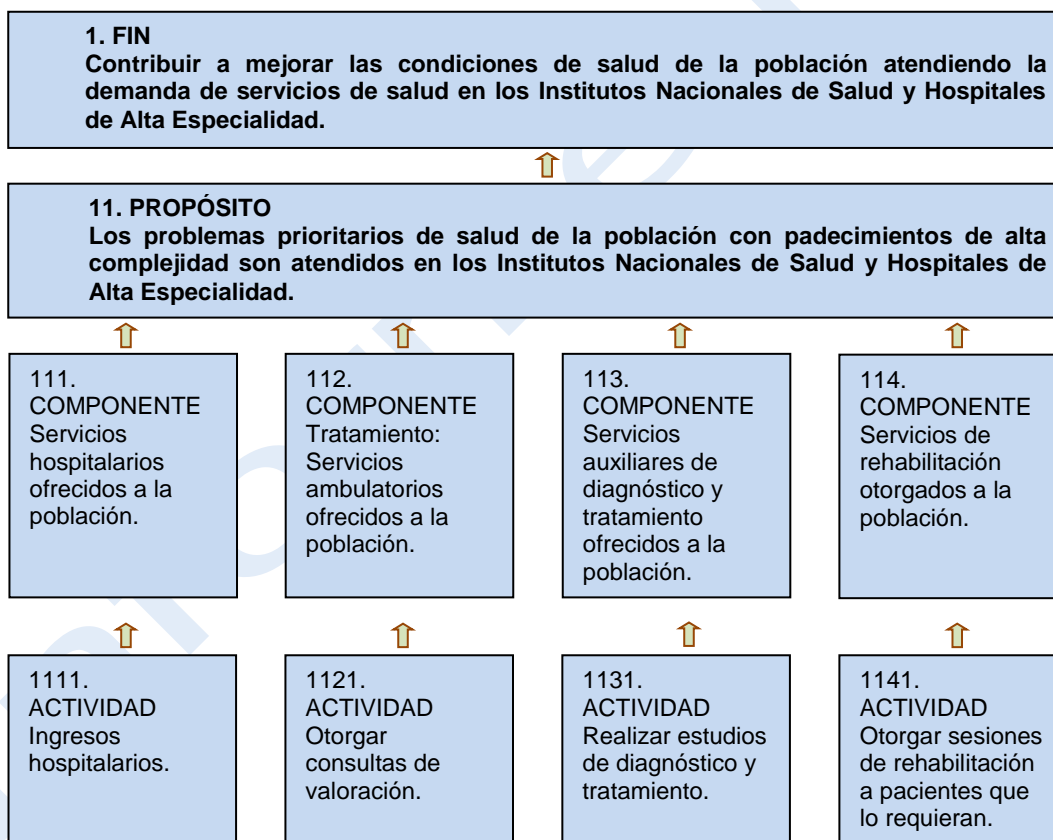
Respuesta: 4 Sí

El P-PS cuenta con MI actualizada para el ejercicio 2011, de acuerdo con las disposiciones y los tiempos que han sido señalados por la SHCP.

Es importante señalar que el Programa ha cumplido con la obligación de formular matrices de indicadores para los años 2009, 2010 y 2011; al analizar la evolución que se ha registrado en este proceso, se observan importantes avances en la construcción de sus componentes e indicadores, mismos que cada vez reflejan de mejor forma la operación del Programa.

La propuesta que ha sido aprobada de forma inicial para 2011, describe el Resumen Narrativo que se muestra a continuación:

**Figura 2
Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores
propuesta por el P-PS para 2011**



Este Resumen Narrativo ha sido formulado con base en los lineamientos normativos establecidos; sin embargo, con base en el análisis ya mostrado (Ver respuestas de la 1 a la 4), en opinión de **INSAD** se considera que puede ser mejorado con base en la construcción propuesta para el Árbol del Problema. En la respuesta a la pregunta 19 se formulan algunas recomendaciones que podrían mejorar la MI del Programa, para el ejercicio presupuestal de 2011.

De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores

P8. ¿Las Actividades del programa son suficientes y necesarias para producir cada uno de los Componentes?

Respuesta: 2 NO

La MI²⁷ propuesta para 2011, contempla cuatro Actividades; una para cada uno de los cuatro Componentes establecidos, como se muestra en la Figura 2 (Ver respuesta a pregunta 7).

Como resultado del análisis realizado se considera que las actividades descritas son necesarias en su totalidad, pero ninguna es suficiente para reproducir por si sola el Componente al que están asignadas. Debe tenerse presente que las Actividades del Programa: son las principales tareas que se deben cumplir (realizar) para el logro de cada uno de los componentes del programa.²⁸

Para las cuatro actividades se recomienda, con base en la MML, cambiar la redacción e incorporar actividades adicionales que, en conjunto con éstas, permitan cumplir con los objetivos de cada Componente.

De forma general y con base en el Árbol de Objetivos propuesto (Anexo VIII), se sugiere considerar la adición de los siguientes tipos de actividades:

- *Aplicación de procesos de atención protocolizados.*
- *Utilización de criterios de elegibilidad de los usuarios.*
- *Operación de mecanismos de referencia y contra-referencia.*
- *Gestión de especialistas médicos, equipamiento, consultorios, camas e insumos médicos.*
- *Otorgamiento de consulta externa especializada.*
- *Realización de estudios auxiliares de diagnóstico ambulatorio y hospitalario.*
- *Realización de intervenciones quirúrgicas.*

Los supuestos también deben ser revisados ya que en algunas actividades se refieren a situaciones que se relacionan directamente con la operación del Programa; es decir, no cumplen con la condición que sean factores externos, tal es el caso del que refiere "Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria."

En el Anexo IX, se presenta la propuesta de **INSAD** para fortalecer la MI del Programa.

²⁷ El análisis se ha elaborado con base en la **Matriz de Indicadores del Programa** proporcionada por la CCINSHAE de la SSA; Noviembre de 2010. (Anexo III)

²⁸ SHCP. Lineamientos Generales para el Proceso de Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2008. Anexo dos: Metodología para la Elaboración de la Matriz de Indicadores de los Programas Presupuestarios de la APF. Oficio Circular 307-A.-1593 del 17 de julio de 2007. Página 15.

P9. ¿Los Componentes son necesarios y suficientes para el logro del Propósito?

Respuesta: 2 NO

La MI 2011 del *Programa* considera cuatro Componentes para obtener el Propósito definido (Ver respuesta a pregunta 7); con base en el análisis de la relación causal se identifica que los cuatro, con una organización diferente, son necesarios más no suficientes; por lo que no se puede concluir que, en conjunto con los supuestos, reproduzcan el Propósito del *Programa*.

Se identifica que para asegurar que los Componentes permitan el logro del Propósito se incluya uno que describa las actividades, que ya se realizan, en relación con la organización (estructura) con la que se proporciona la prestación de los servicios; de igual forma se recomienda hacer explícito un Componente que asegure que la infraestructura y los recursos están disponibles para la atención médica.

Asimismo, es necesario revisar los supuestos establecidos ya que se plantean en este nivel, algunos utilizados a nivel de las Actividades y otros no contribuyen al objetivo superior.

P10. ¿Es lógico que el logro del Propósito contribuye al logro del Fin?

Respuesta: 3 Sí

En el Propósito definido en la MI (Ver respuesta a pregunta 7) se identifican tres premisas:

- 1) "Los problemas prioritarios de salud de la población..."
- 2) ... con padecimientos de alta complejidad son atendidos
- 3) ... en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad."

En la premisa 2) se establece la atención a los padecimientos de alta complejidad, en consecuencia si se logra este objetivo se infiere una relación de tipo causal (lógica) para "Contribuir a mejorar la salud de la población..." lo cual constituye el Fin del Programa.

Es importante considerar que la duplicidad de premisas contenidas en el Fin (Ver respuestas a preguntas 3 y 4), limita apreciar directamente la relación de causalidad entre el Propósito y el Fin.

Atendiendo los lineamientos metodológicos ya referidos (MML) se identifican como elementos de mejora modificar la redacción de ambos objetivos (Fin y Propósito) para permitir que sea más clara la relación causal de que: *El Propósito más los supuestos sean igual al Fin del Programa.*

En la propuesta de MI que se formula como respuesta a la pregunta 19 se presentan los planteamientos sugeridos para ambos niveles de objetivos.

P11. Considerando el análisis y la evaluación realizados en este punto, ¿la lógica vertical de la matriz de indicadores del programa se valida en su conjunto?

Respuesta: 2 NO

La lógica vertical de la MI del *Programa* no se valida en su conjunto, fundamentalmente por las siguientes razones:

1. Las Actividades planteadas no son suficientes para generar los Componentes (*Ver respuesta a pregunta 8*).
2. Los cuatro Componentes que se plantean son necesarios más no suficientes; no puede establecerse la relación causal de que, en conjunto con los supuestos, se logre el Propósito del Programa (*Ver respuesta a pregunta 9*).
3. Si bien el logro del Propósito se relaciona directamente con el Fin, la duplicidad de premisas en el Fin no permiten establecer, conjuntamente con los supuestos, la contribución lógica al logro del Fin (*Ver respuesta a pregunta 10*). Es decir, el Fin no es consecuencia del Propósito más los supuestos, ya que el Fin también contiene el Propósito.

La principal limitación que se identifica y que pudiera estar condicionando que la lógica vertical no se cumpla, es la relacionada con la desarticulación metodológica registrada entre los ejercicios que el *Programa* ha realizado para el Árbol del Problema y el Árbol de Objetivos. De origen los planteamientos formulados para el problema que el Programa busca resolver y, en consecuencia, la solución, parecen estar dimensionados de forma inadecuada y esto se traduce en la construcción del Resumen Narrativo de la MI.

En el Anexo IX, se presenta la propuesta de **INSAD** para fortalecer la MI del *Programa*. Esta propuesta se formula con base en los planteamientos referidos en el Árbol del Problema y el Árbol de Objetivos (Anexo VIII) elaborados de forma específica.

De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores

P12. En términos de diseño, ¿existen indicadores estratégicos y de gestión para medir el desempeño del programa?

Respuesta: 3 Sí

La MI del *P-PS* incluye un total de 11 indicadores: 1 a nivel de Fin; 1 para el Propósito, 5 para los cuatro Componentes y 4 para las cuatro Actividades que se plantean. Todos estos indicadores se consideran necesarios pero no suficientes para medir su desempeño, en relación con sus cuatro niveles de objetivos.

Del análisis realizado se observan las siguientes áreas de mejora para la construcción de los indicadores estratégicos y de gestión:

- Complementar con indicadores adicionales a los existentes para todos los niveles de objetivos, así como para las dimensiones que deben medirse del *Programa*; sería conveniente incluir la dimensión de calidad y analizar la incorporación de la de economía.
- En particular, a nivel de Fin se recomienda incluir un indicador estratégico referente a la "Tasa de reingreso". Éste complementaría el que está considerado sobre la "Razón de egresos institucionales por mejoría" y, de forma conjunta, medirían el impacto final esperado para el *Programa*.
- A nivel de Propósito es recomendable incluir al menos dos indicadores que permita medir la "Opinión sobre la satisfacción por la atención médica recibida" y la "Tasa de infección nosocomial"

Debe considerarse que, de la revisión efectuada a la información disponible en las unidades ejecutoras, se identificó que se cuenta con un volumen importante de indicadores que son utilizados en las juntas de gobierno de cada una de dichas unidades; éstos tienen sus fuentes de información, medios de verificación y series históricas definidas, de tal forma que sin problema o requerimiento adicional alguno puede valorarse su incorporación a la MI.

En la respuesta a la pregunta 19 se incluye la totalidad de los indicadores propuestos para las Actividades, Componentes, Propósito y Fin de la MI del *Programa*.

P13. ¿Los indicadores son claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados?

Respuesta: **4 Si**

Del análisis a los indicadores contenidos en la MI del *Programa*, (Anexo IV) se identificó que cumplen, en su gran mayoría con las características señaladas. De igual forma se identificaron las siguientes oportunidades de mejora:

- De forma general se recomienda que en la construcción de los indicadores se utilice la Ficha Técnica²⁹ establecida por la SHCP, especificándose los criterios ahí señalados.
- Los indicadores deben contar con propósito y valores estándar. La definición debe mejorarse ya que es un apoyo para la interpretación del uso de los indicadores; actualmente, en su mayoría solo es una expresión similar al nombre del indicador; de cualquier modo, todos se clasifican como *claros*.
- De los once indicadores se califica sólo uno (112.1) como *no relevante*, ya que la aportación que hace a la evaluación de los objetivos en el nivel de la Matriz en que se encuentran es marginal.
- Los once indicadores son *económicos* ya que las fuentes de información son institucionales; sin embargo, solo el indicador 1.1 se asocia a una fuente sistematizada (Sistema de Información en Salud), los otros diez se vinculan a "*Informe Médico*" por lo que sería conveniente precisar cuál es la fuente de información o el procedimiento para generar dicho informe.
- Considerando los criterios determinados para calificar si los indicadores son *monitoreables* se concluye que todos cumplen con este criterio, identificándose las mejoras siguientes: i) todos los indicadores tienen definida de forma precisa la forma de cálculo, sin embargo, para dos de ellos (111.1 y 111.2) su unidad de medida no es congruente con la fórmula de cálculo, ya que no es un porcentaje sino un promedio; ii) se considera que nueve de los indicadores son sensibles a los cambios en el Programa; los indicadores 1.1 y 11.1 no parecen serlo y iii) en el indicador 1.1 la fuente de información es sólida, en el resto no se identifican como tal.
- Respecto a la característica *adecuado*, se observó que para la variable información histórica, sólo el indicador 1.1 *no es adecuado* al no tener más de una medición anterior y generarse con periodicidad anual. Los otros diez indicadores tienen una periodicidad trimestral, y al menos la línea base es de 2010, por lo que ya se garantizan como mínimo dos observaciones para cada uno.

²⁹ SHCP. SSE. Unidad de Política y Control Presupuestario. **Lineamientos Generales para el Proceso de Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2008**. Oficio Circular del 17 de Julio de 2007. Anexo 3, Página 20.

P14. ¿Los indicadores incluidos en la Matriz de Indicadores tienen identificada su línea basal y temporalidad en la medición?

Respuesta: **4 Si**

Con base en la información entregada por la dependencia sobre la MI 2011 todos los indicadores cuentan con línea base y temporalidad de medición, que sólo para el indicador 1.1 es anual y para los otros diez indicadores es trimestral (Anexo V).

Se recomienda que se revise la meta programada en el caso del indicador 111.1 ya que disminuye con respecto a la línea base, y no se identifica la lógica de esta decisión.

Informe final

P15. ¿En la Matriz de Indicadores se identifican los medios de verificación para obtener cada uno de los indicadores?

Respuesta: 4 SI

La dependencia ha determinado que los medios de verificación para un indicador es el Sistema de Información en Salud y para diez es un "Informe Médico", lo cual, de acuerdo con el Anexo 2 del Oficio Circular 307-A-1593 emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es válido si se considera el rubro denominado en dicho Oficio como:

"Estadísticas: las cuales pueden ya existir o ser preparadas específicamente para el cálculo de los indicadores del programa presupuestario. Dichas estadísticas pueden tener su origen en el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la propia dependencia o entidad, o bien en algunas instituciones nacionales tales como centros de investigación especializados".

Con base en ello (Anexo VI) en los once indicadores se identifican los medios de verificación y el resultado de esta pregunta es el más alto posible; sin embargo, no se cuenta con evidencia para evaluar la solidez del Informe Médico y las fuentes de información para su integración, por lo que se recomienda a la dependencia que en la MI se incluya un detalle mayor sobre los medios de verificación.

P16. Para aquellos medios de verificación que corresponda (por ejemplo encuestas), ¿el programa ha identificado el tamaño de muestra para la medición del indicador, especificando sus características estadísticas como el nivel de significancia y el error máximo de estimación?

Respuesta: No Aplica

Los medios de verificación que utiliza la dependencia no están asociados a muestras o estadísticas que requieran el cálculo del nivel de significancia y el error máximo de estimación. Asimismo, como se menciona en la pregunta 15 es necesario que la dependencia sea más precisa sobre los medios de verificación para diez de los once indicadores.

Informe final

P17. ¿Se consideran válidos los supuestos del programa tal como figuran en la Matriz de Indicadores?

