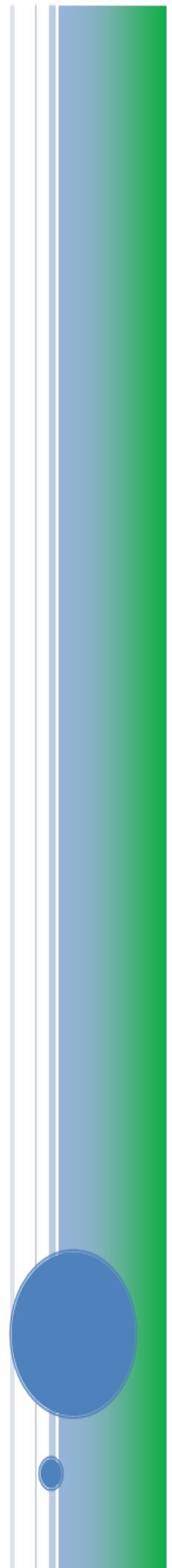


Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012

Programa IMSS-Oportunidades





Resumen Ejecutivo

La Evaluación de Consistencia y Resultados (ECyR) del Programa IMSS-Oportunidades 2011-2012 corresponde a la segunda evaluación de este tipo que se realiza a cinco años de distancia de la primera, que fue efectuada en el 2007. Con más de treinta años de trayectoria enfocada a responder a las necesidades de salud de la población rural y urbano-marginada del país, la más vulnerable en términos de riesgos y daños a la salud derivados de la pobreza extrema, el Programa IMSS-Oportunidades lleva a cabo la provisión de servicios mediante el diseño e implementación de estrategias para la atención en unidades de salud y con acciones comunitarias participativas mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, que es la base para su operación.

Siendo un proceso dinámico en el que interactúa complementándose con otros Programas Federales, sujeto a una clara normatividad y basado en premisas de la atención al problema de salud que busca resolver para la definición de sus prioridades, el Programa está enmarcado en los Planes Sectoriales, Nacionales y Metas del Milenio.

De acuerdo a los Términos de Referencia establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la ECyR 2011-2012 tiene como objetivo general evaluar la consistencia y orientación a resultados del Programa IMSS-Oportunidades, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados. Los objetivos específicos son:

- Analizar la lógica y congruencia en el diseño del Programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros Programas federales;
- Identificar si el Programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- Examinar si el Programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado;
- Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable, así como los sistemas de información con los que cuenta el Programa y sus mecanismos de rendición de cuentas;
- Identificar si el Programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del Programa y sus resultados, y
- Examinar los resultados del Programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

Para cumplir con estos objetivos, se efectuó un análisis de gabinete basado en fuentes de información proporcionadas directamente por el Programa o disponibles públicamente, así como a partir de reuniones de trabajo con los responsables de las distintas áreas normativas del Programa, quienes ofrecieron en todo momento su disposición para otorgar información complementaria, aclarar dudas y ampliar el conocimiento del grupo evaluador respecto a los temas requeridos para el análisis.

Los resultados mostraron un avance significativo del Programa durante los últimos cinco años, consolidándose con estrategias de planeación y ejecución, lo que ha permitido el otorgamiento de los servicios dirigidos al logro de su Propósito. También se han modificado procesos con base en la identificación de áreas de mejora por el propio Programa y en las recomendaciones derivadas de las distintas evaluaciones externas que se han realizado en el período. Los principales resultados se presentan a continuación organizados en seis temas que corresponden a las dimensiones establecidas por el CONEVAL para la presente evaluación: diseño, planeación y orientación a resultados, cobertura y focalización, operación, percepción de la población atendida y medición de resultados.

Diseño. El Programa cuenta con el documento institucional Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades Versión 2011 (MIR), que define el problema que busca resolver como "La población rural y urbano-marginada del país enfrenta mayores riesgos en su salud, lo cual se refleja en tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por enfermedades condicionadas por la pobreza"; los objetivos se sustentan en el Árbol del Problema de la MIR 2011 que conceptualiza los determinantes de la salud agrupados en dimensiones coherentes, que pueden fortalecerse con la inclusión de la perspectiva de género. El Plan Estratégico de IMSS-Oportunidades 2010-2012 establece un diagnóstico situacional actualizado del problema de salud que atiende el Programa y define seis prioridades en salud que representan la necesidad y que son susceptibles a ser modificadas; para cada una de ellas, se cuantifica la magnitud del problema para la población que lo presenta en términos de carga epidemiológica y condiciones específicas para el contexto del ámbito de responsabilidad del



Programa.

El Propósito del Programa se vincula con los objetivos nacionales y sectoriales para la protección de la salud a las poblaciones más marginadas del país y con cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con salud, en forma directa con dos de las Metas. La justificación conceptual del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) tiene su fundamento en la Atención Primaria a la Salud, que incorpora la acción conjunta de los servicios y la comunidad con énfasis en la prevención de riesgos y daños. Dicha justificación responde al problema de salud que el Programa atiende, en términos de los factores económicos y sociales adversos que condicionan la pobreza extrema y la deficiencia en acceso a servicios de salud, expresada en el árbol del problema.

La cuantificación de la Población Objetivo se establece con el Padrón de Beneficiarios e incluye información básica sobre características específicas, que se registran en la “Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas” y que requiere ser ampliada para caracterizar mejor a la población adscrita. La definición de la Población Potencial debe revisarse ya que no refleja a la población total que presenta el problema y/o necesidad, carece de acceso a los servicios de salud y no es atendida por ninguna otra institución del Sistema Nacional de Salud; dado que no se ha cuantificado, tendrá que valorarse la factibilidad de hacerlo. La MIR 2011 está bien estructurada y los indicadores son completos, aunque sus metas deben ser actualizadas; la determinación de las metas de los indicadores se efectúa bajo criterios establecidos que es necesario fundamentar. Se encontró complementariedad con 30 Programas Federales pero con ninguno de ellos hubo coincidencia de acciones bajo el esquema de previa regionalización de responsabilidades a nivel sectorial, lo que confirma la pertinencia del Programa.

Planeación y Orientación a Resultados. El Plan Estratégico 2010-2012, resultado de un proceso de planeación para responder a prioridades en salud, con estrategias y procesos sustantivos claros a corto y mediano plazo fundamentados en las Políticas Nacionales de Salud, es un avance destacado del Programa y se cuenta con planes de trabajo que se revisan y actualizan anualmente. Se han utilizado las recomendaciones de las evaluaciones externas para decisiones de mejora, como un proceso continuo que ha logrado resultados satisfactorios en la mayor parte de las acciones derivadas de las recomendaciones.

Cobertura y Focalización. La estrategia de cobertura por parte del Programa considera su definición de Población Objetivo en la elaboración del Padrón de Beneficiarios. En cuanto a las metas de cobertura, se documentan los procedimientos para la cobertura de las diferentes acciones del Programa; debe mejorarse la formulación de las metas utilizando en forma consistente a la Población Objetivo como denominador y es conveniente efectuar proyecciones basadas en aspectos históricos para generar metas a largo plazo. El Programa identifica su Población Objetivo focalizando el universo de trabajo con base en la información estadística disponible a nivel nacional. La eficiencia de la cobertura para 2011 es de 89.1% de personas atendidas respecto a Población Objetivo. Aunque es un alto porcentaje de cobertura, por tratarse principalmente de una población de alta y muy alta marginación, resulta muy importante generar nuevas estrategias para atraerla a los servicios de salud ofrecidos por el Programa.

Operación del Programa. Se dispone de información parcialmente sistematizada para conocer la demanda de servicios y la provisión de los mismos tanto de atención médica como de acción comunitaria. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios corresponden en general a las características de la Población Objetivo y son sencillos de cumplir mediante la Tarjeta de Registro. El Programa cuenta con procedimientos para cada uno de sus procesos de los distintos servicios (apoyos) que ofrece, tanto para el componente de atención a la salud en las unidades médicas ambulatorias y hospitalarias como para los del componente de atención comunitaria (promoción, comunicación y educación para la salud). Estos procedimientos están sistematizados y publicados en los manuales, guías operativas y otros documentos que permiten su realización bajo los mismos criterios por todos los operadores del Programa. No existe evidencia documentada de la sistematización de los procesos de atención, para lo cual sería necesaria la elaboración de un sistema de registro nominal de los beneficiarios, que incluya datos específicos por cada servicio otorgado (motivo de la atención, principales procesos y resultados finales). Los procedimientos para el otorgamiento de los servicios son completos para los dos componentes del Programa y se cuenta con mecanismos de supervisión bien organizados, lo que permite el cumplimiento de los procesos en forma estandarizada para una apropiada operación. Existe un sistema de información integral y oportuna, que es utilizada rutinariamente para el control y supervisión del uso



de recursos y para la rendición de cuentas. El avance de los 22 indicadores seleccionados de la MIR es en general satisfactorio.

Percepción de la Población Atendida por el Programa.

El Programa no cuenta con instrumentos de recolección de información para la medición de los diferentes aspectos de satisfacción de sus usuarios. Sin embargo, existen mecanismos que permiten identificar de manera indirecta esta dimensión de los resultados del Programa, que son la Contraloría Social y cinco indicadores del Sistema de Indicadores de Calidad en el componente "Atención Médica" en los niveles de Objetivo Producto o Servicio.

Resultados del Programa.

El principal sustento documental de los resultados de Fin y Propósito del Programa en los últimos cinco años han sido los indicadores de la MIR, que las Evaluaciones Específicas de Desempeño realizadas han utilizado como referente para sus análisis. No se han realizado evaluaciones externas de impacto, lo que es un reto prioritario para el Programa en el corto y mediano plazo.

Conclusiones. Los resultados mostraron un avance significativo del Programa IMSS-Oportunidades durante los últimos cinco años, que se ha fortalecido con estrategias de planeación y ejecución, lo que ha permitido el otorgamiento de los servicios dirigidos al logro de su Propósito. También se han modificado procesos con base en la identificación de áreas de mejora por el propio Programa y en las recomendaciones derivadas de las distintas evaluaciones externas que se han realizado en el período. Es necesario consolidar el Programa dando respuesta a las áreas de oportunidad identificadas con una planeación estratégica en la que tendrá que incluirse la actualización de su Plan Estratégico y el análisis del impacto del Programa mediante evaluaciones rigurosas de resultados en salud en su Población Objetivo.



Introducción

La Evaluación de Consistencia y Resultados (ECyR) del Programa IMSS-Oportunidades 2011-2012 corresponde a la segunda evaluación de este tipo que se realiza a cinco años de distancia de la primera que fue efectuada en el 2007. Con más de treinta años de trayectoria enfocada a responder a las necesidades de salud de la población rural y urbano-marginada del país, la más vulnerable en términos de riesgos y daños a la salud derivados de la pobreza extrema, el Programa IMSS-Oportunidades lleva a cabo la provisión de servicios mediante el diseño e implementación de estrategias para la atención en unidades de salud y con acciones comunitarias participativas mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, que es la base para su operación.

Durante el período transcurrido entre la primera ECyR y la presente, el Programa se ha consolidado en aspectos fundamentales que han permitido su mejora permanente y resultados relevantes; al mismo tiempo, ha enfrentado retos que han requerido de innovación en sus procesos y estrategias derivadas de ejercicios de diagnóstico situacional para mejorar su desempeño.

Siendo un proceso dinámico en el que interactúa complementándose con otros Programas Federales, sujeto a una clara normatividad y basado en premisas de la atención al problema de salud que busca resolver para la definición de sus prioridades, el Programa está enmarcado en los Planes Sectoriales, Nacionales y Metas del Milenio. El análisis de la consistencia y orientación a resultados del Programa IMSS-Oportunidades que constituye el objetivo principal de la presente evaluación, ha sido realizado mediante el abordaje de seis temas que cubren dimensiones relevantes de la acción del Programa: su diseño, la planeación y orientación a resultados, la cobertura y focalización, su operación, la percepción de la población atendida y la medición de sus resultados.

Los resultados y conclusiones de la ECyR del Programa IMSS-Oportunidades 2011-2012 son presentados con el fin de ofrecer a los responsables de las áreas normativas elementos objetivos de diagnóstico situacional de los temas analizados, así como propuestas de mejora a ser consideradas en el diseño y gestión para el fortalecimiento permanente del Programa y el logro de sus objetivos.



IV.1 DISEÑO

IV.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Con base en información solicitada a los responsables del programa, se debe adjuntar en el Anexo 1 "Descripción General del Programa", una breve descripción de la información reportada en un máximo de dos cuartillas. Dicha descripción debe considerar los siguientes aspectos:

1. Identificación del programa (nombre, siglas, dependencia y/o entidad coordinadora, año de inicio de operación);
2. Problema o necesidad que pretende ;
3. Objetivos nacionales y sectoriales a los que se vincula;
4. Descripción de los objetivos del programa, así como de los bienes y/o servicios que ofrece;
5. Identificación y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida;
6. Cobertura y mecanismos de focalización;
7. Presupuesto aprobado en el ejercicio fiscal sujeto a evaluación;
8. Principales metas de Fin, Propósito y Componentes, y
9. Valoración del diseño del programa respecto a la atención del problema o necesidad.



IV.1.2 ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

- 1 El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:
- El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
 - Se define la población que tiene el problema o necesidad.
 - Se define el plazo para su revisión y su actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y El problema cuenta con todas las características establecidas en la pregunta.
4	

Justificación:

La definición conceptual del problema se establece en el documento Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades Versión 2011, como “La población rural y urbano-marginada del país enfrenta mayores riesgos en su salud, lo cual se refleja en tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por enfermedades condicionadas por la pobreza”.