Respuesta: 2 NO

En la MI se presenta un total de 9 supuestos³⁰ (3 a nivel de Fin, 1 para el Propósito, 3 globales para los cuatro Componentes y 2 globales para las cuatro Actividades) de los cuales se considera que sólo 3 (33 por ciento) cumplen con la condición que su ocurrencia, más el objetivo al que correspondan, contribuye a obtener el objetivo superior. De igual forma se observa que el 89 por ciento de los supuestos están planteados de forma positiva y que en el 67 por ciento de los casos sería factible establecer indicadores para su monitoreo (Anexo VII).

Se observa que existen cuatro supuestos (Fin-Propósito y Componentes-Actividades) que se utilizan para diferentes niveles de objetivos, siendo recomendable que, en estos casos, sólo se utilicen al nivel inmediato inferior. Cada nivel de la MI tiene una responsabilidad diferenciada y, en consecuencia, le corresponderían supuestos diferentes.

En particular, se observa que en el nivel de Fin los tres supuestos planteados contribuyen a que si se logra el objetivo se pueda dar la sustentabilidad del Programa.

En el nivel de Propósito se considera que, habiéndose logrado que los problemas de salud sean atendidos, el supuesto de que las condiciones macro-económicas se mantienen estables y permiten la adquisición de equipo e insumos, no tienen relación con el logro de que las condiciones de salud de la población mejoren.

En los supuestos a nivel de Componente se identifica que ninguno de ellos contribuye al logro del objetivo superior (Propósito); si se logran los Componentes que refieren que los servicios hospitalarios, ambulatorios, de diagnóstico y de rehabilitación son proporcionados a la población, no se obtiene contribución alguna con los supuestos relacionados con que: la demanda de servicios continúe estable, la población cuente con recursos y los usuarios manifiesten adherencia terapéutica, para lograr el Propósito de que los problemas de salud sean atendidos.

En relación con los supuestos a nivel de Actividad, se identifica que el supuesto de la existencia de recursos, para el mantenimiento de la infraestructura, no es completamente externo al Programa y, en consecuencia debe ser revisada su inclusión.

Es claro que una vez que sea revisada la lógica vertical que se adoptará para complementar la relación causal entre Actividades, Componentes y Propósito, los supuestos deberán adecuarse, ya que con esos cambios será necesario volver a analizar la validez de los supuestos.

En resumen, se recomienda que con base en el árbol del problema (*Ver pregunta 1*) se complemente la identificación de factores que al considerarse externos al P-PS complementen los supuestos que aseguren el logro de los objetivos de cada nivel.

³⁰ Los supuestos corresponden a acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que ocurrir para que se logren los distintos niveles de objetivos del programa presupuestario; con base en SHCP. Lineamientos Generales para el Proceso de Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2008. Anexo dos: Metodología para la Elaboración de la Matriz de Indicadores de los Programas Presupuestarios de la APF. Oficio Circular 307-A.-1593 del 17 de julio de 2007. Página 17.

P18. Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto ¿la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores se valida en su totalidad?

Respuesta: 3 Sí

La lógica horizontal³¹ se valida de forma parcial, fundamentalmente por las oportunidades de mejora identificadas en la MI propuesta por el P-PS para 2011. En particular se observa que:

1. Se recomienda complementar el número y tipo de indicadores estratégicos y de gestión para medir el desempeño del Programa (Ver respuesta a pregunta 12).
2. Fundamentalmente, en los renglones de la MI relacionados con las Actividades, Componentes y Propósito, no se identifica la relación de que los objetivos de estos niveles en conjunto con los supuestos, permitan lograr el objetivo superior, Componentes, Propósito y Fin, respectivamente.

Finalmente, es importante considerar que en gran medida, los problemas que se identifican en la lógica horizontal, están asociados o son determinados por los problemas ya señalados en la lógica vertical de la MI (Ver respuesta a pregunta 11).

³¹ CEPAL, ILPES. Eduardo Aldunate. **Boletín 15, Metodología de Marco Lógico**. El conjunto Objetivo–Indicadores–Medios de verificación define lo que se conoce como “lógica horizontal” en la MML. Esta puede resumirse en los siguientes puntos: 1) Los medios de verificación identificados son los necesarios y suficientes para obtener los datos requeridos para el cálculo de los indicadores y 2) Los indicadores definidos permiten hacer un buen seguimiento del proyecto y evaluar adecuadamente el logro de los objetivos. Página 26.

P19. A partir del análisis de la Matriz de Indicadores, proponga los cambios que deberían hacerse a la lógica interna del programa, es decir a la lógica vertical (resumen narrativo) y lógica horizontal (indicadores, medios de verificación y supuestos). La Matriz de Indicadores propuesta se presentará como anexo.

Como se señala en la *MML*, la lógica interna del *Programa* es resultado de la integración y congruencia de las lógicas vertical y horizontal; en consecuencia con base en los comentarios formulados sobre la consistencia vertical (*Ver respuesta 11*) y la consistencia horizontal (*Ver respuesta 18*) se considera que la MI 2011 del *P-PS* puede verse fortalecida con propuestas que sean viables de incorporar en el corto plazo y que de forma directa contribuyan a mejorar el diseño del Programa. Los planteamientos que se formulan a continuación son resultado de las aportaciones presentadas por **INSAD** a un grupo de unidades ejecutoras del *Programa* y que, en reuniones de trabajo fueron acordados de forma inicial, para una mayor discusión en reuniones posteriores a esta evaluación de diseño.

Consideraciones sobre la lógica vertical

Con base en los planteamientos formulados para los Árboles del Problema y de Objetivos (Anexo VIII) se recomienda precisar el Propósito del *Programa* de tal forma que permita que "La demanda a la Comisión de servicios especializados de salud es (sea) atendida"; es claro que al lograrse este objetivo, se Contribuirá a satisfacer la demanda de servicios especializados de salud de la población (Fin del Programa). Para ello, se propone que la definición de los Componentes considere una organización en "adjetivos" y "sustantivos". Los primeros beneficiarían a la población objetivo de forma indirecta, ya que se responsabilizarían de garantizar una organización adecuada de la unidad ejecutora para proporcionar la atención médica y asegurar la disponibilidad de infraestructura y recursos. Los segundos, se relacionarían de forma directa con el hecho de que la población reciba la atención médica ambulatoria y la hospitalaria. En resumen, se ratifican cuatro Componentes para la obtención del Propósito y se proponen un total de trece Actividades que intervienen en los procesos de ingreso, atención, permanencia y egreso durante la prestación de los servicios de salud; es decir, son Actividades que contribuyen a la obtención de dichos Componentes.

Consideraciones sobre la lógica horizontal

Para el Fin y el Propósito del *Programa*, se ha recomendado delimitar su alcance; al respecto se sugiere complementar el planteamiento actual con indicadores estratégicos y de gestión que permitan medir el desempeño en términos del impacto y los resultados esperados. En particular, se sugiere que, incluyendo los indicadores actuales de la MI, se cuente con un total de 25 indicadores, de los cuales, 6 son indicadores estratégicos referidos al Fin y al Propósito y 19 de gestión orientados a los Componentes y las Actividades. En cuanto a las dimensiones los indicadores están organizados en aspectos de eficacia, eficiencia y calidad.

Se recomienda que los medios de verificación sean revisados en cuanto a los procedimientos sobre los cuales actualmente operan y, si fuera el caso, se analice la viabilidad de fortalecer y redimensionar el sistema de registro sistemático que le dé confiabilidad y operacionalidad a la generación de los indicadores en las unidades ejecutoras y la concentración en la *CCINSHAE*.

Los supuestos son revisados y complementados atendiendo las recomendaciones metodológicas establecidas y considerando los elementos identificados en el Árbol del Problema.

Propuesta de Matriz de Indicadores

Con base en los requerimientos de esta evaluación, **INSAD** propone una versión preliminar de MI (Anexo IX) que retoma el camino aprendido en la *CCINSHAE* en los ejercicios formulados para los años de 2009 a 2011 y que podría servir de insumo para la realización de talleres con los actores institucionales directamente involucrados, orientados a mejorar el diseño del *P-PS*.

1.3 Población potencial y objetivo

P20. ¿La población que presenta el problema y/o necesidad (población potencial), así como la población objetivo están definidas y cuantificadas?

Respuesta: 3 Sí

Con base en la documentación revisada,^{32,33,34,35,36} se pudo identificar que la población que presenta el problema al que va dirigido el Programa se encuentra definida y cuantificada, pero no caracterizada. Al respecto, las áreas de mejora identificadas consideran los siguientes aspectos:

- En relación con el planteamiento que la Comisión formula para la población objetivo del Programa contenida en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH) para el registro de la MI 2011, debe complementarse la definición existente y llevar a cabo su caracterización.
- En el Documento de Posición Institucional de la CCINSHAE en relación con la Evaluación Específica de Desempeño 2009 del Programa se menciona que el P-PS cuenta con definiciones, enunciándose las siguientes:
 1. **Población potencial** es la de cada entidad federativa de acuerdo a los datos existentes en la Dirección General de Información en Salud.
 2. **Población objetivo** es aquella sin seguridad social de las entidades federativas de acuerdo a los datos de la Dirección General de Información en Salud.
- De la revisión a la información proporcionada por la Comisión como muestra de la que está disponible en cada una de las unidades ejecutoras se obtuvieron las siguientes definiciones y cuantificaciones para el HRAE del Bajío.
 1. **Población potencial** es la que representa la necesidad y/o el daño a la salud que justifica la existencia del tercer nivel de atención. Corresponde al 3 por ciento de la Región Occidente 1 sin derechohabiencia: 226, 978 personas.
 2. **Población objetivo** es aquella que el Programa de Trabajo del HRAEB pretende atender en 2010 y que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos en la normativa correspondiente: 22,699 personas.
 3. **Población atendida** es aquella a la que el Programa otorgó efectivamente los bienes o servicios que ofrece: 20,129 personas.

Debe considerarse que las unidades ejecutoras del P-PS están integradas por diez de los INSALUD, los HFR y los HRAE; al respecto, en el grupo de trabajo con las unidades ejecutoras antes referido, se acordó mejorar estas definiciones a través de la delimitación de subpoblaciones, con base en una construcción metodológica que, desde las perspectivas teórica y práctica incluya, no sólo la definición, medición y caracterización de las poblaciones, sino la propia discusión de si las definiciones tradicionales son aplicables. Todo esto deberá hacerse en el contexto del Sistema Nacional de Salud y bajo la consideración de que su organización en niveles de atención, con sus respectivas responsabilidades de coberturas esperadas por nivel, delimitaría de forma importante los tamaños de las subpoblaciones asignadas a las entidades ejecutoras del Programa.

³² SSA. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. **Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina de Alta Especialidad**. México, 2008.

³³ **Árbol del Problema de la Matriz de Indicadores 2011** del P-PS. Proporcionado por la CCINSHAE. Noviembre 2010.

³⁴ CCINSHAE. **Evaluación del Desempeño 2009 del Programa de Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud**", INSP, 2009

³⁵ CCINSHAE. **Documento de posición institucional de la Evaluación Específica de Desempeño 2009 del Programa de Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud**". 2010.

³⁶ CCINSHAE. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Diagnóstico Situacional de Salud en la Región CO1 y Población Objetivo 2010.

P21. ¿Existe una justificación adecuada que sustenta que los beneficios que otorga el programa se dirijan específicamente a dicha población potencial y objetivo?

Respuesta: 3 Sí

Con base en la consideración de que el *Programa* actualmente cuenta con definiciones de sus poblaciones potencial y objetivo³⁷ y que las limitaciones se refieren a su cuantificación, la justificación de que los beneficios se dirijan a dichas poblaciones puede interpretarse a partir de los mandatos establecidos en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud que en su Artículo 2, Fracción II dice que "el ámbito de acción de dichos institutos comprende todo el territorio nacional".

De igual manera, en el Capítulo III Atención Médica se delimita el alcance en la Fracción II del Artículo 54 que refiere que los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica conforme a lo siguiente:

...

II. Recibirán a usuarios referidos por los otros dos niveles de atención o a los que requieran atención médica especializada, conforme al diagnóstico previo que efectúe el servicio de pre-consulta del Instituto de que se trate.

...

El Artículo 56 señala que "Los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, preferentemente, a la población que no se encuentre en algún régimen de seguridad social".

Si bien estas precisiones pueden considerarse parciales³⁸, aportan un primer elemento conceptual para la tarea de construir las definiciones operativas de las poblaciones potenciales, objetivas y atendidas que, con la figura de subpoblaciones, integren las diferentes condiciones y características de las unidades ejecutoras del *Programa*.

³⁷ Con independencia de que dichas definiciones deberán ser revisadas en el contexto del Sistema Nacional de Salud y que la ratificación de su cuantificación es prioritaria para la delimitación de las responsabilidades del Programa.

³⁸ Faltaría de incluir en el análisis, las subpoblaciones objetivo de los hospitales federales de referencia y de los regionales de alta especialidad.

P22. ¿La unidad de atención definida por el programa es consistente con los objetivos del mismo?

Respuesta: 4 SI

Para analizar las unidades de atención relacionadas con el *P-PS*, se considera que los beneficios que se entregan a la población están en relación directa con los diferentes tipos de unidades ejecutoras que lo conforman.

En el caso de los *INSalud* y los *HFR*, por la naturaleza del *Programa* que consiste en la entrega de beneficios a la población que acude a demandar los servicios especializados en las propias instalaciones, ya sea de forma voluntaria o referenciada de alguna unidad hospitalaria, no se utiliza un esquema de focalización que considere una región, municipio, localidad u hogar como unidad de atención. La definición de la población potencial y objetivo que se formula (*Ver respuestas a preguntas 20 y 21*) tiene implícito el considerar a la población (al individuo) como la unidad de atención.

En el caso particular de los *HRAE*, la cobertura de la población que se atiende es regional, definiéndose una región como un conjunto de municipios que, inclusive pueden ser de diferentes estados. En este caso, la determinación de los municipios que integran una región se efectúa con base en la regionalización establecida en el *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud* de la *SSA*³⁹. Los criterios utilizados consideran categorías de variables de tipo socio-demográfico, epidemiológicas, infraestructura en salud y geográfica. Asimismo, se consideran indicadores como ocupación hospitalaria, accesibilidad de la población a los servicios de salud, análisis del medio físico, entre las más relevantes. De esta forma se considera que la definición de las unidades de atención bajo este esquema cumple con los criterios establecidos y que son consistentes con los objetivos del *Programa* y con el tipo de servicios de atención médica que se ofrece a la población objetivo.

³⁹ Secretaría de Salud. **Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud**. Red de servicios de atención a la salud. Síntesis Ejecutiva. Noviembre de 2003. Páginas 14 a 18.

P23. ¿Existe información sistematizada y actualizada que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios y/o unidades de atención) y cuáles son sus características socio-económicas?

Respuesta: 3 Sí

Con base en la documentación operativa que fue proporcionada a través de la CCINSHAE, por las unidades ejecutoras participantes en el grupo de análisis (*Ver grupo en respuesta a pregunta 1*), el P-PS cuenta con elementos que permitan inferir la utilización de sistemas informáticos fundamentados en base de datos que son actualizados de forma continua (por evento) en la gran mayoría de las unidades⁴⁰. En estas bases de datos se cuenta con las variables que corresponden de acuerdo con las características de los servicios que ofrece cada unidad; en general son variables de carácter socio-económico y de tipo bio-médico, y cumplen con la posibilidad de identificar la población atendida que recibe los apoyos del Programa.

En algunas unidades ejecutoras se mostró información sobre el proceso de implementación del Expediente Clínico Electrónico, tarea que les representa una de las principales prioridades en materia de producción de información para la mejora del proceso de atención individual, así como para la generación de información de estadísticas médicas.

La recomendación se relaciona con utilizar esta área de oportunidad y definir cuáles deberían ser las variables comunes a todas las unidades ejecutoras para unificar, en lo general, los elementos que contribuyan a mejorar y hacer funcional el Sistema de Referencia y Contra-referencia, al menos en una primera instancia, entre las unidades bajo la coordinación de la Comisión.

⁴⁰ En las reuniones de trabajo celebradas, las ocho unidades ejecutoras manifestaron que cuentan con sistemas informáticos para el manejo de la incorporación y permanencia de pacientes en los diferentes servicios médicos que se ofrecen; sin embargo, sólo se recibió la información de cinco unidades.

1.4 Análisis de vinculación entre los objetivos del programa establecidos en las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable y en la Matriz de Indicadores.

P24. ¿Existe congruencia entre las ROP del programa o normatividad aplicable y su Matriz de Indicadores?

Respuesta: 3 Sí

Con base en los señalamientos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, el P-PS no está obligado a contar con ROP. De cualquier modo, fue posible establecer que los planteamientos de la MI son congruentes con diversos lineamientos normativos que se identificaron.