La definición conceptual es completa y expresa con claridad la necesidad en salud que el Programa busca resolver, así como identifica la población que tiene dicha necesidad.

La revisión y actualización del problema se efectúa anualmente con base en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) en la Versión 2011, que la vincula a las Reglas de Operación del Programa (ROP) IMSS-Oportunidades de acuerdo, como se sustenta en la portada de la MIR 2011, a lo establecido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). El Árbol del Problema comprende los determinantes agrupados en dimensiones de forma sistematizada y coherente. Sin embargo, se presentan 3 ramas del Árbol que corresponden a aspectos propios del Programa en términos de infraestructura material y recursos humanos, así como insuficiencia presupuestal que están relacionados con la operación del Programa y no representan determinantes como necesidades de salud que el Programa busque resolver. Una recomendación de mejora es modificar el árbol incluyendo exclusivamente factores epidemiológicos y sociales para separarlos de los problemas de operación del Programa.

El problema de las limitaciones y/o oportunidades derivados de la diferenciación entre hombres y mujeres, la inequidad de género, está correctamente identificada en la dimensión de factores económicos y sociales adversos; no obstante, no se da continuidad en el Árbol de efectos, por lo que se recomienda incluirla en la rama “Falta de oportunidades de desarrollo” y en la de “Accidentes y lesiones” dando énfasis a la violencia de género; adicionalmente, sería conveniente realizar un análisis en los ámbitos institucional y jurídico para una mejor integración de la perspectiva de género.



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

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema, y • El diagnóstico cuenta con dos de las características establecidas en la pregunta.
3	

Justificación:

El Programa cuenta con la identificación del problema. Las principales dimensiones establecidas como causas son: 1) condiciones de pobreza extrema, 2) factores económicos y sociales adversos, 3) conductas y factores de riesgo para la salud reproductiva, 4) malos hábitos de higiene entre la población, 5) desastres naturales y contingencias ambientales, y 6) acceso deficiente a servicios de salud y falta de servicios básicos en las localidades. Los efectos se definen como las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por enfermedades derivadas de la pobreza, entre ellas enfermedades infecciosas, malnutrición, muerte materna y perinatal, diabetes e hipertensión arterial y cáncer cérvico-uterino y de mama. La revisión del problema y por ende su actualización se efectúa en plazos anuales con cada revisión del Árbol de del Problema en la MIR y de las ROP.

Existe un diagnóstico del problema de salud que atiende el Programa en el que se establecen sus características en el marco del rezago en salud y que son los problemas de salud más prevalentes y los riesgos emergentes. El diagnóstico situacional actualizado del problema de salud que atiende el Programa está plasmado en el Plan Estratégico de IMSS-Oportunidades 2010-2012, con seis prioridades en salud que representan la necesidad y que son susceptibles a ser modificadas por el Programa. Para cada una de las 6 prioridades en salud, se cuantifica adecuadamente la magnitud del problema para la población que lo presenta mediante indicadores de morbilidad y mortalidad y las condiciones específicas para el contexto del ámbito de responsabilidad del Programa. Debido a que la vigencia del diagnóstico está contemplada a mediano plazo, es recomendable su actualización para identificar modificación en los problemas de salud y la existencia de nuevas necesidades de atención. La cuantificación de la población que presenta el problema es parcial ya que aunque cuenta con el Padrón de Beneficiarios, éste incluye solo la población que reside en las localidades sede, de acción intensiva y algunas del área de influencia. Sin embargo, no hay cuantificación de la población potencial que: "no se encuentra adscrita al Programa y que –de acuerdo con el índice de marginación de CONAPO, y de pobreza, calculado por el CONEVAL– sería susceptible de ser atendida por IMSS-Oportunidades. Su ubicación territorial está definida por las condiciones de alta marginación del ámbito rural y urbano.



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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y • La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y • Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y • Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.
4	

Justificación:

La justificación conceptual de la intervención que el Programa realiza es el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) y se establece en los objetivos de las ROP 2011, que incorporan la acción conjunta de los servicios y la comunidad con énfasis en la prevención de riesgos y daños. Dicha justificación responde al problema de salud que el Programa atiende, expresado en el Árbol del Problema de la MIR 2011.

Existen diversos antecedentes de Programas con el enfoque del MAIS, que evidencian sus efectos positivos en la población objetivo; a nivel internacional el modelo de Perú, creado como Seguro Integral de Salud, priorizó la atención materna y a niños gratuita incluyendo la transferencia condicionada de especie; sus evaluaciones han mostrado mejoría en el acceso a servicios de salud para población de menor ingreso incluyendo indígenas, aunque aún requiere mejorar su eficiencia y sustentar su efectividad. En Brasil, el Programa de Salud Familiar incluye un conjunto de subprogramas orientados a la comunidad con una amplia gama de servicios de atención primaria y se ha demostrado aumento del acceso y utilización de los servicios de salud por la población más marginada, contribución para contrarrestar los efectos negativos de la pobreza y promover los derechos en salud en áreas específicas y mejora en indicadores de salud. La amplia evidencia de la efectividad del paradigma de Atención Primaria a la Salud se ha documentado en numerosos estudios y es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la respuesta para la “promoción, prevención, curación y atención conjunta de manera segura, efectiva y socialmente productiva en la interface entre la población y el sistema de salud”. Se ha demostrado que la atención a la salud con el trabajo de distintos tipos de personal de salud a nivel de la comunidad y con cercanía a las familias tiene impacto en indicadores de bienestar y autocuidado, al compararse con la atención rutinaria en las unidades de salud, lo que evidencia la efectividad del modelo comunitario al compararlo con la atención que ofrece el paradigma médico. Asimismo, las intervenciones que incluyen estrategias combinadas de reorientación de los servicios de salud y participación comunitaria han logrado reducción de factores de riesgo para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas. Es recomendable fortalecer en las ROP el sustento del MAIS haciendo mención de su demostrada efectividad.



IV.1.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivo(s) del programa sectorial, especial o institucional, y Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta y El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.
4	

Justificación:

El Propósito del Programa está vinculado con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) en sus cinco objetivos, lo que está plasmado en el Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012 en forma específica para cada una de sus prioridades en salud y estrategias. Contribuye al objetivo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”. Los principales conceptos comunes entre el Propósito del Programa y el PROSESA respecto a la población a la que responden se encuentran en los objetivos 2 (Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas) y 5 (Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país) del propio PROSESA, a cuyo cumplimiento de sus metas aporta el logro del Propósito, contribuyendo en general a las metas del objetivo 1 (Mejorar las condiciones de salud de la población).

El logro del Propósito del Programa en las siguientes Prioridades en Salud es suficiente para el cumplimiento de la Meta 2.1 del PROSESA: Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; a 2011, la meta señalada (37 por mil nacidos vivos) ha sido superada. Asimismo, el Programa aporta para el cumplimiento de otras metas del PROSESA; dos ejemplos son: 1) Disminuir 27% la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más a través de acciones para el cumplimiento de la Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades y la Línea de Acción 2.13: Promover la prevención, detección y atención temprana del Cáncer Cérvico Uterino y de mama, y 2) Reducir en 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por Diabetes Mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006, mediante acciones de promoción de la salud y prevención y control de la enfermedad.



5 ¿Con cuáles objetivos, ejes y temas del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial relacionado con el programa?

Eje	Objetivo	Tema
Igualdad de oportunidades	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	1 Superación de la pobreza
Igualdad de oportunidades	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	2 Salud
Igualdad de oportunidades	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	6 Grupos vulnerables
Programa Sectorial	Objetivo	
Programa Sectorial de Salud	1. Mejorar las condiciones de salud de la población.	
Programa Sectorial de Salud	2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.	
Programa Sectorial de Salud	3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.	
Programa Sectorial de Salud	4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.	
Programa Sectorial de Salud	5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.	

Justificación:

La vinculación del Programa con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) es con el 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”. Las políticas públicas para el logro de este objetivo incluyen de manera prioritaria el fortalecimiento de Programas como IMSS-Oportunidades, que está dirigido a la población más vulnerable del país ante daños potenciales a su salud y la desventaja para resolverlos debido a falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales necesarios para el acceso a la atención de la salud. La Política Pública contenida en el Eje 3 del PND “Igualdad de Oportunidades” da sentido a los 5 objetivos del Plan Sectorial de Salud, relacionados con el Programa: 1) Mejorar las condiciones de salud de la población, 2) Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, 3) Prestar servicios de salud con calidad y seguridad, 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y 5) Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

El mismo Eje 3 del PND. existe también relación del Programa en Superación de la pobreza, a través de apoyo a familias con mayores carencias en zonas marginadas para el mejoramiento de su salud, representado por la Estrategia 100x100, en la atención a Grupos prioritarios.



6 ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con las Metas del Milenio?

a) Directa: El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) Meta(s) del Milenio.

Justificación:

El Propósito del Programa se vincula con cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con Salud, en las siguientes metas: 1) Meta 1.C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. Indicador 4. Niños menores de 5 años de peso inferior al normal. La vinculación se establece con acciones asistenciales-curativas para vigilancia del estado nutricional en niños menores de 5 años y mujeres embarazadas y en lactancia y acciones comunitarias de promoción y educación para una mejor nutrición. 2) Meta 4.A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. Indicadores 13. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; 14. Tasa de mortalidad infantil; 15. Niños de 1 año vacunados contra el sarampión. El Programa otorga acciones de atención médica integral del menor de cinco años con cobertura en esquemas completos de vacunación y vigilancia del crecimiento y desarrollo y atención de las enfermedades que son las principales causas de mortalidad. 3) Metas 5.A. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y 5.B. Lograr, para 2015, acceso universal a la atención de la salud reproductiva. Indicadores 16. Tasa de mortalidad materna; 17. Partos con asistencia de personal sanitario especializado; adicionales: Mujeres con atención prenatal, tasa de uso de métodos anticonceptivos. La prioridad 1 del Programa es la reducción de la muerte materna con tres líneas estratégicas: Prevención de embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo; prevención de las complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio; y manejo oportuno y efectivo de las urgencias obstétricas. 4) Meta 6.C. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. Indicadores 21. Muertes asociadas al paludismo; 22. Población de zonas de riesgo de paludismo en las que se aplican medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo; 23. Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis; 24. Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa. El Programa se vincula mediante su prioridad 6 (vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades para tuberculosis pulmonar, dengue, paludismo y rabia). 5) Meta 7C. Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. La vinculación del Programa se establece mediante las acciones comunitarias de agua limpia y saneamiento básico.

La vinculación del Propósito del Programa con las Metas del Milenio es directa con dos de las Metas (4.A, 5.A, 5.B) e indirecta con las Metas 1.C, 6.C, 7.C.



IV.1.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

- 7 Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:
- Unidad de medida.
 - Están cuantificadas.
 - Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
 - Se define un plazo para su revisión y actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cuentan con dos de las características establecidas.
2	

Justificación:

Las definiciones de Población Potencial y Objetivo son: Población Potencial: la que no se encuentra adscrita al Programa IMSS-Oportunidades y que –de acuerdo con el índice de marginación de CONAPO, y de pobreza, calculado por el CONEVAL– sería susceptible de ser atendida por IMSS-Oportunidades. Población Objetivo: la que radica en las localidades del ámbito de operación del Programa (universo de trabajo) – previa regionalización con la Secretaría de Salud–, que carece de acceso a servicios de salud, por no estar inscrita en los esquemas formales de seguridad social y recibirá acciones específicas del Modelo de Atención Integral a la Salud. Usualmente se le denomina “población abierta”. La definición de Población Potencial no refleja a la “población total que presenta el problema y/o necesidad”, que incluye la Población Objetivo y la que no recibe acciones del Programa, aunque es susceptible de ser atendida. Se sugiere definirla como “la población total que presenta el problema y/o necesidad, carece de acceso a los servicios de salud y no es atendida por ninguna otra institución del Sistema Nacional de Salud en las áreas rural y urbano marginadas”. Una parte de la definición está en las ROP 2012 y sólo se requiere precisar el criterio de necesidad. La unidad de medida son personas. El plazo para su revisión es anual y se publica en las ROP del año correspondiente. No se ha cuantificado la Población Potencial y en 2011 se concluyó el Padrón de Beneficiarios (Población Objetivo); se documenta su metodología y la fuente de información son los beneficiarios.



- 8 Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:
- Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
 - Incluya el tipo de apoyo otorgado.
 - Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
 - Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> La información de los beneficiarios cuentan con dos de las características establecidas.
2	

Justificación:

De acuerdo con las ROP 2011 el Programa cuenta con un registro nominal de beneficiarios, mediante la "Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas", que registra en forma manual y digitalizada (Sistema Padrón) cada núcleo familiar e incluye e las siguientes características: a) Identificación: Unidad, Zona, Región, Delegación; b) Nombre y agregado del Jefe de Familia; c) Institución de procedencia; d) Clave del usuario (Número de afiliación o Número de control); e) Tipo de beneficiario (Beneficiario del PDHO, indígena, trabajador eventual del campo/jornalero agrícola); f) Lugar de residencia (según INEGI): Clave y nombre del Estado, del municipio y de la localidad; g) Domicilio; h) Familiares dependientes (nombre, sexo, CURP y fecha de nacimiento). La tarjeta de registro y el Sistema Padrón incluyen como clave única de identificación la CURP.

La información relacionada con tipo de apoyo no está incluida en el padrón de beneficiarios y no existe un registro nominal del apoyo otorgado, esencial para el monitoreo y planeación de las estrategias prioritarias. La inclusión de información socioeconómica adicional sería pertinente para orientar las acciones del Programa. La información se encuentra en base de datos y el sistema informático para operarla está en proceso por lo que se considera parcialmente sistematizada.

De acuerdo a las ROP 2011 "La depuración de la población adscrita se realiza en forma sistemática, al inicio de cada año. El motivo más importante para causar baja en la adscripción, es cuando el núcleo familiar deja de radicar dentro del Universo de Trabajo. En el resto del área de influencia, la depuración se llevará a cabo mediante la revisión de expedientes clínicos de la sección pasiva, los cuales se mantendrán en la misma durante dos años". Las ROP no refieren mecanismos que eviten el conteo de la posible duplicidad de acciones en la misma persona, por lo que se recomienda el desarrollo de un sistema para la identificación nominal. No existen mecanismos documentados para la actualización del Padrón de Beneficiarios. Cabe aclarar que en 2012 se encuentra en fase piloto la actualización del Padrón de Beneficiarios en los 78 hospitales del Programa.



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

Justificación:

En la "Tarjeta de Adscripción" se recolecta información socioeconómica de los beneficiarios en las siguientes variables: demográficas, que incluyen lengua indígena que habla, pertenencia a grupo étnico y estado civil; socioeconómicas que son condición de jefe de familia, ocupación con énfasis en la identificación de jornaleros agrícolas e institución de procedencia. Se recomienda incluir escolaridad, ocupación y condición de migración del jefe de familia, así como condiciones sanitarias de la vivienda como complemento de la información actual. Lo anterior permitirá establecer un mejor diagnóstico de las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios como parte de la identificación de las necesidades en salud, lo que orientará a las prioridades de atención del Programa.

No existe información que documente sobre la temporalidad de las mediciones, si bien las ROP 2011 establecen la actualización mensual del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Se recomienda que la medición de las variables incluidas en la Tarjeta de Adscripción que son modificables (ocupación, estado civil, institución de procedencia) se actualicen cada vez que se demande el servicio, ya que es un procedimiento sencillo y rápido; posteriormente y con periodicidad anual, es conveniente sean actualizadas en el SISPA, para fines de planeación de metas.

No se encontró evidencia documentada de estudios o encuestas que ofrezcan información adicional de aspectos socioeconómicos de los beneficiarios; sería conveniente considerar la pertinencia de incluir el estudio socioeconómico de las familias beneficiarias a nivel de la comunidad con el fin de identificar los determinantes y necesidades de salud específicas de acuerdo a las localidades del universo de trabajo para orientar las acciones comunitarias prioritarias.



IV.1.5 ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

10 ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta Si

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

Justificación:

Los elementos del resumen narrativo de la MIR 2011 se identifican en las ROP del Programa 2011. Su ubicación se da como sigue: 1) Fin del Programa, descrito en el Objetivo General (numeral 5.1); 2) Propósito, en los Objetivos Específicos (numeral 5.2); 3) Componentes, en las Características de los Apoyos (numeral 6.4); 4) Resumen narrativo completo incluyendo los 22 indicadores seleccionados de la MIR para reportarse en el PASH durante 2011 (numeral 11.1).

Cabe aclarar que en las ROP, los dos indicadores de Propósito seleccionados no corresponden a los de la MIR donde se ubican en nivel de Fin. Asimismo, los indicadores Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños de un año (%) y Detección de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad a través de citología cervical que de acuerdo a la MIR son indicadores de Propósito, en las ROP se encuentran ubicados en nivel de Componentes; lo anterior es debido a que la ubicación de indicadores en los diferentes niveles de la MIR se realizó cuando las ROP 2011 ya habían sido publicadas, lo que se ajusta para las ROP 2012.

El resumen narrativo está sólidamente fundamentado tanto conceptual como metodológicamente mediante el marco lógico, considerando las causas y efectos del problema para la generación del Árbol de Objetivos y para la construcción de la Matriz de Indicadores.

Se identifican como áreas de mejora las siguientes:

Producto:

1) Sustituir el encabezado “Atención Médica” por “Atención Integral a la Salud”, ya que dicha atención comprende acciones más amplias que las del ámbito médico.

Actividades:

1) Eliminar las actividades “Otorgar con calidad servicios de salud ginecológica” y “Otorgar con calidad servicios médicos asistenciales”, ya que la calidad es un atributo que está implícito en todas las actividades.

2) La Actividad “Acciones de salud dirigidas a grupos prioritarios PREVENIMSS” es repetitiva del resto de las actividades, ya que incluye todos los grupos de edad (menores de 10 años, adolescentes entre 11 y 19 años, mujeres entre 20 y 59 años, hombres entre 20 y 59 años y adultos mayores de 60 años y más), por lo que se sugiere eliminarla para evitar duplicidad de actividades.



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

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

Respuesta Si

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

Justificación:

Para el análisis se consideraron los siguientes criterios: Claro, ser obtenido a partir de una fórmula de cálculo definida sin ambigüedades técnicas. Relevante, que explique en mayor magnitud el objetivo de estudio en comparación con otros indicadores. Económico, que no implique costos adicionales a los sistemas permanentes de información. Monitoreable, factible de medición periódica. Adecuado, que permita medir el nivel de objetivo de acuerdo a las ROP 2011.

Las Fichas Técnicas contienen todas las características incluidas en la pregunta. Las áreas de mejora son: 1) Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Corregir el método de cálculo, ya que la fórmula del indicador tiene como denominador los nacidos vivos en un año calendario, lo que es incorrecto y afecta la interpretación del indicador y de su meta. Se recomienda usar la fórmula que mide "el número de muertes divididas entre el número de población en riesgo (menores de 5 años), ajustado por el tiempo de riesgo que aportan". Otro método es el de la OMS que en sentido estricto no es una tasa sino la probabilidad de morir desde el nacimiento hasta los 5 años y se deriva de una tabla de vida. Otra opción más sencilla es usar la tasa de mortalidad de 1 a 4 años. Todos los métodos de cálculo sugeridos son de fácil elaboración, permiten una interpretación directa así como comparabilidad con estándares internacionales; 2) Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños de un año. Indicador actualmente no monitoreable por falta de actualización del Censo Nominal PROVAC. 3) Detección de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad a través de citología cervical. Revisar el denominador que está definido de acuerdo a metas programadas y subestima la población en riesgo entre 35 y 64 años. 4) Indicadores: Logro porcentual de: a) valoración del estado nutricional en el menor de 5 años, b) detección de hipertensión arterial y c) detección de diabetes mellitus, que miden solo productividad y no desempeño y en los que puede haber sobreestimación por duplicidad de acciones en una misma persona. 5) Porcentaje de voluntarios activos con relación a la meta anual establecida. Su relevancia es limitada ya que mide la existencia del recurso humano mas no su actuación.

Se requiere homogeneizar los términos de identificación de los indicadores y niveles de objetivo entre la MIR y las ROP 2011. relación a la meta anual establecida.



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

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

Respuesta Si

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

Justificación:

El 68.2% de las metas de los 22 indicadores de la MIR reportados en el PASH tienen las características establecidas, ya que las metas de 7 de los 22 indicadores son laxas por lo que no impulsan el desempeño. El Programa determina la mayoría de las metas mediante procedimientos descritos en un instructivo en el que "se precisan los criterios utilizados para el cálculo de cada una de las metas operativas, los cuales se establecieron con las áreas técnicas centrales y considerando las características delegacionales, aspectos epidemiológicos, población, información histórica del SISPA, recursos humanos y físicos". Asimismo, se describe la información utilizada para su construcción. Sin embargo, no se documenta el fundamento para la definición de dichos criterios.

Las áreas de mejora identificadas para las metas de los indicadores son las siguientes:

- 1) Mortalidad infantil y en menores de 5 años. Se aprecia una estimación de metas con tasas muy elevadas que no corresponden al comportamiento histórico del indicador. Este problema impide que el cumplimiento de la meta sea un referente para la evaluación del impacto de las estrategias del Programa, ya que la meta se ha alcanzado y se ha superado desde hace varios años. Por lo tanto, es esencial ajustar la meta a valores reales con base en sus propios indicadores.
- 2) Razón de mortalidad materna. Comparte el área de mejora de los indicadores previos. Es necesario revisar el valor de la meta (50.5).
- 3) La meta de detección de cáncer cérvico uterino subestima la población en riesgo entre 35 y 64 años, ya que los criterios para su construcción se basan en supuestos de demanda (factor 0.10). Es decir, sólo el 10% de la población femenina de 35 a 65 años que demanda se considera candidata a detección, a pesar de que la morbilidad y mortalidad son mayores en este grupo de edad, por lo que debería ser el grupo de mujeres prioritario; en contraste, se considera al 80% de las mujeres de 25 a 34 años en riesgo, por lo que se les da mayor prioridad a este grupo de edad. Dado que el Programa señala que existen restricciones operativas y de recursos para garantizar un volumen mayor de detecciones, las acciones deberían dirigirse a las edades de mayor riesgo (se aclara que los criterios para esta meta se modificarán para 2012).
- 4) Promedio de asistentes a talleres comunitarios en relación a talleres realizados. No está justificada la variabilidad con tendencia descendente en la serie de la meta del 2007-2012. La meta del número de participantes en talleres comunitarios debiera sustentarse en criterios de calidad educativa necesarios para lograr el objetivo de cambio.
- 5) El comportamiento histórico del indicador "Porcentaje de embarazadas derivadas por parteras rurales a la unidad médica para control prenatal" muestra un resultado en las acciones de las parteras rurales muy superior a la meta utilizada, por lo que ésta debe actualizarse.



IV.1.6 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS

13 ¿Con cuáles programas federales y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Justificación:

El Programa se relaciona con 30 Programas Federales: 1) Atienden a la misma población pero los apoyos son diferentes y por lo tanto son complementarios (16): Comunidades Saludables (SALUD), Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable (SALUD/DIF), Programa de Apoyo Alimentario, Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, Programa de Vivienda Rural, Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, Programa 70 y más, Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (SEDESOL), Programa de Agua Limpia, Programa para la Construcción y Rehabilitación de Sistemas de Agua Potable y Saneamiento en Zonas Rurales, Programa de Cultura del Agua (SEMARNAT), Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas, Atención a Tercer Nivel (SHCP/CDI). El Programa Vigilancia Epidemiológica tiene funciones de rectoría por lo que es complementario. 2) Sus Componentes son similares o iguales y atienden a diferente población, por lo tanto son complementarios (14): Programa Caravanas de la Salud (SALUD), Programa de Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Atención a la Salud Pública y Atención Curativa Eficiente (IMSS), con 10 programas preventivos y de atención médica del ISSSTE. No se identificaron Programas con coincidencias, bajo el esquema de previa regionalización de responsabilidades a nivel sectorial.

Propósito: Todos los programas relacionados están orientados a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la Población Objetivo con distintas acciones: acceso a los servicios preventivos y curativos, mejorando saneamiento básico, acceso a agua potable o alcantarillado, contribuyendo a disminuir el empobrecimiento por motivos de salud y al desarrollo de las capacidad básicas, mejorando la nutrición, favoreciendo capacidades en educación, o efectuando acciones de protección social para grupos de edad específicos.

Se cumple la definición de la Población Objetivo: la mayoría de los programas están dirigidos a la población rural que vive en condiciones de vulnerabilidad.

Tipos de Apoyo: son variados, con enfoque a alguno de los siguientes: a) Salud, b) Alimentación, c) Bienestar económico: apoyos monetarios y en especie.

Cobertura: La mayor parte de los Programas operan en todas las entidades federativas con una cobertura geográfica definida.

Señalamientos explícitos de las complementariedades son: 1) Convenio de Colaboración Interinstitucional para Acciones del Seguro Médico para una Nueva Generación y Seguro Popular, en la que el Programa otorga atención a los beneficiarios en localidades sin instalaciones médicas de los Servicios Estatales de Salud. 2) Disposición federal para otorgar el Componente Salud del PDHO. 3) Sinergias con la SEDESOL, con la Estrategia Integral para el Desarrollo Social y Económico de los Municipios más marginados y la Estrategia 100x100. 4) Acuerdo de regionalización con la SSA para los Programas Caravanas de la Salud y Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.



IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

IV.2.1 INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

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

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

Respuesta Si

Nivel	• El plan estratégico tiene todas las características establecidas.
4	

Justificación:

El Plan Estratégico 2010-2012 es resultado de un proceso de planeación institucionalizado y establecido en un documento oficial. Los objetivos son consistentes con el Fin y Propósito del Programa y para lograrlos se incorporan siete prioridades en salud como ejes rectores de las acciones que abarcan el corto y mediano plazo: 1) Reducir la muerte materna, 2) Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino, 3) Salud integral del adolescente, Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), 4) Vacunación, 5) Prevención y control de diabetes mellitus, 6) Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades, y 7) Padrón de beneficiarios. Se incluyen 5 estrategias: 1) Promoción, prevención y educación para la salud, 2) Fortalecimiento del primer nivel de atención, 3) Estrategia "100x100" municipios con menor Índice de Desarrollo Humano, 4) Encuentros médico-quirúrgicos y 5) Jornadas de salud bucal. El Plan se fundamenta en la Política de Desarrollo Social del Gobierno Federal, siendo un documento completo y sistematizado.