Para su determinación se consultaron los *Programas de Acción Específico 2007-2012 en materia de Investigación para la Salud y el de Medicina de Alta Especialidad*, elaborados ambos por la CCINSHAE. Se encontraron aspectos que se relacionan con el Programa, sin embargo, no son suficientes para explicar una vinculación absoluta con la MI (Ver respuesta a la pregunta 4). Debe considerarse que, con base en la normativa que se definió para la elaboración de los programas presupuestarios⁴¹, los programas de acción o institucionales constituyen el referente normativo indicado.

La congruencia se identificó con los mandatos establecidos en la Ley de Institutos Nacionales de Salud⁴². En un primer término, se establece que les corresponde (a los institutos) prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización, así como proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada; estos enunciados le dan el contexto al Propósito del Programa. De forma particular, se señala (Artículo 54) que "Atenderán padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias", premisa que se vincula directamente con el Propósito establecido. Los Componentes y Actividades se relacionan con los mandatos descritos en el Capítulo III Atención Médica (Artículo 55) que dice que "Para la prestación de los servicios de atención médica a su cargo, los Institutos podrán contar con los servicios de pre-consulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización".

Esta misma condición se identifica para los HFR que en sus manuales de organización establecen en sus funciones: 1) "Proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de la alta especialidad de la medicina y en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico" y 2) "Prestar servicios de Hospitalización y de consulta en las especialidades con que cuenta, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios". Para los HRAE sus decretos de creación obligan a "Proporcionar los servicios médico-quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios de alta especialidad que determine su Estatuto Orgánico, así como aquéllos que autorice la Junta de Gobierno, relacionados con la salud. Estos servicios se regirán por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usarlos, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios".

Para los diferentes tipos de unidades ejecutoras, se observa que el Propósito definido para el Programa es congruente con los mandatos normativos vigentes. Las áreas de mejora se identifican en la relación que debe establecerse con los Componentes y Actividades de la MI y dicha normativa, y en la redimensión del Propósito para dar cobertura a los diferentes tipos de unidades ejecutoras del P-PS.

⁴¹ SHCP. **Lineamientos para la elaboración de los programas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**. Oficio Circular 307-A. 1594 del 17 de Julio de 2007. Ver página 4.

⁴² DOF. **Ley de los Institutos Nacionales de Salud**. Publicada en DOF Última reforma del 14 de julio de 2008. Ver Artículo 6, Fracciones VII y VIII; Artículo 54, Fracción I y Artículo 55.

1.5 Posibles coincidencias, complementariedades o similitud de acciones con otros programas federales

P25. De acuerdo con la información presentada por el Programa, ¿Con cuáles programas federales podría existir similitud y con cuáles complementariedad y/o sinergia?

Con base en la documentación normativa y programática presentada por el P-PS, no se identificó algún programa con el que pudiera existir similitud o complementariedad.

No fue posible obtener el Inventario de Programas Federales al que se hace mención en los Términos de Referencia de esta evaluación;⁴³ por ello, se tomó como contexto la relación de los programas federales que fueron sujetos a las evaluaciones específicas de desempeño 2009-2010⁴⁴, sin que se identificara alguno con el cual pudiera establecerse una correspondencia.

La similitud de programas federales con el P-PS se analizó a través de la identificación de programas con objetivos similares de alta especialidad o que cubrieran a la misma población; la principal característica es el no contar con seguridad social. La complementariedad y/o sinergia se podría presentar con programas que cuenten con componentes similares a los del P-PS. Si bien la estructura del Resumen Narrativo del P-PS puede ser considerada como propia de cualquier programa que proporcione servicios de salud, también es cierto que la diferencia radica en que son servicios de alta especialidad, como lo señala la Ley correspondiente al respecto.

Sin embargo, por la importancia que en el Sistema Nacional de Salud tienen las unidades ejecutoras del P-PS, es recomendable considerar la vinculación y complementariedad que en la operación se da con programas de las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE. En ambos casos se identifican dos tipos de vinculaciones:

- La primera considera que los derechohabientes de estas instituciones, en diversas condiciones y circunstancias, también hacen uso de los servicios del Programa, condición que requiere de contar con convenios, lineamientos y procedimientos administrativos para la prestación directa del servicio, la contabilidad de costos y facturación cruzada que permita una atención expedita y de calidad, sin los contratiempos de demora al derechohabiente y que deteriore su estado de salud por una atención no oportuna.
- La segunda vinculación se identifica al analizar el área de oportunidad que representa el que, si bien no se identificó un "programa de medicina de alta especialidad" en el IMSS y en el ISSSTE, si dedican gran parte de sus recursos a atender la investigación y la enseñanza al igual que la atención médica con un enfoque de "alta especialidad", que motiva a cuestionar si la visión de mediano plazo deba orientarse a construir un "sistema de medicina de alta especialidad" o deba referirse a definir y conformar una "sistema nacional de alta especialidad en salud".

⁴³ No se encontró información en la página de internet del Coneval, consultada el 30 de noviembre de 2010 http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/adquisicion/2010/PROPOSICIONES_INV3P-CSP-031-10.pdf?view=true

⁴⁴ Consultada en http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/evaluaciones/EED_2009_2010_070910.es.do el 30 de Noviembre de 2010.

1.6 Valoración final del diseño del Programa

P26. ¿El Fin y el Propósito corresponden a la solución del problema?

Respuesta: 2 NO

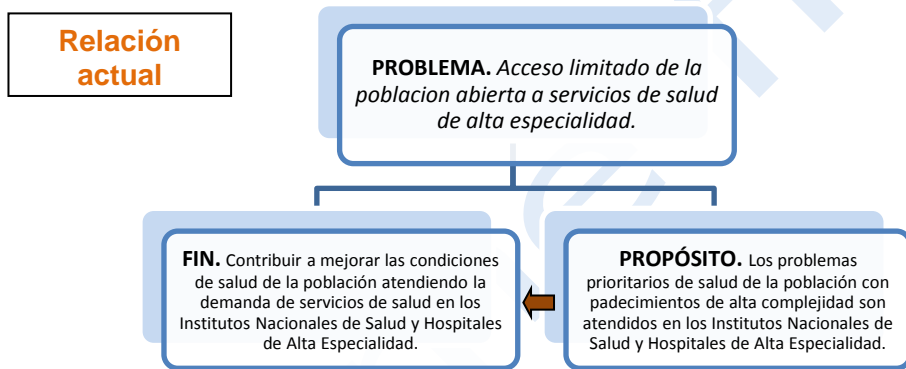
Con base en los planteamientos formulados para el Fin y el Propósito del P-PS en la MI propuesta para 2011 y el Problema definido por el Programa se identifica que:

1. *Existe una vinculación parcial para atender el problema.* En su planteamiento se identifican dos premisas básicas:

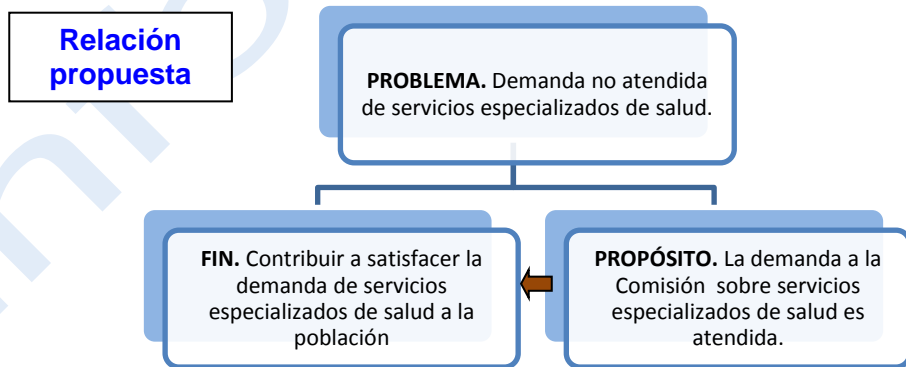
A. *Acceso limitado de la población abierta a servicios de salud...*

B. *... de alta especialidad.*

La premisa A se relaciona parcialmente con el Fin (con doble objetivo) que refiere que...se atiende la demanda de servicios de salud... y la premisa B se relaciona con el Propósito que permite que la atención de padecimientos de alta complejidad (especialidad).



2. *Son mejorables.* Considerando las recomendaciones formuladas con anterioridad (Ver respuesta a preguntas 1, 2, 3 y 4) se han identificado áreas de mejora que se propone sean analizadas para que el diseño del Programa refleje la operación de una forma más adecuada.



Con base en los requerimientos solicitados, **INSAD** propone una revisión de los Árboles del Problema y de Objetivos (Anexo VIII) y una propuesta integrada preliminar de la Matriz de Indicadores (Anexo IX) que integra los planteamientos anteriores y que recomienda sea utilizada para la realización de talleres con los actores institucionales involucrados, con la finalidad de mejorar el diseño del P-PS

P27. Como resultado de la evaluación en el tema de diseño del Programa ¿El diseño del Programa es adecuado para alcanzar el Propósito expresado en la Matriz de Indicadores del Programa y para atender a la población objetivo?

Respuesta: 3 Sí

De acuerdo con los resultados obtenidos en las secciones anteriores de esta evaluación se considera que el diseño del *Programa* como está reflejado en los documentos normativos proporcionados y las evidencias obtenidas,⁴⁵ permite alcanzar el Propósito expresado en la MI propuesta por el *P-PS* para 2011 y para atender a la población objetivo (Ver respuestas a las preguntas de la 1 a la 26). Entre las principales oportunidades de mejora se identifican:

1. El precisar el problema que busca resolver el *P-PS*, modificando el concepto de “acceso” por el de “alta demanda de servicios”.
2. La integración de un diagnóstico adecuado que sustente la razón de ser del *Programa*, con base en la información disponible en las unidades ejecutoras.
3. La validación de la lógica vertical de la MI, como resultado de lograr suficiencia de las actividades del Resumen Narrativo, para reproducir los Componentes.
4. El lograr la validación completa de la lógica horizontal de la MI, como resultado atender las limitaciones identificadas en la suficiencia de indicadores estratégicos y de gestión y, fundamentalmente, de los problemas derivados de la lógica vertical y la validez de los supuestos.
5. Las precisión en la definición de las poblaciones potencial y objetivo del *Programa* y su cuantificación, incluyendo el concepto de “subpoblaciones” y, fundamentalmente, la integración de información común de las bases de datos que conforman la población atendida en el las unidades ejecutoras de la *CCINSHAE*.

Resultados obtenidos por pregunta	
Pregunta	Resultado
1. Identificación del problema	2
2. Diagnóstico adecuado	2
3. Definición precisa del Fin	3
4. Definición precisa del Propósito	3
7. Existencia de Matriz de Indicadores	4
8. Actividad suficiente para Componente	2
9. Componente suficientes para Propósito	2
10. Relación Propósito a Fin	3
11. Validación de la lógica vertical	2
12. Indicadores estratégicos y de gestión	3
13. Características de los indicadores	4
14. Línea base y temporalidad de los indicadores	4
15. Medios de verificación	4
17. Validez de los supuestos	2
18. Validación de la lógica horizontal	3
20. Definiciones de poblaciones potencial y objetivo	3
21. Justificación de beneficios a la población	3
22. Definición de unidades de atención	4
23. Padrón de beneficiarios	3
24. Vinculación de la MI con normativa	3
26. Relación del Fin y el Propósito con el problema	2
27. Resultado de la evaluación	2.9
5. Relación con el Proceso (No Aplica Calificación)	
6. Relación con el PND (No Aplica Calificación)	
16. Indicadores por encuestas (No Aplica Calificación)	
19. Propuesta de Matriz de Indicadores (No Aplica Calificación)	
25. Vinculación con otros programas (No Aplica Calificación)	

Todos estos elementos han sido señalados en las respuestas a las diferentes preguntas y, para la totalidad de ellos, se han formulado las recomendaciones correspondientes.

En resumen, se considera que el *Programa* cuenta con documentos y evidencias que son de enorme utilidad para su operación y que las limitaciones antes mencionadas son atendibles en el corto plazo.

⁴⁵ Se refiere a los documentos y elementos identificados durante las reuniones de trabajo realizadas con el grupo de unidades ejecutoras determinado para analizar el Informe Preliminar de la Evaluación de Diseño.

Capítulo 2. Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones

Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones

Nombre de la dependencia y/o entidad que coordina el programa: Secretaría de salud,
Nombre del programa: **PP E023 “Prestación de Servicios en los diferentes Niveles de Atención”**

Tema de evaluación	Fortalezas y oportunidades	Referencia	Recomendación Referencia de la recomendación
Diseño, Análisis de la contribución del programa a los objetivos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales.	Existe consistencia entre el <i>Programa</i> y está vinculado o contribuye con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, y se establece una relación lógica, entre el primero y el segundo, a través del <i>Prosesa</i> , lo que da sustento a las acciones emprendidas.	Página 11, párrafo uno (pregunta 5) Página 12, párrafo uno (pregunta 6)	No aplica
Diseño, Evaluación y análisis de la matriz de indicadores	El <i>Programa</i> ha cumplido con la obligación de formular matrices de indicadores desde 2009 el 2011; en este proceso se observan importantes avances en la construcción de sus componentes e indicadores y cada vez reflejan mejor su operación.	Página 13, párrafo dos (pregunta 7)	No aplica
Diseño, De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores	En términos de diseño, sí existen indicadores estratégicos y de gestión; todos ellos son necesarios aunque no suficientes; pero se tiene la oportunidad de complementarlos seleccionando entre indicadores utilizados en evaluaciones diferentes para los que se tienen series históricas.	Página 18, párrafo uno y dos (pregunta 12)	No aplica
Diseño, De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores	En la MI 2011, todos los indicadores cuentan con línea base y temporalidad de medición, y con base en el análisis se pudo identificar que, en general, cumplen con las características definidas para los indicadores que son: claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados.	Página 19, párrafo uno (pregunta 13) Página 20, párrafo uno (pregunta 14)	No aplica
Diseño, Población potencial y objetivo	Se considera una oportunidad el prestigio nacional e internacional de las unidades ejecutoras; la definición de atribuciones y el marco legal en que la <i>CCINSHAE</i> sustenta sus acciones en materia de atención médica de alta especialidad; se destacan: las facultades de coordinación sectorial, promover estrategias de calidad, eficiencia y equidad; evaluar oportunidades, recursos, infraestructura y equipamiento para el fomento y consolidación de la atención médica.	Página 27, párrafo uno, dos y tres (pregunta 21) Página 28, párrafo uno, dos y tres (pregunta 22)	No aplica

Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones

Nombre de la dependencia y/o entidad que coordina el programa: Secretaría de salud,

Nombre del programa: PP E023 “**Prestación de Servicios en los diferentes Niveles de Atención**”

Tema de evaluación	Debilidades o amenazas	Referencia	Recomendación Referencia de la recomendación
Diseño, Análisis de la contribución del programa a los objetivos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales.	En los documentos proporcionados, el problema o necesidad a la que va dirigido el programa no se encuentra identificado de forma adecuada y precisa de acuerdo con la MML.	Página 7, párrafo uno (pregunta 1)	Realizar un ajuste a la definición del problema o necesidad, mismo que tendrá que aplicarse a los árboles del problema, de objetivos y a la MI. Una posibilidad es delimitarla en relación a la “demanda insatisfecha” de servicios especializados dirigidos a la población abierta.
Diseño, Análisis de la contribución del programa a los objetivos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales.	En el PAE 2007– 012, Medicina de Alta Especialidad de la CCINSHAE, se pudo constatar que no existe de manera explícita un diagnóstico que describa la problemática del “acceso limitado de la población abierta a servicios de salud de alta especialidad”, Tampoco detalla la población potencial, ni objetivo	Página 8, párrafo uno (pregunta 2)	Desde la visión de INSAD , se propone tomar como referente y problema central a resolver “la demanda no satisfecha de la población abierta de servicios médicos especializados”, hasta la descripción de sus causas y efectos, en una población potencial y objetivo bien delimitada.
Diseño, De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores	La MI propuesta para 2011, contempla cuatro Actividades; una para cada uno de los cuatro Componentes establecidos, se considera que las actividades descritas son necesarias en su totalidad, pero ninguna es suficiente para reproducir por si sola el Componente al que están asignadas.	Página 14, párrafos uno y dos (pregunta 8)	Para las cuatro actividades se recomienda, con base en la MML, cambiar la redacción e incorporar actividades adicionales que, en conjunto con éstas, permitan cumplir con los objetivos de cada Componente.
Diseño, De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores	La lógica vertical de la MI del Programa no se valida en su conjunto, por las siguientes razones: Las Actividades planteadas no son suficientes para generar los Componentes; los cuatro Componentes son necesarios más no suficientes para el logro del Propósito; hay duplicidad de premisas en el Fin.	Página 17 párrafo dos (pregunta 11)	Se propone revisar la aparente desarticulación metodológica registrada entre los ejercicios que se han realizado para el Árbol del Problema y el Árbol de Objetivos, reflejados en la MI. Se recomienda realizar nuevos ejercicios para fortalecer la MI del Programa
Diseño, Población potencial y objetivo	Con base en la documentación revisada se pudo constatar que la población a la que va dirigido el Programa se encuentra definida y cuantificada pero no caracterizada.	Página 26, párrafo uno (pregunta 20)	Se recomienda la delimitación de subpoblaciones con base en una construcción metodológica que incluya su definición, medición y caracterización, de acuerdo con el objeto específico de atención de las unidades. Así como el análisis de si las definiciones tradicionales son aplicables a las coberturas de dichas unidades.

Capítulo 3. Conclusiones

El Programa de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud de la Secretaría de Salud es coordinado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y su operación se lleva a cabo a través de la actuación de 23 unidades ejecutoras integradas por los institutos nacionales de salud y los hospitales federales de referencia y los regionales de alta especialidad de México, que en su gran mayoría son entidades descentralizadas con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Una de las principales consideraciones se relaciona con el comprender que la prestación de servicios médicos o la atención médica es el espacio para la enseñanza con base en los métodos actuales e innovadores como resultado de la investigación. En este contexto, debe tenerse presente que la atención médica de las unidades ejecutoras se proporciona bajo dos perspectivas; para algunas unidades el enfoque podría ser el incremento en la disponibilidad de los servicios y, para otras, fundamentalmente los *INSalud*, no se refiere al aumento de la cobertura como factor principal, sino en tener cobertura suficiente para la construcción de modelos de atención que sean replicables a lo largo de las redes de servicios que integran el Sistema Nacional de Salud de México. El *P-PS* cumple con esta doble función, situación que es importante tener presente para cualquier definición estratégica que se formule al respecto.

Los permanentes problemas de salud, así como los emergentes, deben de ser atendidos y resueltos con medios y procedimientos modernos; esto permitirá una mayor eficiencia y calidad en la atención de las personas que más lo necesitan.

3.1 Conclusiones temáticas

EL *P-PS* ha participado en la construcción de matrices de indicadores durante los últimos tres años, contando a la fecha con el registro de la propuesta de MI para 2011; de la revisión realizada se identificó una evolución en la formulación del Resumen Narrativo que integra los cuatro niveles de objetivos y una mayor fortaleza en la construcción de indicadores. Ahora, es momento para que las adecuaciones que se realicen a la MI como resultado de la selección de recomendaciones de la presente evaluación de diseño, sean analizadas con la participación de los directores médicos y de planeación de las unidades ejecutoras, con una doble finalidad: 1) Que el proceso de planeación se vincule con la acción; es decir, que se definan los indicadores en función de la toma de decisiones que se haga con los resultados y 2) Que se deje de ver el proceso de construcción de la MI sólo como la responsabilidad de cumplir con las dependencias globalizadoras y que se utilice como la herramienta de fortaleza interna de cada unidad ejecutora en la que, todas sus áreas y servidores públicos de decisión, identifiquen el objetivo y los resultados que se esperan producir con su trabajo diario.

De forma previa a la revisión de la MI, debe atenderse la construcción de un diagnóstico global del fundamento del Programa; es decir, definir de una forma clara y precisa el problema que se debe resolver con su ejecución (es un problema de acceso, o de insuficiencia de servicios especializados o de demanda insatisfecha, o es una combinación de todos éstos). Identificar cuál es la situación que prevalece en la demanda y la atención de los servicios de alta especialidad de la población sin seguridad social y, en función de ellos, establecer hacia donde se quiere llegar en el corto, mediano y largo plazos y con base en esta delimitación establecer el papel que deben desempeñar las unidades ejecutoras y, fundamentalmente, los recursos que se necesitan para ello.

En este contexto, una de las tareas inmediatas se refiere a consolidar la definición y cuantificación de las poblaciones potencial, objetivo y atendida; considerándose que las instituciones ejecutoras del *P-*

PS son de diversa índole y responsabilidades en cuanto la prestación de los servicios de atención médica. Esta diversidad podría atenderse con la definición de subpoblaciones, con características similares al interior y complementarias entre si. Es evidente que las coberturas deben ser acotadas a sus capacidades físicas instaladas. Se recomienda que la delimitación se lleve a cabo con base en una construcción metodológica que, desde las perspectivas teórica y práctica, incluya no sólo la definición, medición y caracterización de las poblaciones, sino la propia discusión de si las definiciones tradicionales son aplicables. Todo esto deberá hacerse en el contexto del *Sistema Nacional de Salud* y bajo la consideración de que su organización en niveles de atención, con sus respectivas responsabilidades de coberturas esperadas por nivel, delimitaría de forma importante los tamaños de las subpoblaciones asignadas a las entidades ejecutoras. En este análisis debe incluirse la precisión sobre la importancia o necesidad de consolidar un padrón único de beneficiarios que, por un lado contribuya a mejorar el proceso de atención médica en el Sistema de Salud, incluyendo los diferentes servicios en una misma entidad ejecutora y el proceso de referencia y contrarreferencia y que, de igual forma, permita resolver el permanente cuestionamiento que demandan los diferentes procesos de evaluación del Programa (evaluación de desempeño, de diseño, de consistencia y resultados, etc.).

En relación con la producción de información estadística y de indicadores, cada unidad ejecutora maneja sus propios procedimientos y sistemas de registro y la integración de datos en la *CCINSHAE* es una tarea que debe fluir de forma automatizada. Al respecto se considera que existen las condiciones para elaborar "lineamientos" sobre los cuales, con respeto a sus particularidades, cada unidad ejecutora proporcione la información con los niveles de desagregación requeridos que permita conocer el grado de participación en los logros del *Programa* y su relación con los recursos utilizados. Esta acción no solo permitiría dar una visión de programa integrado sino favorecería la gestión global de recursos. Una forma de atención inmediata es diseñar un sistema de integración de indicadores de la MI que, con un enfoque web, permita que las unidades ejecutoras registren su información en los tiempos y condiciones establecidas en dichos lineamientos. Esta herramienta permitirá disminuir las cargas de trabajo y dará la oportunidad de que los indicadores y cifras que se manejen sean las mismas, tanto en la *CCINSHAE* como en cada una de las entidades ejecutoras.

En relación con la medición de dimensiones observadas en materia de los indicadores, se concluye la necesidad de que sean complementados con base en las actividades que hoy se vienen desarrollando; es decir, no implica hacer tareas adicionales, sino representa la oportunidad de dar a conocer los trabajos que en el contexto del *Programa* llevan a cabo las unidades ejecutoras y que vienen informando en sus juntas de gobierno.

Conclusión global

Al evaluar el diseño del *P-PS* se tiene la oportunidad de identificar las áreas de oportunidad que en el corto plazo permitan mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios que se proporcionan a la población más necesitada. Hacer esta evaluación desde la perspectiva que establecen los Términos de Referencia del *Coneval*, permite conocer cómo mejorar la planeación y evaluación de las actividades que nos aseguren obtener los objetivos establecidos para el *Programa*.

Por ello, con base en que la evaluación de diseño se fundamenta en gran medida en cuestionamientos relacionados con la MI, es imprescindible que el *Programa* lleve a cabo la revisión y adecuación de la propuesta para el ejercicio 2011. En esta oportunidad de actualización deberá decidirse el alcance de la participación de las unidades ejecutoras, ya que esto permitiría dar mayor cohesión al *Programa* y delimitaría la participación específica de cada una de ellas en las actividades y procesos a desarrollar. Esta decisión debe ser analizada en el marco del presupuesto basado en

resultados, la transparencia y la rendición de cuentas en la ejecución de recursos federales, lo que ayudaría a fortalecer el papel de las juntas de gobierno de las unidades ejecutoras.

De igual forma, debe atenderse la construcción del diagnóstico y precisar las definiciones y cuantificaciones de poblaciones relacionadas con el *Programa*.

En un contexto estratégico, se recomienda analizar el área de oportunidad que representa el que, si bien no se identificó un “programa de medicina de alta especialidad” como tal, tanto el IMSS como el ISSSTE dedican gran parte de sus recursos a atender la investigación y la enseñanza al igual que la atención médica con un enfoque de “alta especialidad”, que motiva a cuestionar si la visión de mediano plazo deba orientarse a construir un “sistema de medicina de alta especialidad” o deba abrirse a definir y conformar una “sistema nacional de alta especialidad en salud” que en el marco del *Sistema Nacional de Salud*, oriente la política de salud a un plan de acción estratégico 2012-2022 que integre los recursos y aprendizajes, para hacer frente a problemas como el de la obesidad y del envejecimiento poblacional que caracterizan a México, con las herramientas que los programas de investigación, de enseñanza y de prestación de servicios médicos de la CCINSHAE hoy representan.

Bibliografía Citada

1. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2000), **Ley de los Institutos Nacionales de Salud**, Última Reforma DOF 14-07-2008, México.
2. Secretaría de Salud (2007), **Programa de Acción Específico 2007-2012 Medicina de Alta Especialidad**, CCINSHAE, SS ISBN: S/N, México.
3. Secretaría de Salud (2007) Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Página Web: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/>, visitada el 28-11-2010.
4. Eduardo Aldunate, (2004), **Boletín 15, Metodología de Marco Lógico**, ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, octubre de 2004.
5. Secretaría de Salud Términos de Referencia enviados a Insad, como Anexo de la Convocatoria a la Invitación a Cuando Menos Tres Personas de carácter Nacional Presencial N° ITP/SS/008/2010/A.
6. Secretaría de Salud (2010), **Árbol de Problema del Programa Prestación de Servicios en los diferentes Niveles de Atención a la Salud**, CCINSHAE, Matriz de Indicadores 2011, México, Noviembre de 2010.
7. Secretaría de Salud (2010), **Matriz de Indicadores E 023 Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención**, CCINSHAE, Matriz de Indicadores 2011, México, Noviembre de 2010
8. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2007), **Lineamientos para la elaboración de los Programas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, julio de 2007
9. Secretaría de Salud (2008), **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**, México DOF 17-01-08.
10. Presidencia de la República (2007), **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**. México, DOF del 31-05-2007.
11. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2007), **Lineamientos Generales para el Proceso de Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2008**, México, Oficio Circular del 17 de Julio de 2007.
12. Secretaría de Salud (2009), CCINSHAE. **Evaluación del Desempeño 2009 del Programa de Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud**, INSP, 2009.
13. Secretaría de Salud (2010), CCINSHAE **Documento de posición institucional de la Evaluación Específica de Desempeño 2009 del Programa de Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud**, México.

14. Consejo Nacional de Evaluación, (2010), Evaluación Específica de Desempeño (EED) 2009-2010, obtenido de la página: http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/evaluaciones/EED_2009_2010_070910.es.do , visitada el 30-11-2010.
15. Pabón Lasso Hipólito, M.D.: **Evaluación de los servicios de salud**. Universidad del Valle Facultad de salud, Departamento de Medicina Social. Cali 1985; Cap. I

Bibliografía Consultada

1. Juan Cristóbal Bonnefoy, (2003), **Los Indicadores de Evaluación del Desempeño: una Herramienta para la Gestión por Resultados en América Latina**, ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, julio de 2003.
2. Héctor Sanín Ángel, (1999), **Control de gestión y evaluación de resultados en la gerencia pública**, ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, agosto de 1999.
3. Pacheco Juan Francisco y Eduardo Contreras, (2008), **Manual metodológico de evaluación multicriterio para programas y proyectos**, ILPES, CEPAL, Santiago de Chile, julio de 2008.

HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA Centralizados

4. Secretaría de Salud (2006), **Reglamento interno de la Secretaría de Salud, Última Actualización**, DOF 04-01- 2006, Pág. 8. La Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, y la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia Coordina la operación de los hospitales **de la Mujer, Nacional Homeopático y Juárez del Centro**.

Descentralizados

5. Presidencia de la República (1995), **Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México**. SSA, DOF. 11-05-1995.
6. Presidencia de la República (1988), **Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González**. SSA, DOF. 22-08-1998.
7. Presidencia de la República (2005), **Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México, como un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal**. SSA, DOF. 26-01-2005.

HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

8. Presidencia de la República (2006), **Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de México, para el desarrollo de los hospitales de Alta Especialidad de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo, bajo el esquema de proyectos para prestación de servicios PPS**. SS-EM, DOF. 03-11-2006.
9. Presidencia de la República (2006), **Decreto por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal**. SS, DOF. 29-11-2006.

10. Presidencia de la República (2006), **Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.** SS, DOF. 29-11-2006.
11. Presidencia de la República (2006), **Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.** SS, DOF. 29-11-2006.
12. Presidencia de la República (2006), **Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.** SS, DOF. 29-11-2006.
13. Presidencia de la República (2009), **Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.** SS, DOF. 14-12-2009.

Informe final

ANEXOS

ANEXO 01 Formato INV01-07 Características Generales del Programa

El presente formato deberá ser entregado en agosto 2007 y en marzo 2008 como anexo al informe de evaluación correspondiente. Cada entrega incorporará la información actualizada del programa, de tal manera que al comparar ambos formatos se evidencien las modificaciones del programa ocurridas en el periodo comprendido entre las dos fechas. La información vertida en estos formatos deberá basarse en la normatividad más reciente -de preferencia en las reglas de operación- así como en los datos y documentación proporcionados por el programa para realizar la evaluación de consistencia.

IDENTIFICADOR PROGRAMA
(DEJAR VACÍO)

--	--	--	--	--

I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)

- 1.1 Nombre: **Dr. Manuel Urbina Fuentes**
 1.2 Cargo: **Coordinador del Proyecto**
 1.3 Institución a la que pertenece: **Investigación en Salud y Demografía S.C. (Insad)**
 1.4 Último grado de estudios: **Maestría en Salud Pública**
 1.5 Correo electrónico: **murbina@insad.com.mx**
 1.6 Teléfono (con lada): **55-56-15-82-52**
 1.7 Fecha de llenado (dd.mm.aaaa):

0	9	-	1	1	-	2	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

II. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

- 2.1 Nombre del programa: **Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención en Salud.**
 2.2 Siglas: **E 023**
 2.3 Dependencia coordinadora del programa: **Secretaría de Salud.**
 2.3.1 En su caso, entidad coordinadora del programa: **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.**
 2.4 Dependencia(s) y/o entidad(es) participante(s) de manera directa: **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.**
 2.5 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: **CCINSHAE**
 2.6 Dirección de la página de internet del programa: **http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2010/pae.html**
 2.7 Nombre del titular del programa en la dependencia **Dr. Romero S. Rodríguez Suarez**
 2.8 ¿En qué año comenzó a operar el programa? (aaaa)

2	0	0	8
---	---	---	---

III. NORMATIVIDAD

¿Con qué tipo de normatividad vigente se regula el programa y cuál es su fecha de publicación más reciente? (puede escoger varios)

- Reglas de operación
- Ley
- Reglamento/norma
- Decreto
- Lineamientos
- Manual de operación
- Memorias o Informes
- Descripciones en la página de internet
- Otra: **(especifique) PAE-MAE**
- Ninguna

		fecha							
		d		m		a			
		d	d	m	m	a	a	a	a

IV. FIN Y PROPÓSITO

4.1 Describa el Fin del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

El Fin presentado por el programa en la Matriz 2011 asistencia 25-07-10 Final, dice:

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

4.2 Describa el Propósito del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

El Propósito presentado por el programa en la Matriz 2011 asistencia 25-07-10 Final, dice:

Los problemas de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

V. ÁREA DE ATENCIÓN

5.1 ¿Cuál es la principal área de atención del programa? (puede escoger varios)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agricultura, ganadería y pesca | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Comunicaciones y transportes |
| <input type="checkbox"/> Ciencia y tecnología | <input type="checkbox"/> Equipamiento urbano: drenaje, alcantarillado, alumbrado, pavimentación, etc. |
| <input type="checkbox"/> Cultura y recreación | <input type="checkbox"/> Medio ambiente y recursos naturales |
| <input type="checkbox"/> Deporte | <input type="checkbox"/> Migración |
| <input type="checkbox"/> Derechos y justicia | <input type="checkbox"/> Provisión / equipamiento de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo empresarial, industrial y comercial | <input checked="" type="checkbox"/> Salud |
| <input type="checkbox"/> Sociedad civil organizada | <input type="checkbox"/> Seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Desastres naturales | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Educación | |

(especifique): _____

VI. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

6.1 ¿En qué entidades federativas el programa ofrece sus apoyos? (sólo marque una opción)

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; → pase a la pregunta 6.2
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; →

X Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | X Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input type="checkbox"/> Baja California | <input type="checkbox"/> Durango | <input type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | X Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | X Oaxaca | X Tamaulipas |
| X Chiapas | <input type="checkbox"/> Hidalgo | <input type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input type="checkbox"/> Veracruz |
| <input type="checkbox"/> Coahuila | X México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | X Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input type="checkbox"/> Michoacán | <input type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input type="checkbox"/> Zacatecas |
- No específica

6.2 ¿En qué entidades federativas el programa entregó sus apoyos en el ejercicio fiscal anterior? (sólo marque una opción)

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; → pase a la pregunta 6.3
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; →

X Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | X Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input type="checkbox"/> Baja California | <input type="checkbox"/> Durango | <input type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | X Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | X Oaxaca | X Tamaulipas |
| X Chiapas | <input type="checkbox"/> Hidalgo | <input type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input type="checkbox"/> Veracruz |
| <input type="checkbox"/> Coahuila | X México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | X Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input type="checkbox"/> Michoacán | <input type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input type="checkbox"/> Zacatecas |
- No específica
- No aplica porque el programa es nuevo

.3 ¿El programa focaliza a nivel municipal?