Áreas de mejora: 1) Si bien el Padrón de Beneficiarios es una prioridad para el Programa, no corresponde a un problema de salud. Se sugiere sustituirlo por la reducción de la mortalidad en niños, justificada como prioridad por ser un objetivo de desarrollo del Milenio; el Programa realiza acciones de gran impacto en la disminución de la mortalidad en menores de 5 años y su vigencia como prioridad se fundamenta en el comportamiento irregular de la tasa de mortalidad infantil; a pesar de que actualmente "más del 85% de las defunciones corresponden a niños menores de un año y el mayor peso de defunciones se presentan en el periodo neonatal por causas que para su atención generalmente se requieren recursos humanos e infraestructura hospitalaria de tercer nivel de atención", es importante mantener las acciones que el Programa realiza para atender los problemas de salud de este grupo de edad, dada su vulnerabilidad por las condiciones de marginación de esta población. 2) Reorientar los indicadores de la Estrategia 3, que son limitados respecto a las líneas de acción, las que contemplan varias de las prioridades en salud; se recomienda dar un enfoque más incluyente con indicadores complementarios a las prioridades. 3) Reforzar la Estrategia 2 enfocando al cumplimiento de mejora de la calidad de atención médica; la versión actual contiene aspectos generales en el trazador (diabetes mellitus), pero no se establecen actividades específicas para "mejorar el control y manejo del paciente diabético" ni indicadores para su medición. 4) Incorporar a las Prioridades en Salud y Estrategias, acciones y metas propuestas a largo plazo (más allá de 2012) para fundamentar la continuidad de las acciones, con revisión anual del cumplimiento de metas para ajustar en caso necesario.



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

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

Respuesta Si

Nivel	• Los planes de trabajo anuales tienen todas de las características establecidas.
4	

Justificación:

El Programa presenta los planes de trabajo para los últimos 3 años. Ellos están plasmados como ejercicios de planeación institucionalizados y forman parte del documento del IMSS del año correspondiente como parte de los Informes de Labores 2007-2008, 2008-2009 y 2009-2010 y Programa de Trabajo de la institución para 2008, 2009 y 2010.

Los Programas tienen establecidas sus metas, en el 2008 desglosando por Área Médica, Acción Comunitaria y Área Administrativa. Para 2010, la estructura del documento incluyó los siguientes apartados: 1) Desarrollo e Infraestructura, 2) Prioridades en Salud (Objetivos: abatimiento de la muerte materna, salud ginecológica, atención integral al adolescente, vigilancia epidemiológica y fortalecimiento del PDHO, 3) Encuentros Médico-Quirúrgicos, 4) Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, 5) Formación de Médicos Especialistas para el Medio Rural.

La elaboración de los Programas de Trabajo se efectúa conjuntamente entre los responsables de todos los procesos: Prioridades en Salud, Estrategias y Procesos Sustantivos en los diferentes niveles de conducción del Programa, lo que está documentado en las ROP 2011 (Numeral 7.4.2.1: Planeación).

Su actualización se elabora anualmente y la revisión se efectúa mediante el seguimiento permanente a sus procesos y metas presupuestales que está documentada a detalle tanto para el Programa en su conjunto como para cada una de las Delegaciones en las que opera.



IV.2.2 DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE

16 El programa utiliza informes de evaluaciones externas

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

Respuesta Si

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

Justificación:

El Programa ha utilizado de forma regular los informes de evaluaciones externas para el análisis y mejora de su gestión. Hay evidencia de la utilización institucionalizada en los Documentos de Posición Institucional en el período 2008-2011, en los Documentos de Trabajo Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) derivados de las Evaluaciones Externas desde 2007 y en los documentos de Avance de los ASM.

Evaluación externa 2007. Recomendaciones: 1) Elaborar el plan estratégico con visiones a corto, mediano y largo plazo. Acción de mejora: Plan Estratégico 2010-2012, con acciones de corto y mediano plazo. 2) Incluir año de referencia en los indicadores de desempeño. Acción de mejora: Todos los indicadores cuentan con año base desde el ejercicio 2009 y se adecuó la MIR. 3) Actualizar las ROP. Acción de mejora: ROP actualizadas a 2011. 4) Diseñar mecanismos para el Padrón de Beneficiarios. Acción de mejora: Padrón de Beneficiarios concluido en 2011. Evaluaciones Externa de Procesos y Específica de Desempeño (EED) 2008. Recomendaciones: 1) Documentar procedimientos para su homogenización, 2) Estandarizar la atención con el uso de guías u otros documentos y 3) Robustecer la relación entre los niveles de conducción operativo y central. Acciones de mejora: Manuales de procedimientos para hospitales rurales, actualización de procesos en Acción Comunitaria, se garantizó el abasto de medicamentos, se documentaron los procesos de planeación. EED 2009-2010. Recomendación: 1) adecuar los indicadores para medir de manera más precisa la efectividad y la calidad de los servicios así como las acciones comunitarias y 2) avanzar en la evaluación de las acciones de capacitación que sean medidas como capacidades adquiridas y aplicación del conocimiento en la comunidad. Acción de mejora: las acciones de mejora son iniciales, se han agregado indicadores para evaluar acciones comunitarias para saneamiento ambiental. El análisis y decisiones de mejora se efectúa en forma conjunta por todas las áreas normativas del Programa. En resumen, con el cumplimiento de las ASM derivadas de las evaluaciones externas, se ha logrado mejora en la gestión en planeación, definición de procesos, indicadores, cuantificación de la Población Objetivo y se ha avanzado en evaluación de las acciones.



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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Del 85 al 100% del total de los ASM se han solventado y/o las acciones de mejora están siendo implementadas de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo e institucionales.
4	

Justificación:

Del 29 de ASM derivados de las recomendaciones de las evaluaciones externas realizadas del 2007 al 2009 y que se plasmaron en los Documentos de Trabajo del período 2008 a 2010, 26 (89.7%) han sido resueltos y en los tiempos programados, 2 (6.9%) están en proceso (cuantificación de la Población Potencial y evaluación de acciones de salud realizadas por las familias como resultado de los talleres comunitarios) y 1 (3.4%) no presenta avance (desarrollo de metodología de costo-efectividad basada en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)).

De acuerdo a los documentos de Seguimiento a los ASM y de Posición Institucional del período analizado para las evaluaciones externas 2007 (Evaluación Externa a los Resultados) y EED 2008, se reconocieron y se solventaron en su totalidad las limitaciones de la MIR y el Marco Lógico. Respecto a la Evaluación de Procesos 2008, se identificaron dos aspectos principales a mejorar: vigilancia epidemiológica con la creación de documentos normativos y supervisión/asesoría; para ello se elaboró el Plan Estratégico 2010-2012, se mejoró el contenido de las ROP para definir el universo de trabajo y delimitar las áreas de responsabilidad con el fin de evitar duplicidades con otros programas y se mejoraron los procesos principalmente en la Coordinación de Acción Comunitaria; si bien se especificó la existencia de un Plan Operativo para la implementación de la metodología de GRDs, esto no se ha concretado. Para la EED 2009, la recomendación de definición y cuantificación de la Población Objetivo y Potencial fue aceptada por el Programa y se ha trabajado en ello, quedando pendiente a la fecha la cuantificación de la Población Potencial; se reforzaron acciones específicas de Acción Comunitaria y se elaboraron procedimientos normativos para la vigilancia epidemiológica.



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

Justificación:

Es posible documentar que el Programa ha logrado la mayor parte de los resultados esperados. Son de destacar las siguientes evidencias que apoyan la mejora del Programa:

1) La MIR 2011 incluye tres indicadores correspondientes a Fin, 7 de Propósito y 54 en el nivel de Componente, que miden Productos y Actividades tanto para Atención Médica como para Acción Comunitaria. Asimismo, cuenta con 9 indicadores de Aspectos Administrativos y 15 de Sistemas de Información. De todos ellos y para fines de los indicadores monitoreados a través del PASH, existen 22 indicadores seleccionados, siendo éstos el punto de inicio para el proceso de evaluación de su funcionamiento, lo que permite medir de manera más precisa el desempeño y resultados de las acciones. 2) El Padrón de Beneficiarios es relevante para fundamentar las estrategias y líneas de acción con base en la demanda de los servicios. De igual manera, es una herramienta valiosa para identificar en forma diferenciada la atención otorgada tanto a la población perteneciente al Programa como a los beneficiarios por Convenios de Colaboración Interinstitucional. 3) El Plan Estratégico 2010-2012, producto de los ejercicios de diagnóstico del Programa y fundamentado en las Políticas Nacional, Sectorial e Institucional, identifica la problemática en salud que el Programa busca resolver, a partir de la cual establece Objetivos, Prioridades, Estrategias, Líneas de Acción y Procesos Sustantivos a atender, así como los mecanismos para la evaluación de sus acciones. 4) La actividad para mejora de la promoción en la participación de voluntarios para aumentar la cobertura por familia se da seguimiento mediante el indicador "Promedio de familias del Universo de Trabajo en relación al número de voluntarios activos". Sin embargo, aún cuando se reporta el 100% en el avance de este ASM, los productos y actividades realizadas no cuantifican el resultado esperado en términos del aumento en el número de voluntarios. 5) La incorporación de la evaluación en la conducción y el desempeño del personal de acción comunitaria mediante las Cédulas de Evaluación de la Participación de Voluntarios es un avance para identificar en forma regular conocimientos y prácticas y la identificación, derivación y seguimiento a casos, así como sus acciones en la promoción del saneamiento de vivienda y comunidad. 6) La creación de la Contraloría Social, aspecto fundamental para el Programa ya que da congruencia a su Modelo de Atención Integral a la Salud con la participación completa de su población incluyendo la dimensión de transparencia y rendición de cuentas. Se detectó como efecto adicional de las acciones realizadas y que el Programa no ha considerado la participación en la formación de recursos humanos en el área de la salud, mediante la educación continua con el enfoque del MAIS.



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

Justificación:

De las 29 recomendaciones efectuadas en el período 2008-2010, derivadas de las Evaluaciones Externas al Programa, se identificaron 3 que el Programa consideró pertinente atender y que no han sido solventadas en su totalidad. El análisis de las mismas se presenta a continuación:

- 1) Desarrollo de metodología de costo-efectividad basada en GRD (Sin avance). Un ejercicio de costeo en una primera fase proporcionará el precio real de las intervenciones del Programa, lo que ayudará a mejorar su eficiencia; en una segunda etapa, el análisis de costo-efectividad de las intervenciones principales del Programa apoyará la toma de decisiones en la asignación y distribución de los recursos. Si bien la realización de estudios de costo-efectividad representa mayor complejidad, es importante considerar su factibilidad a mediano plazo como apoyo para la definición de Políticas Públicas de integración del Sistema de Salud.
- 2) Definir y cuantificar la Población Objetivo y Potencial (50% de avance). Aunque la poblaciones han sido definidas en las ROP 2011, la Población Potencial continúa sin cuantificación, lo que plantea un dificultad para cumplir a cabalidad el Propósito del Programa en términos de las necesidades de la población y asignación del gasto del Programa para satisfacer dichas necesidades.
- 3) Avanzar en la evaluación de la orientación a las familias de la comunidad, que permita medir conocimientos traducidos en acciones de salud (10% de avance). La evaluación del efecto del Programa en la participación comunitaria es aún incipiente. Los resultados esperados se han circunscrito a acciones de saneamiento ambiental y no se ha evaluado la modificación de las conductas en las familias en acciones específicas de prevención y promoción de la salud en forma integral, que contribuyen para el logro del Propósito del Programa. Por consiguiente, el paso siguiente será el diseño de una línea de acción que incluya la medición del cambio de conducta que pueda ser atribuible a la educación comunitaria de manera integral.



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

Justificación:

Desde 2004 se han realizado 7 evaluaciones externas: La primera analizó el sistema de atención del Programa, la inversión en salud y el impacto y eficiencia financiera de los ejercicios fiscales 2003-2004 y reflejó problemas en la planeación, pero adecuada efectividad; en 2005 se evaluó el Programa en su conjunto y estableció que “Es necesario fortalecer la capacitación de todo tipo de voluntario de la comunidad, incluyendo a las parteras tradicionales y a los médicos tradicionales”. La Evaluación Externa de Resultados 2007 recomendó un “plan estratégico con visiones a corto, mediano y largo plazo y estrategias de cobertura, así como la definición de procedimientos para la medición del costo-efectividad de la ejecución y establecer un padrón de beneficiarios”. En 2008 la Evaluación Externa recomendó “desarrollar un modelo de seguimiento por procesos que incluya las actividades que se desarrollan en unidades médicas y las del nivel comunitario”. Se han realizado asimismo 3 EED (2008, 2009-2010 y 2010-2011); en la primera, se consideró necesario “revisar la construcción de los indicadores, realizar evaluaciones externas orientadas a medir impacto, construir y aplicar la metodología para la definición y cuantificación de las poblaciones potencial y atendida; la segunda recomendó “Definir su población objetivo y potencial y actualizar su Censo nominales”; y la última concluyó que “se debe fortalecer su gestión orientando a resultados y sujetando a una evaluación más competente y ampliar su infraestructura”.

Es necesario continuar con evaluaciones externas rigurosas para identificación de disminución de riesgos e incorporación de prácticas saludables y mejoras en el entorno. La madurez actual del Programa justifica la elaboración de evaluaciones de impacto con resultados finales en salud que incorporen indicadores para la medición de la calidad de vida ajustando por variables externas al Programa e identificando las estrategias programáticas más efectivas. Es recomendable iniciar evaluaciones económicas para costear las estrategias del Programa y para apoyar la mejora en la planeación del presupuesto. Es importante incorporar evaluaciones para la medición de satisfacción de los beneficiarios en la atención recibida tanto en el Componente Médico como en el de Acción Comunitaria.