- Sí
 No / No especifica

.4 ¿El programa focaliza a nivel localidad?

- Sí
 No / No especifica

6.5 ¿El programa focaliza con algún otro criterio espacial?

Sí

Especifique: En 10 de los 12 Institutos nacionales (exceptuando INSP y INMGEN) 12 Hospitales (General de México, Dr. Manuel Gea González, Nacional Homeopático, de la Mujer, Juárez Centro, Juárez de México y los Regionales de Alta Especialidad del Bajío, Oaxaca Yucatán, Ciudad Victoria, Chiapas e Ixtapaluca) y los Servicios de Atención Psiquiátricos.

6.6 El programa tiene focalización: (marque sólo una opción)

- Rural
 Urbana
 Ambas
 No especificada

6.7 El programa focaliza sus apoyos en zonas de marginación: (puede seleccionar varias)

- Muy alta
 Alta
 Media
 Baja
 Muy baja
 No especificada

6.8 ¿Existen otros criterios de focalización?

- No → pase a la sección VII
 Sí

6.9 Especificar las características adicionales para focalizar (en un espacio máximo de 900 caracteres).

El programa actúa en 23 Unidades dependientes de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

VII. POBLACIÓN OBJETIVO

7.1 Describe la población objetivo del programa (en un espacio máximo de 400 caracteres):

Está compuesta de los Pacientes atendidos en los Institutos Nacionales y Hospitales dependientes de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

VIII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES)

8.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso (\$):⁴⁶

\$ 1 1 8 2 5 2 8 5 7 6 2

8.2 Indique el presupuesto modificado del año en curso (\$):⁴⁷ (al mes de junio de 2010)

\$ 1 1 7 5 2 9 7 2 1 8 1

IX. BENEFICIARIOS DIRECTOS

9.1 El programa beneficia exclusivamente a: (marque sólo una opción)

- Adultos y adultos mayores
 - Jóvenes
 - Niños
 - Discapacitados
 - Indígenas
 - Mujeres
 - Migrantes
 - Otros**
 - No aplica
- Especifique: Pacientes**

En el siguiente cuadro deberá responder las preguntas para cada uno de los tipos de beneficiarios identificados por el programa. En consecuencia, podrá tener hasta cinco tipos de beneficiarios identificados en la pregunta 9.2 y en el resto de las preguntas que ahondan sobre las características de cada uno de ellos (preguntas 9.3 a 9.10). Un mismo tipo de beneficiario no podrá ocupar más de un renglón. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de internet del Coneval.

9.2 ¿A quiénes (o a qué) beneficia directamente el programa? (puede escoger varias)	9.3 Los beneficiarios directos ¿son indígenas?	9.4 Los beneficiarios directos ¿son personas con discapacidad?	9.5 Los beneficiarios directos ¿son madres solteras?	9.6 Los beneficiarios directos ¿son analfabetos?	9.7 Los beneficiarios directos ¿son migrantes?	9.8 Los beneficiarios directos ¿se encuentran en condiciones de pobreza?	9.8.1 ¿en qué tipo de pobreza?	9.9 Los beneficiarios directos ¿tienen un nivel de ingreso similar?	9.10 Los beneficiarios directos ¿forman parte de algún otro grupo vulnerable?	
Individuo y/u hogar.....01 Empresa u organización.....02 Escuela.....03 Unidad de salud.....04 Territorio...05	Sí.... 01 No.... 02	Sí.... 01 No.... 02	Sí... 01 No... 02	Sí ... 01 No ...02	Sí.... 01 No.... 02	Sí.... 01 No.... 02 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Pase a la pregunta 9.9</div>	Alimentaria..... 01 Capacidades....02 Patrimonial.....03 No es-pefica.....04	Sí.... 01 No...02	Sí.... 01 (especifique) No....02	
Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Especifique
01	02	02	02	02	02	02	N/A	02	02	N/A

⁴⁶ El formato que deberá ser entregado en agosto de 2007 indicará el presupuesto de 2007. En cambio, el formato que deberá ser entregado en marzo 2008 señalará el presupuesto de 2008.

⁴⁷ *Ibid.*

En el siguiente cuadro deberá identificar el (los) tipo(s) de apoyo(s) que ofrece el programa para cada tipo de beneficiario señalado en la pregunta 9.2 de la sección anterior. Cabe señalar que un mismo tipo de beneficiario puede recibir más de un tipo de apoyo y, por tanto, ocupar tantos regiones como apoyos entreguen a cada tipo de beneficiario. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de internet del Coneval.

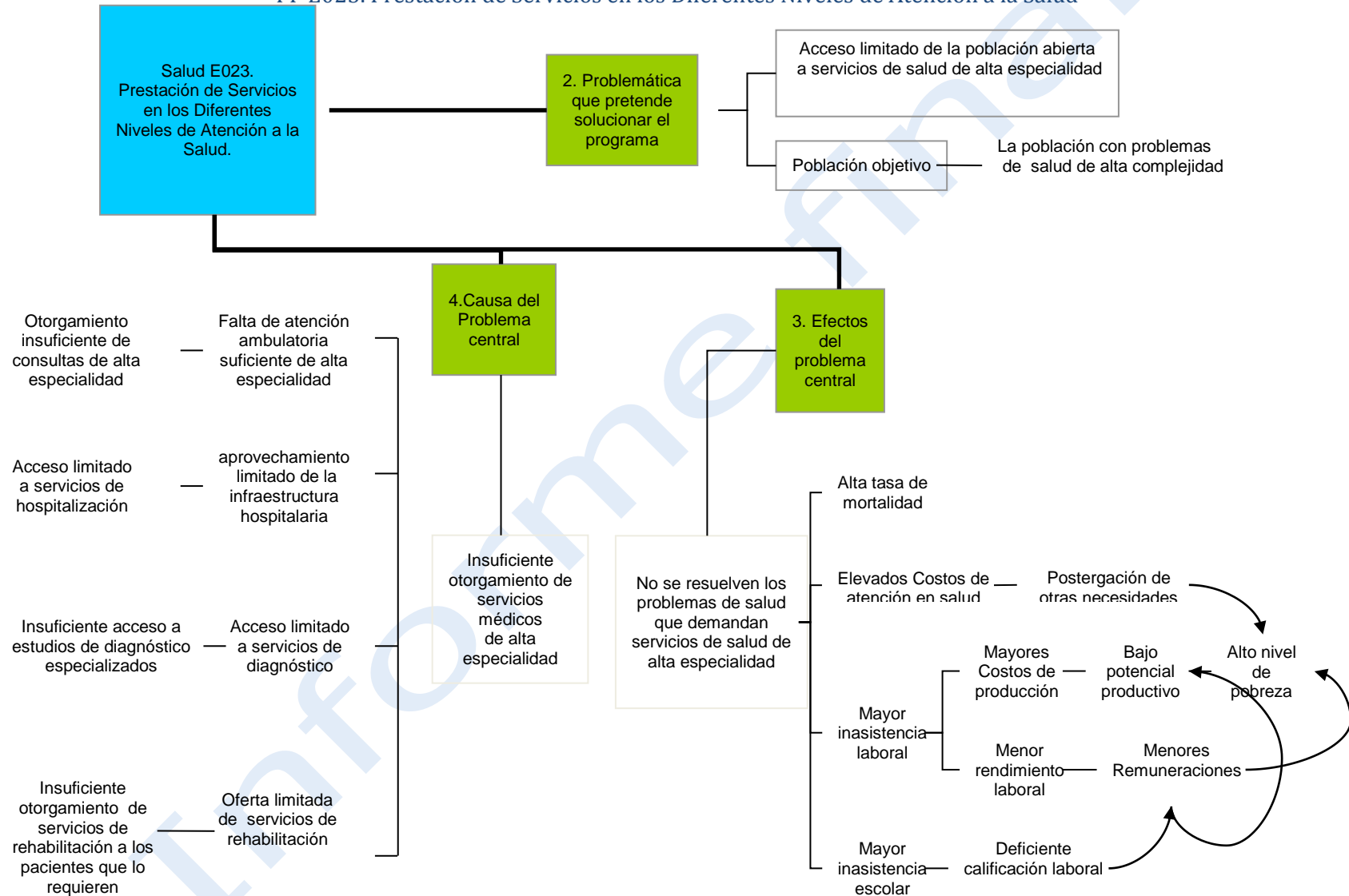
X. APOYOS

Tipo de beneficiario (se deberán utilizar los códigos identificados en la pregunta 9.1)	10.1 ¿De qué manera se entrega(n) el(los) apoyo(s)?	10.2 ¿Qué apoyo(s) recibe(n) los beneficiarios directos?		10.3 ¿El beneficiario debe pagar monetariamente el (los) apoyo(s)?	10.4 ¿El beneficiario debe pagar en especie el (los) apoyo(s)?	10.5 ¿El beneficiario adquiere alguna corresponsabilidad al recibir el (los) apoyo(s)?	
	En: Especie.....01 Monetario.....02 Ambos.....03	Albergue..... 01 Alimentos..... 02 Asesoría jurídica..... 03 Beca..... 04 Campañas o promoción..... 05 Capacitación..... 06 Compensación garantizada al ingreso..... 07 Deducción de impuesto..... 08 Fianza..... 09 Financiamiento de investigación..... 10 Guarderías..... 11 Libros y material didáctico..... 12 Microcrédito..... 13 Obra pública..... 14 Recursos materiales..... 15 Seguro de vida y/o gastos médicos..... 16 Seguro de cobertura de patrimonio, bienes y servicios..... 17 Pensión..... 18 Terapia o consulta médica..... 19 Tierra, lote, predio o parcela..... 20 Vivienda..... 21 Otro:..... 22 Especifique		No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03	No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03	No.....01 Sí02 (especifique)	
Código pregunta 9.2	Código	Código	Especifique	Código	Código	Código	Especifique
	01	19	Atención médica especializada	03	01	01	N/A

Anexo II

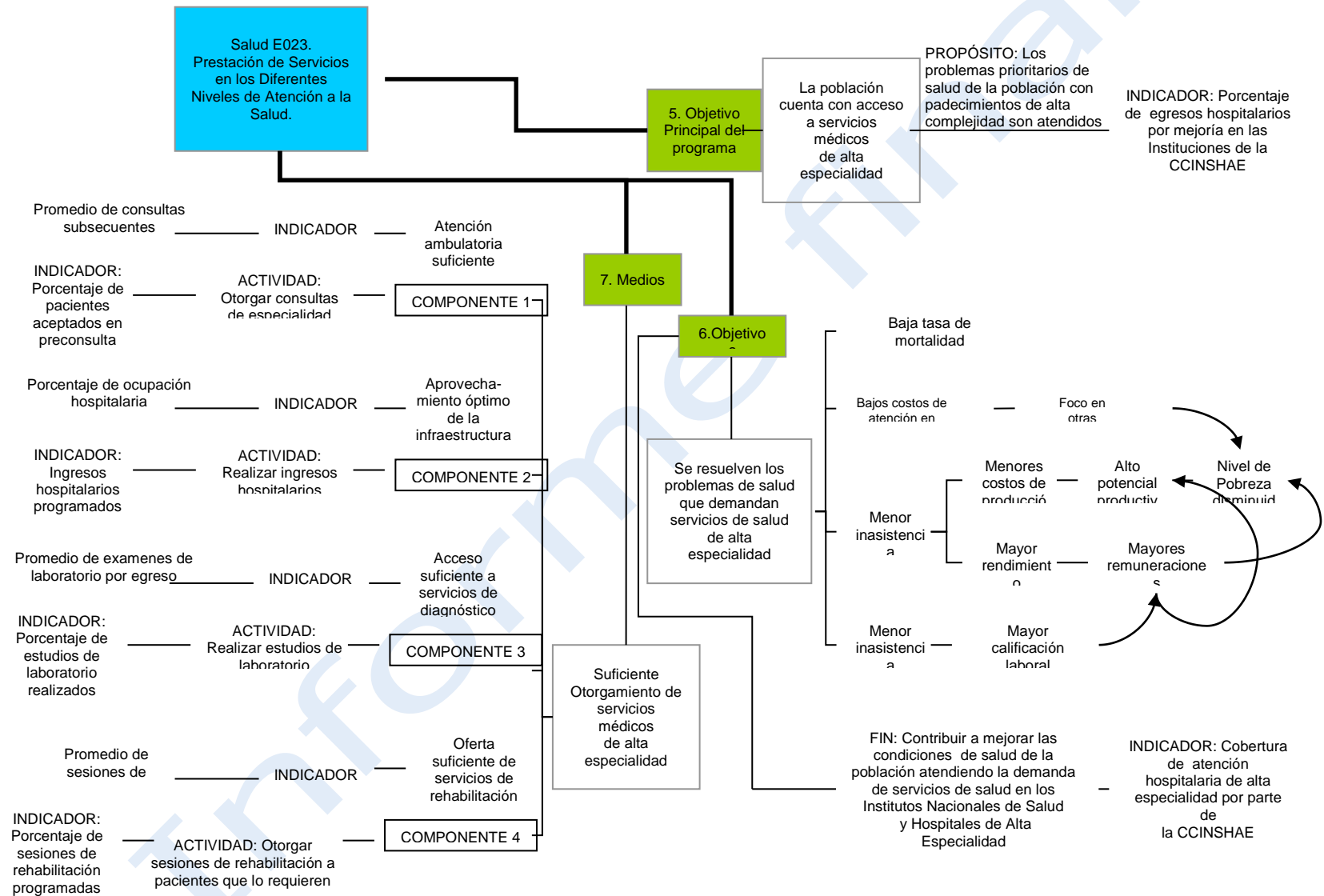
Árbol de Problemas 2011

PP E023. Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud



Anexo II Arbol objetivos 2011

PP E023. Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud



Anexo III
Matriz de Indicadores 2011 elaborada por el P-FRH

Datos de Identificación del programa	
Ramo:	Salud
Unidad Responsable:	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Clasificación de Grupos y Modalidades de los Programas Presupuestarios:	E Prestación de Servicios Públicos
Denominación del Programa Presupuestario:	023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud
Nombre de la Matriz:	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud
Ciclo Presupuestario:	2011
Alineación del PND y sus programas	
Eje de Política Pública:	Igualdad de Oportunidades
Objetivo Nacional:	Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución.
Grupo Tema:	Desarrollo Integral
Tema:	Salud
Objetivo de Eje de Política Pública:	Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
Estrategia del Objetivo de Eje de Política Pública :	Estrategia 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.
Tipo de Programa:	Sectorial
Programa:	Programa Sectorial de Salud 2007-2012
Objetivo del Programa:	Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país
Estrategia del Programa Sectorial:	Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud
Objetivo Estratégico de la Dependencia ó Entidad:	Garantizar la rectoría del Sistema Nacional de Salud, mediante el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y programas nacionales en materia de salud, a efecto de avanzar en el aseguramiento universal, fortalecer la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud, con énfasis en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la protección contra riesgos sanitarios que coadyuven al mejoramiento de la salud de la población.

Jerarquía de objetivos		Matriz de marco lógico			
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
1. Fin (Impacto)	1 Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la	Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable : Egresos hospitalarios por mejoría a nivel nacional en las instituciones coordinadas por la SSA	

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
	población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Orden :	11	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. Que no se registren epidemias, desastres naturales y/o conflictos sociales que pongan en riesgo la salud de la población. 2. Condiciones macroeconómicas estables. 3. Se mantiene una política pública de fomento a la salud
Nombre Indicador:		Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE	Especifique Medio de Verificación :	Sistema Nacional de Información en Salud (cubo dinámico)		
Dimensión del Indicador :		Eficacia	Nombre de la Variable :	Egresos hospitalarios por mejoría en las entidades de la CCINSHAE		
Tipo Indicador para Resultados :		Estratégico	Medio de Verificación :	- Otros -		
Definición Indicador :		Porcentaje de egresos por mejoría de la CCINSHAE respecto al nacional	Especifique Medio de Verificación :	Sistema Nacional de Información en Salud (cubo dinámico). Informe estadístico médico de las entidades coordinadas por la CCINSHAE		
Método de Cálculo :		(Egresos hospitalarios por mejoría en las entidades de la CCINSHAE / Egresos hospitalarios por mejoría a nivel nacional en las instituciones coordinadas por la SSA) X 100				
Tipo de valor de la Meta :		Relativa				
Unidad de Medida:		Porcentaje				
Desagregación Geográfica :		Nacional				
Frecuencia de Medición :		Anual				
Valor Línea Base :		8.5				
Periodo Línea Base :		Enero - Diciembre				
Año de la Línea Base :		2009				
Ciclo :		2011				
Valor de la Meta Anual Relativa:	8.1					

Jerarquía de objetivos		Matriz de marco lógico				
objetivos	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Ciclo :	2011			
		Mes de la Meta :	Diciembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	8.1			
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
2. Propósito (Resultados)	11 Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	Indicador PEF:	Si	Nombre de la Variable :	Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	
		Orden :	111	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: Se mantienen condiciones macroeconómicas estables, que permitan la adquisición y mantenimiento de equipo e insumos.
		Nombre Indicador :	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE.	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficacia	Nombre de la Variable :	Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	
		Tipo Indicador para Resultados :	Estratégico	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Mide la proporción de pacientes atendidos en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa que egresan por mejorar su estado	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	

Jerarquía de objetivos		Matriz de marco lógico			
Resumen narrativo	Indicadores de desempeño	Fuentes y medios de verificación		Supuestos	
			de salud, con respecto al total de pacientes que egresan		
	Método de Cálculo :	(Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa /Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa) X 100			
	Tipo de valor de la Meta :	Relativa			
	Unidad de Medida:	Porcentaje			
	Desagregación Geográfica :	Nacional			
	Frecuencia de Medición :	Trimestral			
	Valor Línea Base :	91.5			
	Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre			
	Año de la Línea Base :	2009			
	Ciclo :	2011			
	Valor de la Meta Anual Relativa:	91.4			
	Ciclo :	2011			
	Mes de la Meta :	Marzo			
	Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	91.3			
	Mes de la Meta :	Junio			
	Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	91.4			

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Mes de la Meta :	Septiembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	91.4			
		Mes de la Meta :	Diciembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	91.4			
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
3. Componente (Productos y Servicios)	111 Servicios hospitalarios ofrecidos a la población	Indicador PEF:	Si	Nombre de la Variable :	Días paciente durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa	
		Orden :	1111	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado. 2. La población cuenta con los recursos y el conocimiento para acceder a los servicios de salud otorgados. 3. Que los usuarios manifiesten adherencia terapéutica
		Nombre Indicador :	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficacia	Nombre de la Variable :	Días camas censables durante el mismo período en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Ocupación de las camas censables de la Institución	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico				
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
		Método de Cálculo :	(Días paciente durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa / Días camas censables durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa) X 100		
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa		
		Unidad de Medida :	Porcentaje		
		Desagregación Geográfica :	Nacional		
		Frecuencia de Medición :	Trimestral		
		Valor Línea Base :	74.2		
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre		
		Año de la Línea Base :	2009		
		Ciclo :	2011		
		Valor de la Meta Anual Relativa:	74.6		
		Ciclo :	2011		
		Mes de la Meta :	Marzo		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	75.7		
		Mes de la Meta :	Junio		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	75.6		
		Mes de la Meta :	Septiembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en	75.1		

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico				
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
		Curso:			
		Mes de la Meta :	Diciembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	74.6		
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información		
		Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el período de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica
		Orden :	1122	Medio de Verificación :	- Otros -
		Nombre Indicador :	Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico
		Dimensión del Indicador :	Eficiencia	Nombre de la Variable :	Días cama de cuidados intensivos disponibles durante el mismo período en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -
		Definición Indicador :	Ocupación de las camas de cuidados intensivos respecto a las disponibles	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico
		Método de Cálculo :	(Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el período de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica / Días cama de cuidados intensivos disponibles durante el mismo período en los Institutos Nacionales de		

Jerarquía de objetivos		Matriz de marco lógico			
objetivos	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
			Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica) X 100		
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa		
		Unidad de Medida :	Porcentaje		
		Desagregación Geográfica :	Nacional		
		Frecuencia de Medición :	Trimestral		
		Valor Línea Base :	69.3		
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre		
		Año de la Línea Base :	2010		
		Ciclo :	2011		
		Valor de la Meta Anual Relativa:	68.1		
		Ciclo :	2011		
		Mes de la Meta :	Marzo		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	70.6		
		Mes de la Meta :	Junio		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso :	69		
		Mes de la Meta :	Septiembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	68.6		
		Mes de la Meta :	Diciembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	68.1		
		Enfoque de	Sin Información		

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
112 Tratamiento: Servicios ambulatorios ofrecidos a la población		Transversalidad :				
		Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Número de consultas de primera vez	
		Orden :	1121	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado. 2. La población cuenta con los recursos y el conocimiento para acceder a los servicios de salud otorgados. 3. Que los usuarios manifiesten adherencia terapéutica
		Nombre Indicador :	Promedio de consultas subsecuentes	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficiencia	Nombre de la Variable :	Número de consultas subsecuentes	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Expresa el promedio de consultas subsecuentes que se otorgan por cada una de primera vez	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Método de Cálculo :	Número de consultas subsecuentes / Número de consultas de primera vez			
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa			
		Unidad de Medida :	Promedio			
		Desagregación Geográfica :	Nacional			
		Frecuencia de Medición :	Trimestral			
		Valor Línea Base :	4.3			
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre			
		Año de la Línea Base :	2010			
		Ciclo :	2011			
		Valor de la Meta Anual Relativa:	4.2			
		Ciclo :	2011			
	Mes de la Meta :	Marzo				
	Valor de las Metas Relativas Ciclo	4.3				

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Presupuestario en Curso:				
		Mes de la Meta :	Junio			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	4.2			
		Mes de la Meta :	Septiembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	4.2			
		Mes de la Meta :	Diciembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	4.2			
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
	113 Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ofrecidos a la población	Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados en el periodo	
		Orden :	1131	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado. 2. La población cuenta con los recursos y el conocimiento para acceder a los servicios de salud otorgados. 3. Que los usuarios manifiesten adherencia terapéutica
		Nombre Indicador :	Promedio de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficiencia	Nombre de la Variable :	Total de egresos hospitalarios realizados en el periodo	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Promedio de exámenes de laboratorio realizados por egreso hospitalario	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	

Jerarquía de objetivos		Matriz de marco lógico			
objetivos	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
		Método de Cálculo :	Número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados en el periodo / Total de egresos hospitalarios realizados en el periodo		
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa		
		Unidad de Medida :	Promedio		
		Desagregación Geográfica :	Nacional		
		Frecuencia de Medición :	Trimestral		
		Valor Línea Base :	37.7		
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre		
		Año de la Línea Base :	2010		
		Ciclo :	2011		
		Valor de la Meta Anual Relativa:	35.8		
		Ciclo :	2011		
		Mes de la Meta :	Marzo		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	35.2		
		Mes de la Meta :	Junio		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	35.1		
		Mes de la Meta :	Septiembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	35.6		
		Mes de la Meta :	Diciembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	35.8		

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
114 Servicios de rehabilitación otorgados a la población.		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
		Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo	
		Orden :	1141	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado. 2. La población cuenta con los recursos y el conocimiento para acceder a los servicios de salud otorgados. 3. Que los usuarios manifiesten adherencia terapéutica
		Nombre Indicador :	Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficiencia	Nombre de la Variable :	Total de pacientes que recibieron rehabilitación en el mismo periodo	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Promedio de sesiones de rehabilitación otorgadas por paciente en el periodo	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Método de Cálculo :	Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo / Total de pacientes que recibieron rehabilitación en el mismo periodo			
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa			
		Unidad de Medida :	Promedio			
		Desagregación Geográfica :	Nacional			
		Frecuencia de Medición :	Trimestral			
		Valor Línea Base :	2.2			
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre			
		Año de la Línea Base :	2010			
	Ciclo :	2011				
	Valor de la Meta Anual Relativa:	3.2				

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Ciclo :	2011			
		Mes de la Meta :	Marzo			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	3.1			
		Mes de la Meta :	Junio			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	3.1			
		Mes de la Meta :	Septiembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	3.1			
		Mes de la Meta :	Diciembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	3.2			
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
4. Actividad (Acciones y Procesos)	1111 Ingresos hospitalarios	Indicador PEF:	Si	Nombre de la Variable :	Ingresos hospitalarios totales en el mismo periodo	
		Orden :	11111	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado 2. Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria.
		Nombre Indicador :	Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficacia	Nombre de la Variable :	Número de ingresos hospitalarios programados en el periodo	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Expresa la proporción de ingresos hospitalarios que fueron programados	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico				
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
		Método de Cálculo :	(Número de ingresos hospitalarios programados / Ingresos hospitalarios totales) X 100		
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa		
		Unidad de Medida :	Porcentaje		
		Desagregación Geográfica :	Nacional		
		Frecuencia de Medición :	Trimestral		
		Valor Línea Base :	65.6		
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre		
		Año de la Línea Base :	2009		
		Ciclo :	2011		
		Valor de la Meta Anual Relativa:	53.9		
		Ciclo :	2011		
		Mes de la Meta :	Marzo		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	54.5		
		Mes de la Meta :	Junio		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	54.3		
		Mes de la Meta :	Septiembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	54.3		
		Mes de la Meta :	Diciembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	53.9		
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información		

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
	1111 Otorgar consulta de valoración	Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Número de pacientes a quienes se les otorgó pre consulta en el periodo	
		Orden :	11111	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado 2. Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria.
		Nombre Indicador :	Porcentaje de pacientes aceptados en pre consulta por la institución	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficiencia	Nombre de la Variable :	Número de casos nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa en el periodo	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Porcentaje de pacientes aceptados en el área de consulta externa con respecto al total de paciente valorados en pre consulta	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Método de Cálculo :	Número de casos nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa en el periodo / Número de pacientes a quienes se les otorgó pre consulta en el periodo X 100			
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa			
		Unidad de Medida :	Porcentaje			
		Desagregación Geográfica :	Nacional			
		Frecuencia de Medición :	Trimestral			
		Valor Línea Base :	65.7			
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre			
	Año de la Línea Base :	2010				

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Ciclo :	2011			
		Valor de la Meta Anual Relativa:	65.9			
		Ciclo :	2011			
		Mes de la Meta :	Marzo			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	65.9			
		Mes de la Meta :	Junio			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	66.6			
		Mes de la Meta :	Septiembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	66.2			
		Mes de la Meta :	Diciembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	65.9			
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información			
		1111 Realizar estudios de diagnóstico y tratamiento	Indicador PEF:	No	Nombre de la Variable :	Número de estudios de laboratorio realizados en el periodo
	Orden :		11111	Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado 2. Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria.
	Nombre Indicador :		Porcentaje de estudios de laboratorio realizados.	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
	Dimensión del Indicador :		Eficacia	Nombre de la Variable :	Número de estudios de laboratorio programados en el mismo periodo	
	Tipo Indicador para		Gestión	Medio de Verificación :	- Otros -	

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico					
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos
		Resultados :				
		Definición Indicador :	Porcentaje de estudios de laboratorio realizados respecto a los programados	Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Método de Cálculo :	(Número de estudios de laboratorio realizados en el periodo / Número de estudios de laboratorio programados en el mismo periodo) X 100			
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa			
		Unidad de Medida :	Porcentaje			
		Desagregación Geográfica :	Nacional			
		Frecuencia de Medición :	Trimestral			
		Valor Línea Base :	96.4			
		Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre			
		Año de la Línea Base :	2010			
		Ciclo :	2011			
		Valor de la Meta Anual Relativa:	96.3			
		Ciclo :	2011			
		Mes de la Meta :	Marzo			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.1			
		Mes de la Meta :	Junio			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.4			
		Mes de la Meta :	Septiembre			
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.5			
		Mes de la Meta :	Diciembre			

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico						
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación		Supuestos	
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.3				
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información				
	1111 Otorgar sesiones de rehabilitación a pacientes que lo requieren	Indicador PEF:	No		Nombre de la Variable :	Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo	
		Orden :	11111		Medio de Verificación :	- Otros -	Descripción: 1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado 2. Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria.
		Nombre Indicador :	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas		Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Dimensión del Indicador :	Eficacia		Nombre de la Variable :	Número de sesiones de rehabilitación programadas en el mismo periodo	
		Tipo Indicador para Resultados :	Gestión		Medio de Verificación :	- Otros -	
		Definición Indicador :	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas en el periodo		Especifique Medio de Verificación :	Informe médico	
		Método de Cálculo :	(Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo / Número de sesiones de rehabilitación programadas en el mismo periodo) X 100				
		Tipo de valor de la Meta :	Relativa				
		Unidad de Medida :	Porcentaje				
		Desagregación Geográfica :	Nacional				
		Frecuencia de Medición :	Trimestral				
		Valor Línea Base :	103.2				
Periodo Línea Base :	Marzo - Junio - Septiembre - Diciembre						

Jerarquía de objetivos	Matriz de marco lógico				
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño		Fuentes y medios de verificación	Supuestos
		Año de la Línea Base :	2010		
		Ciclo :	2011		
		Valor de la Meta Anual Relativa:	96.4		
		Ciclo :	2011		
		Mes de la Meta :	Marzo		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	97		
		Mes de la Meta :	Junio		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.4		
		Mes de la Meta :	Septiembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.4		
		Mes de la Meta :	Diciembre		
		Valor de las Metas Relativas Ciclo Presupuestario en Curso:	96.4		
		Enfoque de Transversalidad :	Sin Información		

Info

Anexo IV Características de los Indicadores

Nivel	N° de indicador	Nombre del indicador	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Calificación del indicador
FIN Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1.1	Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE	1	1	1	1	0	80%
PROPÓSITO Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Responsabilidad	11.1	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE	1	1	1	1	1	100%
COMPONENTE Servicios hospitalarios ofrecidos a la población	111.1	Porcentaje de ocupación hospitalaria	1	1	1	1	1	100%
	111.2	Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos	1	1	1	0	1	80%
COMPONENTE Tratamiento. Servicios ambulatorios ofrecidos a la población	112.1	Promedio de consultas subsecuentes	1	0	1	1	1	80%
COMPONENTE Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ofrecidos a la población	113.1	Promedio de exámenes de laboratorio de egreso hospitalario	1	1	1	1	1	100%
COMPONENTE Servicios de rehabilitación otorgados a la población	114.1	Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	1	1	1	1	1	100%
ACTIVIDAD Ingresos hospitalarios	1111.1	Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	1	1	1	1	1	100%
ACTIVIDAD Otorgar consultas de valoración	1121.1	Porcentaje de pacientes aceptados en pre consulta	1	1	1	1	1	100%

Anexo IV
Características de los Indicadores

Nivel	N° de indicador	Nombre del indicador	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Calificación del indicador
		por la institución						
ACTIVIDAD Realizar estudios de diagnóstico y tratamiento	1131.1	Porcentaje de estudios de laboratorio realizados	1	1	1	1	1	100%
ACTIVIDAD Otorgar sesiones de rehabilitación a pacientes que lo requieren	1141.1	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas	1	1	1	1	1	100%
	Promedio global							95%

Anexo IV

Metodología de evaluación de las características de los indicadores

Con el propósito de que la evaluación de las características de los indicadores cuente con rigurosidad metodológica se establecieron los siguientes criterios para medir cada una de las características establecidas en el Anexo Tres del oficio circular N° 307.A.1593 de la SHCP de fecha 17 de julio de 2007.

a) Claridad: el indicador deberá ser preciso e inequívoco

Son claros si son de fácil comprensión y no hay duda de su significado. Para determinar la claridad cada indicador deberá contar con su propósito, forma de cálculo, línea base y valores estándar para facilitar su socialización. Con base en estos planteamientos se establecen los siguientes valores para calificar esta característica:

- Valor 1, si se cumple con al menos dos de las cuatro variables anteriormente definidas.
- Valor 0, si no fue posible establecer el cumplimiento de más de una de las variables definidas.

b) Relevancia: el indicador deberá reflejar una dimensión importante del logro del objetivo.