IV.2.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21 El Programa recolecta información acerca de:

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa recolecta información acerca de dos de los aspectos establecidos
2	

Justificación:

Sobre la contribución del Programa a los Objetivos de los Programas Sectorial e Institucional, se obtiene información suficiente para su medición. Las fuentes de información para alimentar la MIR a nivel de Propósito son el Sistema de Mortalidad y el SISPA. Para los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios (servicios médicos preventivos y curativos y servicios comunitarios), se obtiene información sobre la productividad de las unidades por medio del SISPA, que permite conocer a detalle el tipo y cantidad de apoyos otorgados, según el proveedor que los otorgó y el grupo de población que recibió, presentando informes mensuales, trimestrales y anuales. Sin embargo, el registro de apoyos otorgados no es nominal, lo que impide el seguimiento de los apoyos otorgados a un beneficiario en particular. Se recomienda generar un sistema de reporte que vincule el SISPA con el Padrón de Beneficiarios, que resuma información sobre el tipo de apoyos recibidos y la intensidad en cantidad y periodicidad, con monitoreo de esta información de forma anual, para el diagnóstico situacional y la planeación de metas.

Las características socioeconómicas de sus beneficiarios se obtienen mediante la "Tarjeta de adscripción", que incluye datos básicos para caracterizar al núcleo familiar. Es recomendable incluir en algunos indicadores socioeconómicos pertinentes para orientar las acciones comunitarias del Programa.

No se recolecta información sobre las características socioeconómicas de las personas no beneficiarias con fines de comparación con la población beneficiaria. Esta información tiene gran relevancia para la evaluación de impacto del Programa aunque puede exceder sus objetivos operativos; en tal caso, se recomienda diseñar mecanismos de monitoreo del Programa a nivel comunitario para conocer las condiciones socioeconómicas de las localidades atendidas.



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

- a) Es oportuna.
- b) Es confiable, es decir, está validada por quienes las integran.
- c) Está sistematizada.
- d) Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.
- e) Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • La información que recolecta el programa cuenta con todas las características establecidas.
4	

Justificación:

De acuerdo a sus ROP, el monitoreo del desempeño responde a dos objetivos: Control de la operación y Evaluación. El monitoreo del desempeño se realiza mediante la revisión de 4 principales grupos de indicadores: la MIR, Indicadores del PASH, Informe integral total del SISPA e Indicadores de Seguimiento, evaluación y gestión del Programa. Para las actividades de Evaluación, la MIR es el principal instrumento, incluye 22 indicadores que se monitorean con el Tablero de Control del PASH; esta matriz es actualizada con las recomendaciones emitidas por la SHCP y CONEVAL. Los sistemas de información que alimentan estos indicadores son: el SISPA, el Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica (SUAVE), el Sistema de Mortalidad (SISMOR), el Sistema de Egresos Hospitalarios (SEHO) y el Sistema Electrónico de Supervisión Integral (SESI). Se realiza un registro diario de las actividades en unidades médicas y de acción comunitaria del Programa por medio del SISPA, información que es comunicada hacia los distintos niveles de organización para su validación y retroalimentación, mediante procedimientos establecidos. La Dirección de Información en Salud del IMSS da mantenimiento a los sistemas que alimentan el Sistema Nacional de Información en salud, los cuales cuentan con formatos de flujo y procedimientos específicos de operación y validación. Por lo anterior se considera que la información es oportuna y confiable. Asimismo, las tecnologías de procesamiento y comunicación de la información permiten la adecuada sistematización y actualización de la misma. Se considera pertinente porque es posible medir en específico el grupo de indicadores de Actividades y componentes de la MIR, de una forma oportuna y válida. Áreas de oportunidad: 1. Mejorar definición de algunos indicadores que sólo miden productividad (asistencia a talleres) 2. Identificar acciones que debiera evaluarse mediante el seguimiento en el tiempo a los beneficiarios, y posteriormente, 3. Priorizar el inicio del registro nominal de beneficiarios de dichas acciones. Se recomienda este seguimiento en: el monitoreo de la vacunación para virus de papiloma humano (VPH), el control de pacientes diabéticos, hipertensos, y eficiencia de tratamiento de casos con tuberculosis. 4. Integrar indicadores de costo por caso, para lo cual se requiere iniciar con el costeo de acciones; se recomienda iniciar con acciones preventivas y educativas.



IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

IV.3.1 ANÁLISIS DE COBERTURA

- 23 El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:
- Incluye la definición de la población objetivo.
 - Especifica metas de cobertura anual.
 - Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
 - Es congruente con el diseño del programa.

Respuesta Si

Nivel	• La estrategia de cobertura cuenta con tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

En las ROP 2011 se define a la Población Objetivo como “La población que radica en las localidades del ámbito de operación del Programa (universo de trabajo) – previa regionalización con la Secretaría de Salud–, que carece de acceso a servicios de salud, por no estar inscrita en los esquemas formales de seguridad social y recibirá acciones específicas del MAIS”.

La estrategia general de cobertura es congruente con el Programa y considera su definición de Población Objetivo para la elaboración del Padrón de Beneficiarios a partir del cual se realizan acciones de promoción, comunicación y educación para la salud con el fin de identificar población en riesgo o con daños a la salud para su atención oportuna en la Unidad Médica y seguimiento en comunidad, con la participación activa de los grupos voluntarios de la propia comunidad. Las estrategias específicas de cobertura se establecen de acuerdo a los componentes de Atención Médica y Acción Comunitaria y se derivan en actividades para ambos componentes que se precisan en el resumen narrativo de la MIR con sus respectivos indicadores.

Respecto a las metas de cobertura, las que incluyen a la población objetivo como denominador son: a) Dosis Aplicadas de productos biológicos que contempla a los diferentes grupos de edad que viven en el Universo de trabajo según el tipo de biológico. b) Valoración del estado nutricional del menor de 5 años para el ámbito rural, que está dirigida a la población universo de trabajo de menores de 4 años con control nutricional. c) Detección de tuberculosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino (exploración ginecológica, visualización cervical con ácido acético, citología vaginal) y planificación familiar.

Las metas de cobertura anual y sexenal (mediano plazo) de algunos de los indicadores se encuentran especificadas en las Fichas técnicas de los indicadores. No hay metas de cobertura a largo plazo.

Un área de oportunidad consiste en la necesidad de utilizar en forma consistente a la Población Objetivo como denominador en todas las metas de cobertura, ya que en la mayoría de ellas se utiliza la población adscrita que en las ROP 2011 corresponde a población atendida. Además, es conveniente efectuar proyecciones basadas en aspectos históricos para generar metas a largo plazo como parte de su estrategia de cobertura a toda la población del universo de trabajo.



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

Justificación:

De acuerdo con el Objetivo General y el Propósito del Programa descritos en las ROP 2011, el Programa está focalizado a “los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación” en “zonas rurales y urbano-marginadas del país” donde cuenta con infraestructura. La población objetivo es la que radica en las localidades del ámbito de operación del programa (Universo de Trabajo), es decir, comprende todas las localidades sede de ámbito rural, localidades de atención intensiva de las unidades médicas rurales y hospitales rurales y las localidades del PDHO que cuentan con Equipo Itinerante de Salud (EIS) y unidades médicas urbanas.

El mecanismo de focalización del universo de trabajo para la identificación de su Población Objetivo corresponde según las ROP 2011 a localidades “con índices de alta y muy alta marginación. Lo anterior, de acuerdo con lo señalado en el “Índice de Marginación a Nivel Localidad 2005” elaborado por el CONAPO; en la información estadística disponible a nivel de localidades, Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), colonias y/o manzanas, generada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); y en lo establecido por el CONEVAL”. Además, como parte de las Estrategias del Programa, “Se llevan a cabo sinergias con la Secretaría de Desarrollo Social a través de la Estrategia Integral para el Desarrollo Social y Económico de los Municipios más marginados de México y de la Estrategia 100x100”.

Bajo estos criterios, las ROP cuantifican que un 59% de las localidades cubiertas por el Programa está en condiciones de pobreza o pobreza extrema.

Debido a que el Índice de Marginación corresponde a 2005, un área de mejora consiste en revisar si el 41% de las localidades que quedaron fuera están cubiertas por otros Programas de salud ó determinar las razones por las que no fueron contempladas por el Programa. Adicionalmente, es importante identificar a las localidades de alta y muy alta marginación más actuales para contrastar las localidades atendidas por el Programa y las que están o siguen descubiertas.

Se recomienda también considerar la utilización del Índice de Rezago Social a nivel localidad, así como el indicador de carencia social de acceso a los servicios de salud a nivel municipal en conjunto con el Índice de Marginación, para robustecer el mecanismo de focalización del Programa.

Lo anterior podrá efectuarse para 2012 cuando se cuente con datos actualizados del Padrón de Beneficiarios.



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

Justificación:

El Programa no dispone de cuantificación de la Población Potencial y para 2011 ya tiene cuantificada la Población Objetivo que se denomina Población Padrón de Beneficiarios con 12,221,831 personas adscritas. Cabe hacer notar que el Padrón incluye una proporción muy baja (no cuantificada) de población del área de influencia que no reside en las localidades Universo de Trabajo (Población Objetivo), por lo que se considera que el Padrón corresponde a un estimado de la población objetivo. La eficiencia de la cobertura para 2011 encontrada es de 89.1% de personas atendidas respecto a Población Objetivo. Aunque es un alto porcentaje de cobertura, por tratarse principalmente de una población de alta y muy alta marginación y aproximadamente 11% no se encuentra beneficiada por el Programa, resulta muy importante generar nuevas estrategias para atraerla a los servicios de salud ofrecidos por el Programa.

En cuanto a la evolución de la población total atendida, ésta presenta una ligera tendencia ascendente, pasando de 10,284,017 personas en 2008 a 10,887,507 personas en 2011, correspondiendo a un incremento del 5.9% en los 4 años. Cabe hacer mención que las cifras de población atendida reportadas por el Programa contienen a los dos ámbitos (rural y urbano) y no coinciden con las poblaciones atendidas reportadas en las EED 2010 y 2011, ya que éstas sólo incluyeron a la población atendida del ámbito rural (Ramo 19).

La cuantificación de la Población Potencial asume un procedimiento complejo, cuya factibilidad tendría que ser evaluada financiera y logísticamente y que incluye:

- 1) Establecer una definición apropiada de la misma que incluya a toda la población con la necesidad; la definición propuesta es: "la población total que presenta el problema y/o necesidad, carece de acceso a los servicios de salud y no es atendida por ninguna otra institución del Sistema Nacional de Salud".
- 2) Bajo la definición anterior, delimitar la Población Potencial en el ámbito de responsabilidad del Programa a nivel estatal,
- 3) Restar a la Población Potencial previamente delimitada, la población ya cuantificada en el Padrón de Beneficiarios (Población Objetivo).
- 4) La población resultante (susceptible de ser atendida) puede ser cuantificada mediante encuesta poblacional.



IV.4 OPERACIÓN

IV.4.1 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD

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

Justificación:

Descripción. Se presenta el Diagrama de Flujo del Proceso General del Programa (Anexo 13, Proceso general), que está constituido por cuatro componentes para el cumplimiento de sus objetivos: 1) Atención Médica, 2) Acción Comunitaria, 3) Aspectos Administrativos y 4) Información para la atención a la Salud. Todos los componentes están representados en la MIR con sus respectivos indicadores de actividad. El componente de Atención Médica incluye la atención integral con enfoque principalmente individual en las unidades de atención con una amplia gama de servicios, preventivos (vacunación, medicina preventiva, nutrición y servicios educativos como el Servicio de Atención Integral a la Salud [SAIS] y el Centro de Atención Rural al Adolescente CARA) y curativos (Consulta externa de medicina familiar y de especialidades, estomatología, urgencias, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico [laboratorio y rayos "x"], quirófano, tococirugía y trabajo social. El componente de Acción Comunitaria ofrece acciones de promoción, comunicación y educación para la salud a grupos prioritarios. Los componentes de Aspectos Administrativos, que incluye la gestión y optimización de los recursos y de Sistemas de Información para la Atención de la Salud tienen acciones para apoyar la prestación de los servicios integrales de salud.

Para representar los procesos clave, se seleccionaron los componentes de Atención Médica y Acción comunitaria por ser los sustantivos en la operación del Programa, así como tres de las prioridades en salud: Salud Materna como ejemplo de la atención médica, Salud Integral del Adolescente, Centro de Atención al Adolescente (CARA) para representar las acciones educativas en unidades de atención y como acción comunitaria y Salud Ginecológica con énfasis en cáncer cérvico uterino como proceso clave en detección de enfermedades (Anexo 13, Procesos clave).

Valoración y áreas de mejora. Los procesos generales y específicos del Programa están bien establecidos en las ROP 2011 y organizados para garantizar la adecuada operación de los servicios mediante manuales de procedimientos, mecanismos de supervisión y asesoría e indicadores para la medición periódica de su desempeño y resultados. Se sugiere ampliar el alcance de CARA al componente de Acción Comunitaria, ya que el proceso tiene actividades importantes a este nivel. También es recomendable revisar que los Procesos Sustantivos que se incluyan en el próximo Plan Estratégico coincidan con los procesos que las ROP integran para la operación del Programa y tienen correspondencia con los componentes; en particular, la Evaluación–Asesoría es un subproceso en el apartado de Control y Seguimiento Operativo de las ROP, mientras que en el Plan Estratégico actual se plasma como Proceso Sustantivo.



27 Solicitud de Apoyos

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Existe evidencia de que la información sistematizada es valida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos.

Justificación:

El Programa cuenta con información de la demanda total de apoyos (servicios de salud en las unidades médicas y de acciones comunitarias) en el SISPA, que se actualiza mensualmente. Toda la información se traslada al Padrón de Beneficiarios, de reciente elaboración y que constituye la fase inicial para la construcción de una base de datos única de usuarios del Programa. El sistema informático se encuentra en construcción por lo que la información se considera parcialmente sistematizada. El SISPA se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos del Programa.