Son relevantes si se puede concluir que el indicador estratégico permite medir o evaluar la mayor cantidad de premisas de un objetivo del Programa; es decir, si no se identifica que exista otro indicador que explique en mayor medida dicho objetivo. Se establecen los siguientes valores para la medición de este criterio.

- Valor 1, si la relevancia es mayoritaria o plena; es decir, que si este indicador no estuviera definido la evaluación del objetivo pudiera considerarse como no existente.
- Valor 0, si no existe aportación del indicador al objetivo o si el aporte es tan marginal que pudiera eliminarse y no se afecta de forma importante la evaluación de dicho objetivo.

c) Economía: la información necesaria para generar el indicador deberá estar disponible a un costo razonable.

Son económicos si se puede concluir que el indicador estratégico tiene un bajo costo-beneficio; es decir, si el indicador no requiere de recursos presupuestales específicos adicionales a la operación del Programa para su construcción, y se obtiene de la información que se genera a través de los sistemas institucionales existentes. Se establecen los siguientes valores para la medición de este criterio.

- Valor 1, si la información para calcular el indicador se obtiene de los sistema institucionales de la dependencia.

- Valor 0, si la información para calcular el indicador requiere de otras fuentes de información con un costo adicional para su recuperación (por ej. encuestas)

d) Monitoreable: el indicador debe poder sujetarse a una comprobación independiente.

Es monitoreable o confiable si al repetir las condiciones de operación del Programa independientemente de quien realice la medición se obtienen los mismos resultados del indicador. En esta característica se integran los elementos de precisión, consistencia y sensibilidad. Es decir, si el numerador y denominador están definidos de forma precisa (sus unidades de medida son congruentes con la finalidad del indicador, existe una utilización correcta de conceptos tales como porcentajes, tasas, incrementos o diferencias); si el indicador mide de forma sensible los cambios del Programa y si las fuentes de información a través del cual se generan son de tipo consistente (estables, sólidas). Se consideran los siguientes valores para la medición de este criterio.

- Valor 1, si se cumple con al menos con dos de las tres variables anteriormente definidas.
- Valor 0, si no fue posible establecer el cumplimiento de más de una de las variables definidas.

e) Adecuado: el indicador deberá aportar una base suficiente para evaluar el desempeño;

Es adecuado si el indicador cuenta con metadatos en periodos cortos de tiempo. Esta característica favorece que el Programa cuente con información previa del indicador, así como en periodos de tiempo no mayores a un año para apoyar la toma de decisiones, ya que aporta información para el análisis de tendencias y situaciones futuras esperadas. En consecuencia se establecen los siguientes valores para calificar este criterio.

- Valor 1, si se cuenta con más de dos observaciones anteriores del indicador y la frecuencia de medición es menor de un año.
- Valor 0, si no se cuenta con mediciones anteriores del indicador o la frecuencia de medición es mayor a un año.

Anexo V

Línea base y temporalidad de los indicadores

Nivel	N° de indicador	Nombre del indicador	Línea base	Año	Temporalidad de la medición	Meta	Calificación del indicador
FIN Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1.1	Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE	1 8.5%	2009	1 Anual	2011 8.1%	100%
PROPÓSITO Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Responsabilidad	11.1	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE	1 91.5%	2009	1 Trimestral	2011 91.4%	100%
COMPONENTE Servicios hospitalarios ofrecidos a la población	111.1	Porcentaje de ocupación hospitalaria	1 74.2%	2009	1 Trimestral	2011 74.6%	100%
	111.2	Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos	1 69.3%	2010	1 Trimestral	2011 70.6%	100%
COMPONENTE Tratamiento. Servicios ambulatorios ofrecidos a la población	112.1	Promedio de consultas subsecuentes	1 4.3	2010	1 Trimestral	2011 4.2	100%
COMPONENTE Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ofrecidos a la población	113.1	Promedio de exámenes de laboratorio de egreso hospitalario	1 37.7	2010	1 Trimestral	2011 35.8	100%

Anexo V

Línea base y temporalidad de los indicadores

Nivel	N° de indicador	Nombre del indicador	Línea base	Año	Temporalidad de la medición	Meta	Calificación del indicador
COMPONENTE Servicios de rehabilitación otorgados a la población	114.1	Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	1 2.2	2010	1 Trimestral	2011 3.2	100%
ACTIVIDAD Ingresos hospitalarios	1111.1	Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	1 65.6%	2009	1 Trimestral	2011 53.9%	100%
ACTIVIDAD Otorgar consultas de valoración	1121.1	Porcentaje de pacientes aceptados en pre consulta por la institución	1 65.7%	2010	1 Trimestral	2011 65.9%	100%
ACTIVIDAD Realizar estudios de diagnóstico y tratamiento	1131.1	Porcentaje de estudios de laboratorio realizados	1 96.4%	2010	1 Trimestral	2011 96.3%	100%
ACTIVIDAD Otorgar sesiones de rehabilitación a pacientes que lo requieren	1141.1	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas	1 103.2%	2010	1 Trimestral	2011 96.4%	100%
Promedio global							100%

Con base en los lineamientos de los términos de referencia para la evaluación de diseño, la calificación final de esta pregunta es 1

Anexo VI

Identificación de los medios de verificación

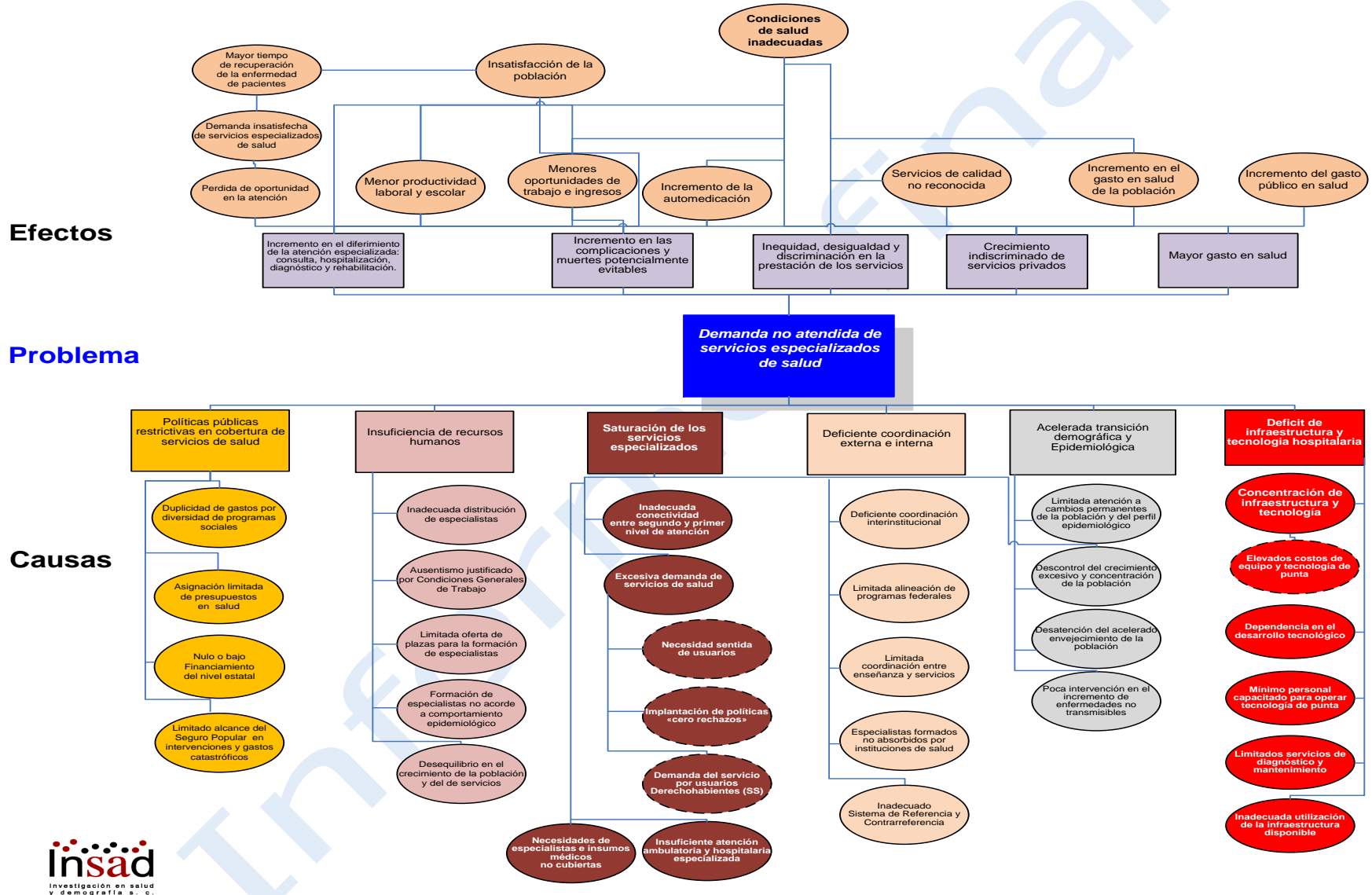
Nivel	N° de indicador	Nombre del indicador	Identificación Medios de verificación	Medios de verificación
FIN Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	1.1	Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE	1	Sistema de Información en Salud
PROPÓSITO Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Responsabilidad	11.1	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE	1	Informe Médico
COMPONENTE Servicios hospitalarios ofrecidos a la población	111.1	Porcentaje de ocupación hospitalaria	1	Informe Médico
	111.2	Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos	1	Informe Médico
COMPONENTE Tratamiento. Servicios ambulatorios ofrecidos a la población	112.1	Promedio de consultas subsecuentes	1	Informe Médico
COMPONENTE Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ofrecidos a la población	113.1	Promedio de exámenes de laboratorio de egreso hospitalario	1	Informe Médico
COMPONENTE Servicios de rehabilitación otorgados a la población	114.1	Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	1	Informe Médico
ACTIVIDAD Ingresos hospitalarios	1111.1	Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	1	Informe Médico
ACTIVIDAD Otorgar consultas de valoración	1121.1	Porcentaje de pacientes aceptados en pre consulta por la institución		Informe Médico
ACTIVIDAD Realizar estudios de diagnóstico y tratamiento	1131.1	Porcentaje de estudios de laboratorio realizados		Informe Médico
ACTIVIDAD Otorgar sesiones de rehabilitación a pacientes que lo requieren	1141.1	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas		Informe Médico
Resultado global				100%

Con base en los lineamientos de los términos de referencia para la evaluación de diseño, la calificación final de esta pregunta es 4

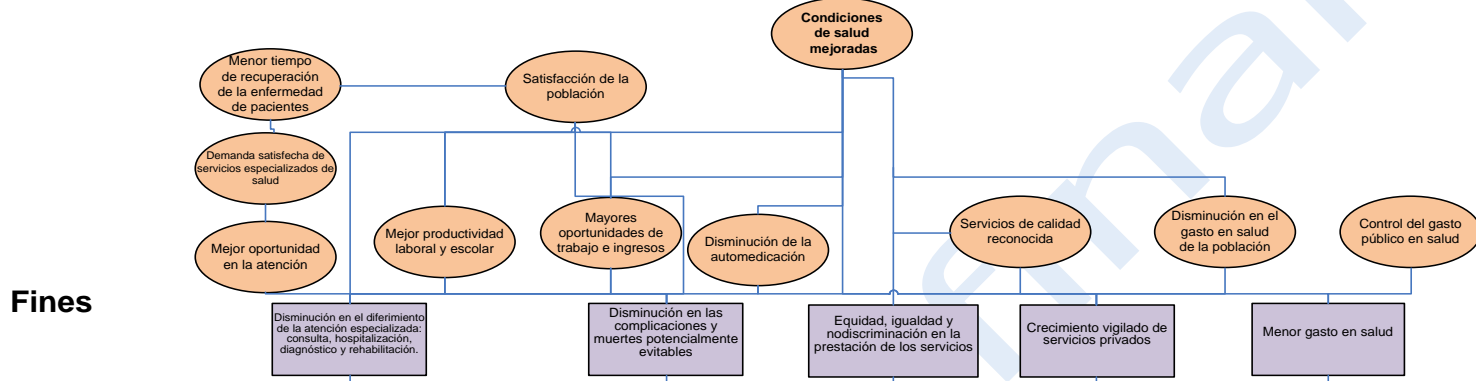
Anexo VII Análisis de los supuestos de la Matriz de Indicadores propuesta por el P-PS para 2011

Nivel del Resumen Narrativo	Supuestos	Ocurrencia para el objetivo	Planteamiento positivo	Precisos para monitoreo
FIN 1. Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población atendiendo la demanda de servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	1. Que no se registren epidemias, desastres naturales y/o conflictos sociales que pongan en riesgo la salud de la población.	1	0	1
	2. Condiciones macroeconómicas estables.	1	1	1
	3. Se mantiene una política pública de fomento a la salud.	1	1	0
PROPÓSITO 11. Los problemas prioritarios de salud de la población con padecimientos de alta complejidad son atendidos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	1. Se mantienen condiciones macroeconómicas estables, que permitan la adquisición y mantenimiento de equipo e insumos.	0	1	1
COMPONENTES 111 Servicios hospitalarios ofrecidos a la población 112 Tratamiento: Servicios ambulatorios ofrecidos a la población 113 Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ofrecidos a la población. 114. Servicios de rehabilitación otorgados a la población.	1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado.	0	1	1
	2. La población cuenta con los recursos y el conocimiento para acceder a los servicios de salud otorgados.	0	1	0
	3. Que los usuarios manifiesten adherencia terapéutica	0	1	0
ACTIVIDAD 1111. Ingresos hospitalarios 1121 Otorgar consulta de valoración 1131 Realizar estudios de diagnóstico y tratamiento. 1141. Otorgar sesiones de rehabilitación a pacientes que lo requieren.	1. La demanda se mantiene de acuerdo a lo proyectado	0	1	1
	2. Existen recursos financieros públicos para mantener o mejorar la infraestructura hospitalaria.	0	1	1
Porcentajes totales		33	89	67

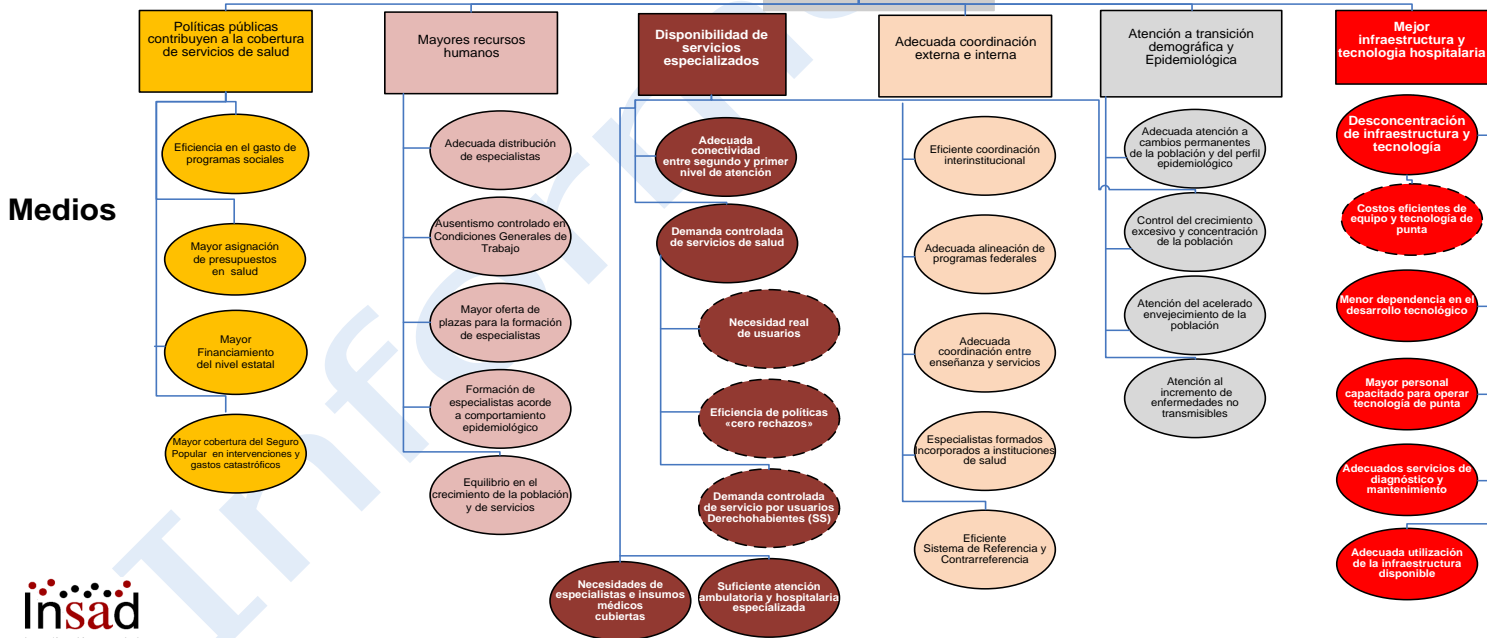
Anexo VIII Árbol del problema propuesto por INSAD



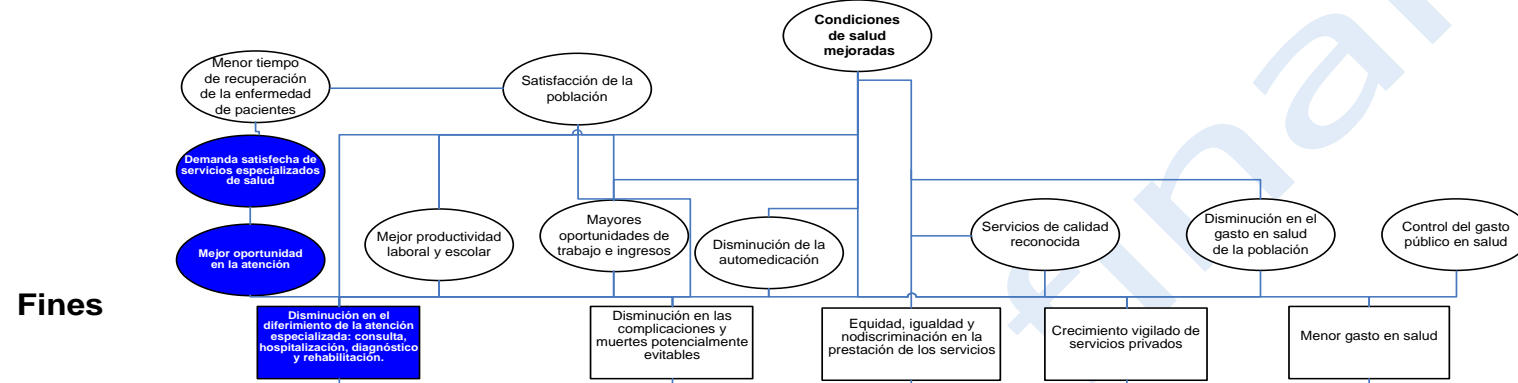
Anexo VIII
Árbol de objetivos propuesto por INSAD



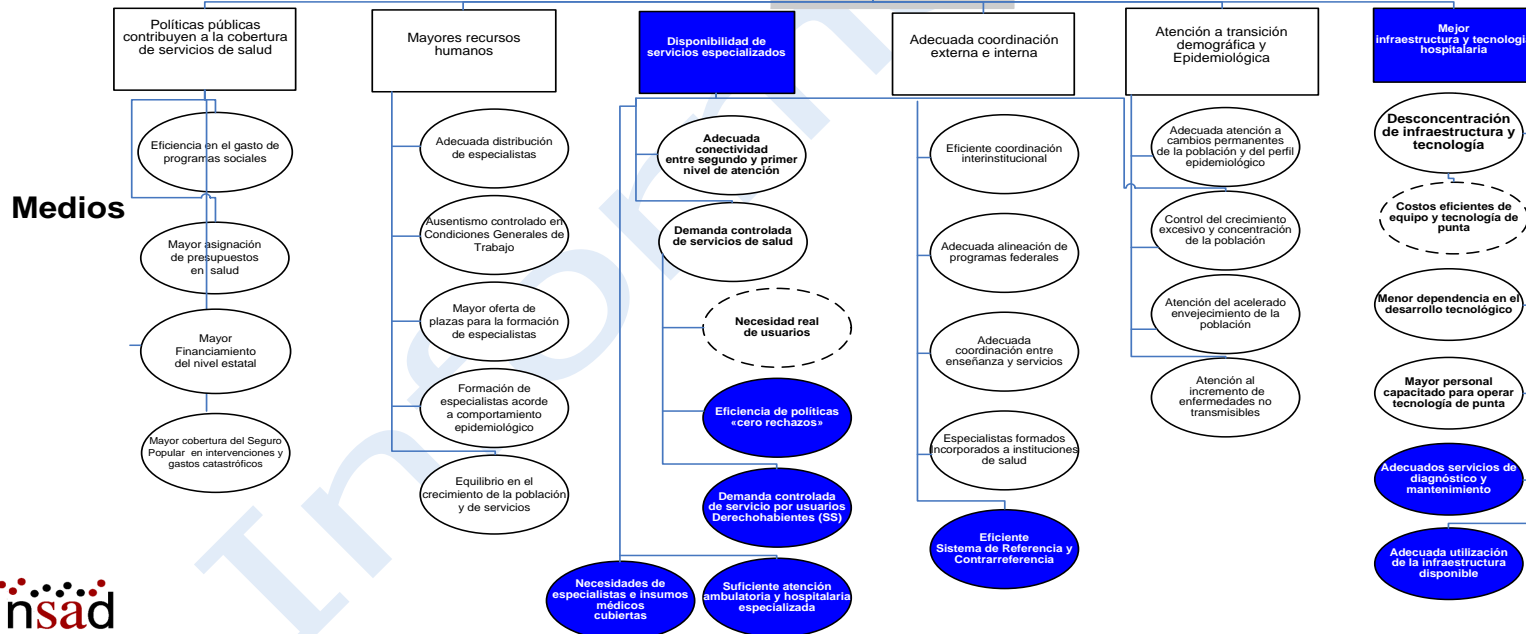
Solución



Anexo VIII Factibilidad propuesta por **INSAD**



Solución



Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención"
Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores

Se recomienda que la propuesta de MI que se describe a continuación, incluyendo los árboles del Problema, Objetivos y Factibilidad antes mostrados, sean utilizados como insumos para la realización de un taller de análisis con los responsables del Programa, para determinar los ajustes finales a la Matriz que será propuesta para el 2011. Para los indicadores aprobados, deberá construirse la Ficha Técnica con base en los criterios establecidos (Ver respuesta a pregunta 13), considerando los niveles de desagregación requeridos y la especificidad de los medios de verificación para cada unidad ejecutora.



Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención
Propuesta de INSAD para la Matriz de Indicadores

Resumen narrativo (Objetivos)	Indicadores		Medio de verificación	Supuestos	
	Nombre	Método de cálculo			
F I N 1. Contribuir a satisfacer la demanda de servicios especializados de salud de la población.	EFICACIA			<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con planes emergentes para atender desastres naturales y epidemias que pongan en peligro la vida de la población. 	
	F.1 Egresos institucionales por mejoría.	<ul style="list-style-type: none"> (Egresos por mejoría en la CCINSHAE / Egresos por mejoría en el Sector Salud) x 100 <i>Desagregar por alta especialidad definida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalaria Informes de gestión 		
	F.2. Tasa de reingreso.	<ul style="list-style-type: none"> (Ingresos por recurrencia de la enfermedad "X" / Egresos por la misma enfermedad en un periodo de tiempo definido) x 1000 <i>Desagregar en función de los padecimientos que se definan.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalaria 		
P R O P O S I T O 11. La demanda a la Comisión sobre servicios especializados de salud es atendida.	CALIDAD			<ul style="list-style-type: none"> Se mejora la cobertura de atención médica del primero y segundo niveles de atención a la población no derechohabiente de la seguridad social. Las políticas públicas de salud tienen una mayor cobertura de padecimientos y de población. 	
	P.1 Tasa de infección nosocomial	<ul style="list-style-type: none"> (Pacientes que emitieron una opinión favorable sobre los servicios recibidos / Total de pacientes entrevistados) x 100 <i>Deberá definirse la cédula de aplicación correspondiente.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas de satisfacción. 		
	P.2 Opinión sobre la satisfacción por la atención médica recibida.	<ul style="list-style-type: none"> (Relación entre el número de pacientes que presentaron infecciones nosocomiales durante su estancia hospitalaria / Total de egresos) x 100 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de vigilancia epidemiológica Comité intrahospitalario de infección nosocomial 		
	EFICACIA				
	P.3 Cobertura de	<ul style="list-style-type: none"> (Pacientes nuevos aceptados / Pacientes a 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas 		

Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención
Propuesta de INSAD para la Matriz de Indicadores

Resumen narrativo (Objetivos)	Indicadores		Medio de verificación	Supuestos
	Nombre	Método de cálculo		
	aceptación de pacientes.	quienes se les proporcionó pre-consulta) x 100	hospitalaria	
	EFICIENCIA			
	P.4 Ejercicio presupuestal del Programa.	• (Presupuesto ejercido en el periodo t / Presupuesto modificado del periodo t) x 100	• Avance Físico Financiero de la CCINSHAE	
111. La población se beneficia de una organización para la prestación de servicios ordenada.	CALIDAD			<ul style="list-style-type: none"> • La población cumple con las medidas de prevención primaria y secundaria para la preservación de su salud. • La población acepta la contrarreferencia a sus unidades médicas de adscripción.
	C11. Valoración del Expediente Clínico	• (Expediente evaluados que obtuvieron un cumplimiento superior a "X" puntos con base en la NOM 168 / Total de expedientes clínicos revisados) x 100 <i>Construir la cédula de evaluación correspondiente y determinar los intervalos de aceptabilidad.</i>	• Programa de calidad y seguridad del paciente	
112. La población recibe una infraestructura y recursos en condiciones adecuadas.	EFICACIA			
	C21. Cobertura de plantilla.	• (Médicos especialistas contratados / Total de plazas autorizadas) x 100	• Plantilla física de personal	
113. La población recibe atención ambulatoria especializada.	EFICIENCIA			
	C31. Promedio diario de consultas	• (Consultas totales en el periodo t / Total de días en el periodo t)	• Estadísticas hospitalaria	

Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención
Propuesta de INSAD para la Matriz de Indicadores

Resumen narrativo (Objetivos)	Indicadores		Medio de verificación	Supuestos
	Nombre	Método de cálculo		
114. La población recibe atención hospitalaria.	C41. Ocupación hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • (Días paciente / Días camas) x 100 • Desagregar por cama censable y de cuidados intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas hospitalaria 	
	C42. Promedio de días estancia	<ul style="list-style-type: none"> • (Número de días estancias generados / Total de egresos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas hospitalaria 	
A C T I V I D A D	1111. Aplicación de procesos de atención protocolizados.	<ul style="list-style-type: none"> • (Numero de proceso de atención operando/ procesos de atención definidos en unidades de alta especialidad) x100 <i>Desagregar en función del tipo de unidad ejecutora.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de atención hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> • La población cumple con las citas médicas establecidas. • El personal de salud acepta incorporarse a las plantillas de los hospitales regionales de alta especialidad.
	1112. Utilización de criterios de elegibilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • (Número de Unidades que aplican criterios de elegibilidad (aceptabilidad) de pacientes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de admisión 	
	1113. Operación de mecanismos de referencia y contra-referencia	<ul style="list-style-type: none"> • (Número de unidades de alta especialidad operando el sistema de referencia y contrarreferencia / Total de unidades) x 100 	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de referencia y contrarreferencia • Estadísticas hospitalaria 	
	1121. Gestión de especialistas médicos.	A211 Médicos y enfermeras por jornada de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • (Número de médicos y enfermeras por jornada de trabajo/ total de médicos y enfermeras) x 100 <i>Desagregar por jornada de trabajo para médicos y enfermeras.</i> 	

Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención
Propuesta de INSAD para la Matriz de Indicadores

Resumen narrativo (Objetivos)	Indicadores		Medio de verificación	Supuestos
	Nombre	Método de cálculo		
1122. Mantenimiento de equipamiento médico.	A221 Plan de inventario y renovación de equipo médico	<ul style="list-style-type: none"> (Número de equipos médicos renovados en unidades de alta especialidad/ número de equipos médicos programados) x100 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de equipamiento e infraestructura 	
1123. Disposición de consultorios.	A231. Razón de médicos especialistas por consultorio	<ul style="list-style-type: none"> Médicos especialistas en contacto con el paciente / Total de consultorios <i>Desagregar por adscritos y residentes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla física de personal 	
1124. Previsión de camas hospitalarias.	A241 Camas censables por 1000 habitantes de población objetivo	<ul style="list-style-type: none"> (Población objetivo de la CCINSHFR/número de camas censables) x 1000 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalaria 	
1125. Abastecimiento de insumos médicos.	A251. Disponibilidad de medicamentos esenciales en la farmacia o almacén de los hospitales	<ul style="list-style-type: none"> (Numero de claves de medicamentos esenciales existentes/numero de claves esenciales definidas) x 100 <i>Cada unidad ejecutora definirá los medicamentos que considera como esenciales.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de abasto de medicamentos e insumos médicos 	
1131. Otorgamiento de consulta externa especializada.	A311 Promedio diario consultas por médico especialista	<ul style="list-style-type: none"> (Número de consultas de especialidad por médico especialista/ Médicos especialistas + médicos en formación) por día médico laborable. <i>Desagregar por adscritos y médicos en formación</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	
1132. Realización de intervenciones ambulatorias	A321. Promedio diario de intervenciones quirúrgicas ambulatorias por quirófano	<ul style="list-style-type: none"> (Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en el año/ Número de quirófanos en el hospital) x días laborados 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	

Anexo IX
PP E023 "Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención
Propuesta de INSAD para la Matriz de Indicadores

Resumen narrativo (Objetivos)	Indicadores		Medio de verificación	Supuestos
	Nombre	Método de cálculo		
1141. Hospitalización de pacientes.	A411. Planificación de ingresos.	<ul style="list-style-type: none"> (Ingresos hospitalarios programados / Total de ingresos) x 100 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	
1142. Realización de estudios auxiliares para el diagnóstico	A421 Porcentaje de exámenes de laboratorio por el servicio de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> (Número de exámenes de laboratorio realizados en los servicios / Total de exámenes de laboratorio) x 100 <i>Desagregar por servicios de consulta externa y hospitalización</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	
	A422 Porcentaje de estudios de radiología e imagen	<ul style="list-style-type: none"> Número de estudios de radiología realizados en los servicios / Total de estudios de radiología) x 100 <i>Desagregar por servicios de consulta externa y hospitalización</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	
1143. Realización de intervenciones quirúrgicas.	A431 Intervenciones por quirófano en el año	<ul style="list-style-type: none"> (Número de intervenciones quirúrgicas en el año) / Número de quirófanos en el hospital <i>Desagregar por servicios de consulta externa y hospitalización</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas hospitalarias 	

NOTA:

En relación con los compromisos establecidos para incorporar el enfoque de género en la construcción de la MI del *Programa* y con base en el análisis de la información obtenida y las reuniones de trabajo con las unidades ejecutoras, se llegó a la conclusión de que el abordaje de la perspectiva de género en salud es complejo y que, en primer lugar, es necesario acordar con los responsables del *Programa* la definición más apropiada para dicho enfoque.

Sin embargo, como medida provisional es recomendable iniciar con la desagregación por sexo de los indicadores más relevantes relacionados con este tema (no necesariamente todos los indicadores de la MI). Debe considerarse que esta decisión tiene

implicaciones importantes ya que, en general los sistemas de información institucionales deberán ser revisados y, en su caso, adecuados para la desagregación de la información.

Al monitorear los niveles y tendencias de los indicadores con esta división por sexo, se estará en posibilidad de plantear en el corto plazo, con elementos más objetivos, un enfoque de género desde una perspectiva más amplia y asegurando que ésta sea acorde con los hallazgos que se detecten en los cuatro niveles de la MI: Actividades, Componentes, Propósito y Fin.

Se recomienda que los resultados de este monitoreo sean analizados conjuntamente con el personal normativo y operativo de la CCINSHAE y sus unidades ejecutoras, en un taller específico sobre el tema de género al contar con los resultados de los indicadores desagregados por sexo.

En un escenario de mediano plazo debe tenerse presente que, la disponibilidad de la información con enfoque de género aportará a la CCINSHAE, los elementos para gestionar que los recursos asignados al *Programa* sean congruentes con las acciones a realizar, bajo esta perspectiva de género.

Informe



Informe final