El SISPA registra la totalidad de los servicios otorgados, que son equivalentes a la demanda tanto en unidades de atención como en acciones comunitarias y se encuentra en cifras absolutas y relativas, detallado en totales y por nivel de atención en los casos que procede, por cada entidad federativa que cubre el Programa. Los servicios otorgados y registrados son correspondientes con la demanda con base en lo establecido en las ROP (Apartado 6.4. Características de los apoyos), para el cumplimiento de proporcionar, mediante sus dos componentes sustantivos que son la Atención Médica y la Acción Comunitaria, “servicios integrales de salud a través de sus unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, los cuales se complementan mediante la realización de acciones conjuntas con la comunidad, para impulsar el desarrollo familiar y comunitario”.

Respecto a las características de los solicitantes, el SISPA incluye información que se obtiene de la “Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas” que contiene identificación del jefe de familia (Clave del usuario, CURP y domicilio), Institución de procedencia, Tipo de beneficiario (Beneficiario del PDHO, indígena, trabajador eventual del campo/jornalero agrícola), lugar de residencia (según INEGI), familiares dependientes. No se documenta la existencia de información de datos socioeconómicos adicionales a los incluidos en la tarjeta de adscripción que permitan conocer con detalle las características de los solicitantes.



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

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

Respuesta Si

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

Justificación:

Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios corresponden en general a las características de la población objetivo, considerando que esta población es la que “carece de acceso a servicios de salud por no estar inscrita en los esquemas formales de seguridad social” y cuya mayoría radica en localidades marginadas. Estos procedimientos son sencillos ya que las solicitudes de apoyo (servicios) se reciben de todas las personas que así lo demandan en forma gratuita y sólo requieren su registro en un formato único denominado “Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas”, procedimiento que se encuentra establecido en las ROP.

La limitante de este formato es que debido a que registra a todo el núcleo familiar la primera ocasión que uno de sus integrantes demanda el servicio, aunque permite la identificación cada uno de ellos fines del propio registro, no incluye el trámite a la solicitud de los servicios en forma nominal. Adicionalmente, existen formatos para el concentrado de todos los servicios otorgados en cada proceso específico.

Por lo anterior, un área de mejora es el establecimiento de dicho registro nominal a través de formatos que incluyan la identificación del solicitante y el motivo de la demanda para registrar el otorgamiento de los apoyos en forma más completa y posibilitar el seguimiento de las acciones.

No se identificó la disponibilidad de información dirigida a la población objetivo acerca de los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a la solicitud de servicios, lo que es un área de mejora; se recomienda garantizar que la información que se brinde a la población respecto estos trámites sea accesible para su comprensión (población monolingüe en lengua indígena con mensajes en la lengua natal o población analfabeta a través de ilustraciones).



- 29 El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características:
- Son consistentes con las características de la población objetivo.
 - Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras
 - Están sistematizados.
 - Están difundidos públicamente.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> Los mecanismos para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

El registro de las solicitudes de apoyo (servicios) queda documentado en la “Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas”, que es llenada de manera manual por cada núcleo familiar (jefe de familia y familiares dependientes). La población adscrita queda registrada en el formato SISPA SS-14-I “Registro Diario de Población Adscrita a Unidad Médica”.

Estos documentos son consistentes y congruentes en general con las características de la Población Objetivo ya que con este registro se conforma el Padrón de Beneficiarios del Programa; asimismo y dado que es el único procedimiento utilizado para tal fin tanto en unidades de atención como a nivel comunitario y es respaldado por un manual que permite su captura en el Sistema Padrón que conforma la base de datos de beneficiarios del Programa, puede considerarse estandarizado. Aún no se cuenta con un sistema informático para completar la sistematización de la información.

Los mecanismos anteriores se encuentran disponibles públicamente en las ROP.



30 Selección de beneficiarios y/o proyectos

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

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

Respuesta Si

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

Justificación:

Las ROP 2011 determinan que: “no se tienen establecidos criterios de selección ni se han adoptado bajo ninguna circunstancia métodos y procesos de incorporación...”. “Los servicios del Programa IMSS-Oportunidades son abiertos a la población general, dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención; es decir, cualquier persona recibe la prestación del servicio en forma completamente gratuita”.

Sin embargo, la definición de la población beneficiaria incluye criterios que la restringen a “demanda de atención médica de manera regular y que residen en la sede, localidades de acción intensiva o en el área de influencia...” y “se compone por la población oportunoahabiente, derechoahabiente (de la seguridad social), familias beneficiarias del PDHO y las familias afiliadas al SPSS, que habitan en las localidades donde no existe infraestructura de los Servicios Estatales de Salud y en donde IMSS-Oportunidades otorga atención, por ser el único proveedor de servicios médicos”. Ello ocasiona ambigüedad por la discrepancia entre ambos apartados, lo que ha sido corregido en las ROP 2012, que incluyen como único requisito para la atención “la inscripción al Padrón de Beneficiarios mediante la entrega de los documentos...”. Con este último criterio se facilita el cumplimiento de los requisitos para acceder a la atención. Debido a que no hay requisitos adicionales que dificulten el acceso a los servicios, tanto hombres como mujeres pueden hacerlo.

Los procedimientos son utilizados por todas las unidades médicas del Programa, lo cual se evidencia en la información que se encuentra en la base de datos “Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación” que concentra los datos de los beneficiarios y de servicios por nivel de atención y por Delegación; aún no está disponible la operación de un sistema informático para el manejo de los datos, por lo que se considera que los procesos están parcialmente sistematizados. Dichos procedimientos están difundidos públicamente en las ROP a través del Diario Oficial de la Federación.



- 31 El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características:
- Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos.
 - Están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
 - Están sistematizados.
 - Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de beneficiarios y/o proyectos.

Respuesta Si

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

Justificación:

La verificación del procedimiento de selección de beneficiarios está documentada mediante el Sistema Padrón, en el que se capturan los datos de la Tarjeta de Registro y en la que pueden corroborarse los criterios de elegibilidad establecidos en las ROP 2011 (“las personas que demandan atención médica de manera regular y que residen en la sede donde se encuentra la unidad médica, en Localidades de Acción Intensiva o en el área de influencia”), ya que cuenta con información del domicilio de las personas que son adscritas como beneficiarias del Programa. Este procedimiento, que se lleva a cabo en todas las unidades ejecutoras del Programa, permite verificar que la inclusión al Padrón de Beneficiarios sea congruente con lo establecido en las ROP. Se cuenta con un Manual que estandariza su uso por los responsables de su ejecución que está publicado y disponible en las unidades de atención, sitios donde se captura y supervisa la información. Debido a que aún no se encuentra en operación el sistema informático, se considera que estos mecanismos están parcialmente sistematizados, lo que es un área de mejora que podrá resolverse en cuanto el Padrón de Beneficiarios, que está en la etapa inicial de implementación, pueda tener el registro total y nominal de los servicios y tipos de apoyos otorgados en el SISPA y en el SEHO.



32 Tipos de apoyos

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

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

Respuesta Si

Nivel	• Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

El Programa cuenta con procedimientos para cada uno de sus procesos de los distintos servicios (apoyos) que ofrece, tanto para el componente de atención a la salud en las unidades médicas ambulatorias y hospitalarias como para los del componente de Acción Comunitaria (promoción, comunicación y educación para la salud). Estos procedimientos están sistematizados y publicados en los manuales, guías operativas y otros documentos que permiten su realización bajo los mismos criterios por todos los operadores del Programa.

Todos los procedimientos para el otorgamiento de los servicios son congruentes con las tareas establecidas en las actividades de las Prioridades en Salud (reducción de la muerte materna, prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino, salud integral del adolescente, centro de atención rural al adolescente (CARA) y de las Estrategias (promoción, prevención y educación para salud, Estrategia "100x100" con menor Índice de Desarrollo Humano). Tanto las Prioridades como las Estrategias son derivadas del diagnóstico situacional que identifica las necesidades de la población bajo su responsabilidad que son susceptibles de ser modificadas por el Programa. Por lo anterior, cumplen con lo dispuesto en las ROP, principal documento normativo, así como en el Plan Estratégico 2010-2012.

La sistematización de los servicios otorgados está establecida mediante el SISPA de manera parcial, ya que se encuentra incorporada en base de datos pero no está aún disponible en un sistema informático.



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

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

Existen documentos que permiten verificar que el procedimiento para el otorgamiento de los servicios es congruente con lo establecido en las ROP 2011.

Para documentar los procedimientos existen los manuales, guías operativas, guías técnicas y documentos del modelo de atención para la prestación de los servicios que demanda la población (MAIS). Todos estos documentos contienen formatos específicos para cada una de las acciones, que registran las actividades por servicio y por tipo de atención, establecen el seguimiento nominal en detecciones positivas, así como los registros semanales, mensuales y semestrales de acciones comunitarias, formación de grupos y capacitación. Los manuales de procedimientos son publicados como documentos institucionales y utilizados en todas las unidades médicas y para las acciones comunitarias, lo que garantiza su conocimiento por los operadores del programa y su estandarización. No existe evidencia documentada de la sistematización de los procesos de atención, por lo cual un área de mejora es la elaboración de un sistema de registro nominal de los beneficiarios, que incluya datos específicos por cada servicio otorgado (motivo de la atención, principales procesos y resultados finales).



34 Ejecución

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

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

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

La ejecución todas las acciones del Programa está regulada por las ROP donde se establece su estandarización como una responsabilidad de la Unidad del Programa mediante “criterios de operación uniformes en todo el territorio nacional...”. Las acciones a ejecutar incluyen el otorgamiento de servicios de salud (médicos y de acción comunitaria) acordes al MAIS y a las Prioridades en Salud establecidas en el Plan Estratégico 2010-2012, la articulación sectorial e intersectorial para operar bajo convenios establecidos (componente salud del PDHO, la atención a las familias afiliadas al SPSS y al IMSS que radican en localidades donde el Programa opera y que carecen de la infraestructura de los servicios de salud correspondientes). Los procedimientos de ejecución de las acciones se cumplen mediante los lineamientos establecidos en documentos (ejemplos son procedimientos de estomatología, de operación para el personal de dietología y nutrición, para la intervención de la trabajadora social, de enfermería y de conservación, todo ello en unidades médicas de primer o segundo nivel, así como de participación con los grupos de voluntarios en comunidad). Todos estos documentos están publicados para su consulta por el personal institucional en la página de Intranet del IMSS en la siguiente dirección: <http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx>.

La verificación de la ejecución de las acciones se establece principalmente mediante el SISPA, que a la fecha aún no se encuentra sistematizado y el PROVAC (en proceso de reestructuración por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, por lo que la información al respecto actualmente no sistematizada).



- 35 El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características:
- Permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa.
 - Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
 - Están sistematizados.
 - Son conocidos por operadores del programa.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> Los mecanismos para dar seguimiento a la ejecución de obras y/o acciones tienen todas las características establecidas.
4	

Justificación:

De acuerdo con las ROP, en las que se establece el objetivo de la supervisión-asesoría, este mecanismo “Es un proceso sustantivo del Programa en el ámbito delegacional. Se realiza con base en el diagnóstico situacional de salud, el cual debe estar fundamentado en los sistemas de vigilancia epidemiológica (canales y/o corredores endémicos, curvas de tendencia, etc.) y sistemas automatizados de información (SISPA, PROVAC [actualmente no vigente], Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica [SUAVE], Sistema de Mortalidad [SISMOR] y Sistema de Egresos Hospitalarios [SEHO])”. Para dar cumplimiento a esta normatividad para el seguimiento a la ejecución de las acciones del Programa, se efectúan las Reuniones de Planeación y Seguimiento en forma anual o bianual en las que a partir de las prioridades en salud se analizan propuestas de líneas de acción por cada Coordinación y División. Asimismo, en las Reuniones Nacionales con equipos de conducción (Equipos de Gestión, Multidisciplinarios y Cuerpos de Gobierno de Hospitales Rurales [HR], así como Equipos de Asesoría y Supervisión Zonal) y en la reunión con Equipos de Asesoría y Supervisión Zonal se revisan los resultados y avances, así como las necesidades de fortalecimiento en las líneas de acción del Programa. La periodicidad de estas reuniones es adecuada, considerando que adicional a las mismas deben efectuarse anualmente visitas de evaluación-asesoría en al menos 8 Delegaciones con duración promedio de cinco días, que incluyen visitas a HR y unidades médicas de primer nivel en el medio rural y urbano.

A nivel de la operación, la supervisión de las acciones mediante procedimientos técnicos y administrativos se realiza en tres componentes: la estructura, que abarca recursos y accesibilidad, el proceso que incluye las actividades y procedimientos de atención y de manejo presupuestal y los resultados que verifica coberturas, impacto en salud (morbilidad y mortalidad) y opinión del usuario (Contraloría Social). Dicha supervisión se organiza en forma piramidal desde nivel central, delegacional, cuerpos de gobierno de HR y zona a nivel de Unidad Médica Rural, por lo que los procedimientos son conocidos por todos los operadores. La supervisión tiene como propósito verificar la congruencia entre lo realizado y lo normado y planeado, identificar avances y desviaciones y recomendar las modificaciones necesarias mediante asesoría para la mejora del desempeño.

La evaluación se realiza de manera sistematizada a nivel administrativo local y general, en el primero mediante indicadores basados en información del SISPA y del SUAVE y en el nivel general a través la medición del cumplimiento de las metas presupuestales del “Tablero de Control” semaforizado de los 22 indicadores de resultados del Sistema de Evaluación del Desempeño. Asimismo, a través del cumplimiento de las Metas Presupuestales en el Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público de la SHCP.



IV.4.2 MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

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

Justificación:

En el período 2009-2011 se encontraron las siguientes modificaciones relevantes:

Sobre el Padrón de Beneficiarios y proceso de adscripción: 1. Se han realizado importantes avances para establecer el Padrón de beneficiarios del Programa y procedimiento de adscripción, lo cual mejorará la planeación y monitoreo del Programa. Sin embargo quedan indefinidos algunos aspectos sobre el procedimiento de adscripción, por un lado el lugar donde debe realizarse el trámite y por el otro sobre el documento comprobatorio de realización del mismo. En las ROP 2009 se mencionaban "módulos de enrolamiento que se ubicarán en las Unidades Médicas", así como una credencial para cada beneficiario, sin embargo en las ROP 2010 y 2011 no se hace mención a esto. Esta observación coincide con la realizada por la COFEMER en relación a incluir en las ROP procedimientos claros y precisos para que la Población Objetivo acceda a los beneficios. 2. Para las ROP 2010 se agrega que "... el Padrón de beneficiarios IMSS-Oportunidades estará sujeto a la disponibilidad presupuestal del Programa". Se debe dejar claro si la limitación se refiere a la continuación del procedimiento de adscripción "masivo" o en general a la operación del padrón de beneficiarios. Lo anterior dado que la adscripción al Padrón es ahora un requisito para el otorgamiento de servicios, resultaría una contradicción con los objetivos del Programa. 3. Para las ROP 2010 se agrega que la información recabada en el Padrón quedará protegida en términos de las Leyes de protección de datos personales, lo cual resulta benéfico al proporcionar seguridad y confianza a la población sobre el manejo de sus datos. Sobre Lineamientos Generales: 1. Características de los apoyos: En las ROP 2010, en el Componente de Atención Médica se desglosó el listado de tipo de servicios que se incluyen, lo cual da claridad a los beneficiarios del tipo de apoyos a los que pueden acceder. 2. Otorgamiento de servicios de salud: para ROP 2010 se reestructuraron varios apartados, se limitó la descripción específica de acciones de planificación familiar, atención prenatal, puerperio y atención al recién nacido; se agregaron acciones de vigilancia de la nutrición del niño en casos de sobrepeso y obesidad, así como acciones de detección y control de diabetes e hipertensión arterial; se amplió la descripción de atención gineco-obstétrica en atención hospitalaria. Se reestructuró la sección de Atención a las Prioridades en Salud, se incluyó reducir la mortalidad materna, y se eliminaron los temas de planificación familiar y detección de cáncer de mama. En Acción comunitaria, se modificó la descripción de derechos y obligaciones del usuario de albergues comunitarios. Estos cambios resultan benéficos cuando agregan y/o facilitan la operación, sin embargo tendrá que asegurarse que la limitación de la descripción de acciones no restrinja la prestación de los servicios. 3. Quejas y denuncias: Para ROP 2010 se redefinieron los objetivos de la Contraloría social, mecanismos de revisión, así como esquemas de difusión, lo cual contribuye a la mejora regulatoria y fomenta la participación de la población.



IV.4.3 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

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

Justificación:

Los recursos otorgados para la operación del Programa IMSS-Oportunidades constituyen un subsidio Federal y son administrados por el IMSS. Ya que el ejercicio de todos los recursos se reporta a través de la Dirección de Finanzas del IMSS, éstos se distribuyen de conformidad a las necesidades que se tienen en cada Delegación, priorizando acciones para la operación del Programa, dando seguimiento al ejercicio de los recursos a través del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales -PREI-Millennium y realizando los ajustes necesarios al presupuesto autorizado para la reorientación y optimización de los mismos, así como la desconcentración, el fortalecimiento de la autogestión administración eficiente y transparente de los recursos y la rendición de cuentas.

El PREI opera en los cinco nivel Institucionales: Nivel Central, Delegaciones, Regional, Unidades Médicas: Centros de Salud Rurales y Urbanas como Hospitales Rurales y Zonal (equipo de Supervisión/Asesoría Zonal de UMR).

Los recursos se transfieren de la Unidad Administrativa del Programa a través del sistema PREI Milenium a las delegaciones estatales que serán las encargadas de la transferencia por la misma vía a las unidades operativas (UMR y HR), en los estados donde se opera el Programa. Ya que no hay manejo de recursos financieros como tales todas las transferencias se realizan vía del sistema; las unidades operativas devuelven a las delegaciones como a las oficinas centrales del programa las bases de datos de supervisión integral (SESI) para la presentación de resultados y posteriormente plantear el plan anual.

La Unidad Administrativa del Programa no refiere la existencia de problemas para los beneficiarios, dada la eficiencia del Sistema PREI que permite que todos los procesos estén automatizados.



IV.4.4 EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

38 Eficiencia y eficacia

El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

- a) Gastos en operación: Directos e Indirectos.
- b) Gastos en mantenimiento: Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000 y/o 3000.
- c) Gastos en capital: Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
- d) Gasto unitario: Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta Si

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.
4	

Justificación:

1. El programa no ha requerido utilizar la clasificación de gasto propuesta por el CONEVAL en esta Evaluación. Sin embargo, presentó un ejercicio de aplicación de la misma, así como una estimación de Gasto unitario.
2. Se considera que el Programa cuenta con la información necesaria, adecuadamente clasificada y cuantificada para aplicar la clasificación, ya que el uso del Clasificador por objeto de gasto del Gobierno Federal es de uso rutinario para la administración del Programa; de acuerdo con sus ROP "el Programa realiza la programación de su gasto de acuerdo con las disposiciones legales aplicables." Asimismo establece que: "El IMSS, en su calidad de administrador, instrumenta los registros y controles específicos para la correcta aplicación de los recursos del Programa, de conformidad con las disposiciones establecidas en el PEF vigente, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y su Reglamento, además de la normatividad vigente aplicable."
2. El ejercicio entregado cumple con la clasificación del gasto solicitada en la presente Evaluación: Gastos de operación (directos e indirectos) - Gastos de mantenimiento - Gastos en capital.
3. El Programa IMSS-Oportunidades generó una estimación de Gasto unitario de \$682.9 pesos, usando una metodología similar a la propuesta en esta ECyR. Se observa que en el numerador "Gasto Total" no se incluyó el gasto proveniente del Ramo 12 en ninguna de su modalidad urbana, asimismo, en el denominador se utilizó población adscrita, en lugar de población atendida. Estas dos modificaciones subestiman el "Gasto unitario" solicitado en esta ECyR en un 15%, que se estimaría en \$782.96 pesos.



39 Economía

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

Justificación:

Fuentes de financiamiento: Los recursos del Programa IMSS-Oportunidades provienen de tres fuentes: 1) Ramo 19 "Aportaciones a la seguridad social; 2) Ramo 12 "Salud" de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para atender a los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Adicionalmente, el Programa establece en sus ROP 2011, que los Programas y/o instituciones a quienes el Programa brinde apoyo, deberán pagar la contraprestación correspondiente, de acuerdo a lo estipulado en el Convenio que para tal fin se haya suscrito, por lo que existe una tercera fuente de financiamiento 3) Reintegración de costos por Convenios para la prestación de servicios a beneficiarios de otros esquemas, tales como el Seguro Popular, ISSSTE e IMSS-régimen ordinario. Los recursos del Ramo 12 y 19 constituyen la principal fuente de financiamiento del gasto programado.

Monto del financiamiento: En 2011, el presupuesto autorizado para el Programa fue de \$9,037.1 millones de pesos (mdp), \$8,000 mdp provenientes del ramo 19 y \$1,037.1 mdp provenientes del ramo 12. Esta cifra refleja un 9% de incremento con respecto a 2009 y de 11% respecto a 2010. Adicionalmente, se reportaron recursos por \$80 mdp provenientes del Seguro Popular, sin embargo no se contó con documentos oficiales sobre la programación de los mismos.

Origen de recursos: En los últimos 3 años, alrededor del 90% del financiamiento ha provenido de los recursos del Ramo 19 y el restante 10% del Ramo 12. Se observa que los recursos del Ramo 12 cada vez han ido cobrando importancia, llegando en 2011 a representar el 11.5% del presupuesto autorizado. Diferencia entre presupuesto autorizado y ejercido: El Programa reporta equilibrio en el ejercicio del gasto proveniente del Ramo 12, por lo que el total del subejercicio se atribuye al Ramo 19. En los recursos provenientes del ramo 19, en 2009 se reportó un subejercicio equivalente al 3.1%, mientras que para 2010 y 2011 este subejercicio se redujo a 1.3% y 1.7% respectivamente.

Motivos del subejercicio: El Programa presentó los informes de "Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto" de sus principales fuentes de financiamiento. En 2011, el programa registró un subejercicio de \$150.828 mdp. Se reporta que en los Gastos de operación y Gastos en capital hubieron subejercicios de (-\$87.962 mdp) y (-\$161.233 mdp) (1.1% y 31.7% del asignado a estos rubros respectivamente), mientras que en los gastos de mantenimiento se reporta un sobre-ejercicio de \$98.366 mdp (44.6% del asignado a este rubro). No se contó con información que documente las causas de los subejercicios (en archivo anexo se presenta un desglose del ejercicio de las principales cuentas de gasto).

Observaciones: Considerando que el Programa reporta que más del 60% de su población adscrita es beneficiaria de otros esquemas (PDHO, Seguro Popular) y dado que se contó con información parcial sobre las bases de reintegración de costos por la prestación de servicios a beneficiarios de otros esquemas de salud y del PDHO; se hace la recomendación de analizar la congruencia entre el monto reintegrado al Programa y los servicios otorgados a los beneficiarios de cada institución y/o Programas; así como ampliar las bases de reintegración de costos de acciones preventivas y comunitarias. En archivo anexo se hace un breve análisis sobre este aspecto.



IV.4.5 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- 40 Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que cuenta el programa tienen las siguientes características:
- Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada.
 - Tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables.
 - Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente.
 - Están integradas, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.

Respuesta Si

Nivel	• Los sistemas o aplicaciones informáticas del programa tienen todas las características establecidas.
4	

Justificación:

Administración del Programa: El análisis del sistema de información para la administración del Programa se basa en los sistemas de administración del IMSS.

La Norma Presupuestaria del IMSS establece las disposiciones para los distintos procesos y evaluación de los recursos del Instituto. La Dirección de Finanzas del IMSS (DF) es la responsable de integrar y elaborar el anteproyecto de presupuesto, el presupuesto, sus modificaciones y evaluaciones, establece lineamientos y mecanismos, para el proceso de planeación, programación y presupuestación, ejercicio, control y seguimiento del gasto institucional, por medio del Modelo Financiero del Sistema PREI, que es la aplicación financiera que utiliza el IMSS para administrar la información sobre las principales áreas funcionales de la institución y está organizado en 6 módulos: Contabilidad, Cuentas por pagar, Presupuestos, Activo fijo, Tesorería, Información directiva y marcador balanceado. La DF genera y administra un catálogo de cuentas contables único, lo que con el uso de una sola plataforma tecnológica garantiza la integridad y seguridad de la información. La DF establece las atribuciones del personal facultado para aprobar presupuestos y trámites de pago, así como responsabilidades para la conciliación, integración y depuración de cuentas contables. La implementación del PREI inició en 2002 y se consolidó en 2005 y se ha actualizado desde entonces.

Operación del Programa: Los sistemas de información son: SISPA que incluye población adscrita, recursos físicos y provisión de servicios de Atención Médica y Acción Comunitaria; SUAVE; SISMOR y SEHO. El PROVAC para medir coberturas de vacunación en forma nominal, actualmente no está vigente. Todos estos sistemas se actualizan de manera permanente y se establecen cortes anuales para fines de diagnóstico y planeación, conocidos por el personal involucrado en las reuniones periódicas de planeación y seguimiento del Programa.



IV.4.6 CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS

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

Justificación:

El avance de los 22 indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados fue en general satisfactorio. Para los indicadores de Fin y de Propósito, las cifras mostraron un amplio diferencial respecto a las metas, que por esta razón resultan poco útiles como referente para la evaluación de los avances; a pesar de que éstas han sido estimadas de acuerdo al objetivo de reducción anual de 1.5 puntos porcentuales (pp) para la mortalidad en menores de 5 años y 0.7 pp para mortalidad infantil, son demasiado laxas para los valores reales que el Programa alcanza; estos dos indicadores han mostrado una evolución estable con pequeñas diferencias en el período 2007-2011. La tasa de la mortalidad materna hospitalaria disminuyó de manera relevante en el año 2011 respecto al año previo en casi 9 pp. y su meta también es excesivamente laxa. Los indicadores de servicios y gestión tuvieron un comportamiento acorde con las metas. De los indicadores de Componente (Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños de un año en población amparada por IMSS-Oportunidades, Logro porcentual de detección de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 a 64 años y Cobertura de protección anticonceptiva postparto), el primero, que muestra un descenso brusco en 2011 (23.6%), no es valorable debido a la falta de disponibilidad del PROVAC 5.0 por encontrarse en adecuaciones; el informe de Cuenta Pública 2010 confirma lo poco valorable de este indicador al reportar el dato de 2008 como información para el año. El segundo indicador se ha mantenido superando la meta en el período 2007-2011, aunque con un discreto descenso en el último año; el tercero se ha mantenido estable en los 5 años evaluados y ha cumplido su meta. De los 17 indicadores de Actividad, sólo dos de ellos (Porcentaje de ocupación hospitalaria y Porcentaje de suministro de medicamentos en relación a medicamentos solicitados) mostraron valores por debajo de su meta y presentaron un retroceso respecto al año previo. El primero fue afectado por la baja proporción de ocupación en 8 Hospitales Rurales que iniciaron operaciones en 2011, con una disminución de 10 pp y 7 menos que la meta de 80%. En el de abasto de medicamentos, tuvo una reducción de 5 pp, dos por debajo de la meta, por lo que se requerirá resolver el problema de los medicamentos que carecen de surtimiento mediante estrategias de suministro consideradas por el Programa.



IV.4.7 RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

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

- a) Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.
- b) Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics.ión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).
- c) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics.
- d) La dependencia o entidad que opera el Programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Respuesta Si

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

Justificación:

La página de IMSS –Oportunidades está inserta en la página principal del IMSS. Las ROP 2012 están disponibles en su página electrónica:

<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/principal.aspx> a menos de tres clics de la página principal del Programa. Los principales resultados del Programa se encuentran en el apartado de Información Estadística, comprendiendo datos de población adscrita e infraestructura y consultas otorgadas para 2010 y los indicadores de seguimiento, evaluación y gestión del programa sí como de los indicadores del PASH para 2011 (a menos de tres clics).

La página electrónica del Programa cuenta con un directorio de funcionarios, pero no se encuentra específicamente un teléfono o correo electrónico para dar información u orientación tanto a beneficiarios como a la población en general.

Para 2011, el Programa contó con una modificación de respuesta como contestación a un recurso de revisión interpuesto ante el IFAI, que se corrobora con el Artículo 50 Inciso IV de de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, en el que se indica que el recurso procederá cuando: "El solicitante considere que la información entregada es incompleta o no corresponda a la información requerida en la solicitud".



IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

- 43 El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características:
- a) Su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.
 - b) Corresponden a las características de sus beneficiarios.
 - c) Los resultados que arrojan son representativos.

Respuesta No

Justificación:

El Programa no cuenta con instrumentos de recolección de información para la medición de los diferentes aspectos de satisfacción de sus usuarios. Sin embargo, existen mecanismos que permiten identificar de manera indirecta esta dimensión de los resultados del Programa: 1) Las ROP 2011, refieren que el Programa cuenta con un mecanismo de Contraloría Social que promueve la participación ciudadana con el fin de verificar y dar seguimiento a servicios y apoyos, para que se otorguen con oportunidad y calidad y conocer la satisfacción de los usuarios para instrumentar acciones de mejora. Asimismo se señala que en los servicios de salud hay buzones para la recepción de quejas o comentarios de la población atendida y describen los mecanismos para la solución de ellos, manteniendo informada a la comunidad, a través de los Mecanismos, Instancias y Canales de Expresión Ciudadana que pueden ser ya sea en forma personal o con escritos, vía telefónica o vía electrónica; para ello se proporcionan los teléfonos y direcciones electrónicas para realizar directamente las quejas o denuncias. En este procedimiento no se utilizan instrumentos ya que la información se obtiene en formato libre o incluso puede ser en forma oral. Por su parte, la MIR 2011 incluye dentro del nivel de componente de indicadores de calidad, en "Acción Comunitaria" el indicador "Porcentaje de quejas resueltas en relación al total de quejas recibidas", cuya fuente de información es el SISPA y que para el año 2011 fue del 84%. 2) En el componente "Atención Médica" y en el nivel de Objetivo Producto o Servicio se reportan 5 indicadores relacionados con la satisfacción de usuarios en términos de tiempo de espera, trato recibido y entrega de medicamentos en las distintas unidades de atención del Programa, cuya fuente es el Sistema de Indicadores de Calidad (INDICA); sin embargo no se encontró documentado el procedimiento para obtener la información para su registro. No se reporta la metodología del análisis de las respuestas para conocer satisfacción de los usuarios.



IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

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

- a) Con indicadores de la MIR.
- b) Con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto.

Justificación:

El principal sustento documental de los resultados de Fin y Propósito del Programa son los indicadores de la MIR, que tiene varias fortalezas que la confirman como referente para documentar los resultados del Programa: a) deriva de un extenso análisis por parte de las diferentes áreas directivas de la administración del Programa mediante la construcción de los Árboles del Problema (causas y consecuencias que el Programa busca resolver) y de Objetivos (para el Área Médica y de Acción Comunitaria); b) tiene como referente la vinculación programática con el PND 2007-2012 y el Plan Estratégico Institucional; y c) considera los hallazgos de la “Evaluación Externa de los Resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2007”. Respecto a los indicadores, sus cualidades más importantes para darles validez como instrumentos de evaluación interna del Programa son: a) identifican el cumplimiento de metas específicas de resultado; b) son congruentes con los objetivos del programa; c) son específicos para cada nivel de objetivo (Fin y Propósito).

Otros sustentos documentales son evaluaciones externas: 1) La Evaluación Integral 2004-2005 incluye un capítulo de evaluación de impacto en el que se analizó mediante modelaje el resultado en mortalidad infantil, materna y hospitalaria, así como en indicadores para medir el impacto social y económico; 2) las EED 2008, 2009-2010 y 2010-2011; cabe hacer notar que la fuente de información para las EED en este aspecto ha sido la MIR correspondiente al año evaluado. La realización de las EED obedece al cumplimiento de la obligatoriedad de las mismas establecido por la Federación en los PEF y los Programas Anuales de Evaluación correspondientes. El Programa no cuenta con evaluaciones exclusivas de impacto ni existe evidencia de documentación de sus resultados a partir de información de otros estudios.



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

Respuesta Si

Nivel	• Hay resultados positivos del programa a nivel de Fin o de Propósito.
2	

Justificación:

El indicador de Fin (Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años del Programa IMSS-Oportunidades) sólo mostró reducción de 1.3 puntos porcentuales (pp) en el período 2007-2010, para elevarse en 0.9 pp a 2011. Su comportamiento es muy similar al indicador de Propósito Tasa de mortalidad infantil que con ligeras variaciones en el período 2007-2011, permaneció sin cambios entre el primero y último año registrado. En contraste, la razón de mortalidad materna hospitalaria tuvo en los últimos 3 años una reducción de más de 60% al descender 14.3 pp en el año 2011 respecto al 2009.

La interpretación diferenciada en los dos niveles de objetivo (Fin y Propósito) es difícil y poco real ya que los tres indicadores representan un mismo nivel de desenlace (mortalidad), por lo que todos deberían ubicarse como indicadores de Fin, lo que ya se establece así en las ROP 2012. Para el análisis actual el nivel de Fin no manifiesta un efecto demostrable del Programa, aunque desde el inicio del período la tasa ha sido considerablemente baja tomando en cuenta que corresponde a población en condición de desventaja en salud. Lo mismo es aplicable en el nivel de Propósito para la tasa de mortalidad infantil, aunque hubo un importante descenso de la mortalidad materna en el último año, indicador muy sensible para medir la intervención del Programa. Este indicador respalda su impacto a nivel de Propósito, lo que es destacable en virtud de ser ésta una de las prioridades en salud del Programa y Meta del Milenio.

Existen varios factores que pueden afectar la confiabilidad de los indicadores de mortalidad en niños para obtener estimaciones reales de efecto del programa; uno de ellos es la modificación en los criterios de notificación de defunciones y de captura en el sistema en el año 2006 y que al parecer eleva el registro datos del SISMOR, que es la fuente de la información para el cálculo de los resultados, como se indica en el apartado de "información disponible" de la Ficha Técnica 2011 del indicador de mortalidad infantil del PASH; otro factor es la falta de descenso real por tener desde la línea base valores bajos en las defunciones representadas por muertes no prevenibles, lo que estabiliza el indicador. Para mortalidad materna, la fuente de información es también el SISMOR, aunque en este caso se agrega el Sistema de Vigilancia Epidemiológica activa de la mortalidad materna que se captura en forma sectorial; además, este indicador mide mortalidad hospitalaria por lo que la identificación de cada muerte es muy precisa. Los resultados son vigentes ya que las fuentes de información están actualizadas a 2011.



46 En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s) que no sea(n) de impacto y que permite(n) identificar hallazgo(s) relacionado(s) con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:

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

Respuesta Si

Nivel	• El programa cuenta con evaluación(es) externa(s), que no son de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, y tiene(n) tres de las características establecidas.
3	

Justificación:

La primera evaluación externa documentada del Programa que analiza resultados relacionados con el Fin y el Propósito del Programa fue la Evaluación Integral 2004-2005; aunque no es una evaluación propiamente de impacto se incluye un capítulo con este enfoque, en el que se realiza análisis multivariado a través de modelos explicativos para mortalidad infantil, materna y hospitalaria en el componente de Atención Médica, para Índice de Desarrollo Humano en Acción Comunitaria y para esperanza de vida por nivel de ingresos para el impacto general del Programa. La evaluación compara los dos años señalados y si bien muestra datos interesantes, su limitante es que se basa en información secundaria de bases de datos epidemiológicos que estiman los efectos sobre las variables mediante supuestos de las relaciones entre las mismas y de un conjunto de variables explicativas seleccionadas a través de criterios de los propios evaluadores y se consideran como grupos de comparación beneficiarios usuarios y no usuarios del programa. Por lo anterior, la interpretación de los datos puede estar sesgada por la falta de selección de criterios objetivos, así como por no partir de datos directamente obtenidos de la población objetivo.

Se cuenta asimismo con las EED de los años 2008, 2009-2010 y 2010-2011, que identifican únicamente los avances de indicadores seleccionados de Fin y Propósito derivados de la Matriz de Indicadores del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda, pero en las que no se efectúa un análisis detallado de resultados, por lo que puede considerarse solo como un reporte descriptivo de la evolución de dichos resultados, sin que sea posible mayor interpretación.



- 47 En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s), diferente(s) a evaluaciones de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Justificación:

En la Evaluación Integral 2004-2005 los resultados fueron derivados de los modelos explicativos y reportaron que el período fiscal 2005 tuvo mejores resultados de impacto, con respecto al período fiscal 2004, en los tres indicadores de Fin y Propósito del Programa: se infirió a una disminución del 57.3% en mortalidad infantil, en 2005 se logró reducir la mortalidad materna en poco más del 7% y el conjunto de acciones correlacionadas con la mortalidad hospitalaria alcanzó una efectividad mayor en alrededor de 19%, con respecto al ejercicio fiscal 2004. Las áreas de oportunidad identificadas fueron: 1) la necesidad de analizar la metodología para el establecimiento de metas presupuestales, 2) se requiere identificar el motivo del bajo abastecimiento en algunas Delegaciones, 3) se hace prioritario continuar con una oportuna, eficiente y focalizada distribución del presupuesto para garantizar una mayor efectividad de la acción de salud reproductiva y materno infantil, 4) se sugiere redefinir la estrategia dirigida a "promover el autocuidado de la salud integral de las mujeres a fin de mejorar su calidad de vida", para cumplir con su efectividad. 5) es importante que se promueva la interrelación y la capacitación de médicos tradicionales y parteras rurales para favorecer su vínculo con la comunidad 6) es necesario fortalecer la capacitación de todo tipo de voluntario de la comunidad, incluyendo a las parteras tradicionales y a los médicos tradicionales, 7) Es necesario consolidar el SISPA.

Por su parte, las EED reportaron, para el año fiscal 2008, avances muy favorables, aunque recomendó incorporar nuevos indicadores de Fin y definir y cuantificar las Poblaciones Potencial y atendida. En la EED 2009-2010 se documentó descenso en mortalidad infantil y de menores de 5 años aunque se consideró la posibilidad de subregistro, mientras que se reportó un importante descenso en la mortalidad materna; se identificaron como áreas de mejora definir su Población Objetivo y Potencial; actualizar su Censo Nominal para poder hacer estimaciones más precisas de sus necesidades y de las coberturas de sus programas; adecuar sus indicadores para medir la necesidad, utilización y calidad de sus acciones. Para el año 2010, la EED documenta a partir del Informe de Resultados 2010 que "Durante 2010, la tasa de mortalidad infantil en niñas y niños menores de 5 años donde tiene presencia el Programa se mantuvo en niveles menores a lo esperado"; además reporta que "la razón de mortalidad materna tuvo un incremento importante en 2009 respecto a 2008 (al pasar de 16.4 a 21.4 muertes ocurridas en unidades médicas del Programa por cada mil nacidos vivos en dichas unidades), disminuyendo en 2010 a 15.9". Sobresale, también, que la tasa de mortalidad infantil en 2010 se mantuvo al mismo nivel de 2009, en un nivel claramente inferior a los que se presentaron en 2007 y 2008; las áreas de oportunidad fueron: 1) ampliar la cobertura del Programa y mejorar la calidad de sus servicios, 2) seguir llevando a cabo acciones que permitan integrar los procesos operativos, facilitar los flujos de información y los mecanismos de coordinación entre niveles de la estructura, 3) avanzar en la preparación e integración de información que permita realizar evaluaciones externas de impacto.



- 48 En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:
- I. Se compara un grupo de beneficiarios con uno de no beneficiarios de características similares.
 - II. La(s) metodología(s) aplicadas son acordes a las características del programa y la información disponible, es decir, permite generar una estimación lo más libre posible de sesgos en la comparación del grupo de beneficiarios y no beneficiarios.
 - III. Se utiliza información de al menos dos momentos en el tiempo.
 - IV. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados.

Respuesta No

Justificación:

El Programa no cuenta con información de evaluaciones de impacto en salud (EIS), ya sean nacionales o internacionales. Por otro lado, a la fecha actual, el Programa no ha planeado la realización de una evaluación de impacto, aunque cuenta con información suficiente de resultados para llevarla a cabo. Se sugiere hacer una revisión detallada sobre las metodologías y experiencias de EIS disponibles en la literatura que sirvan de base en la elaboración del proyecto para el Programa así como para su adecuada ejecución.

En México existen experiencias de evaluaciones de impacto. Ejemplos de ellas es la Evaluación Externa de Impacto del Programa Oportunidades 2003, realizada por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en la que se presenta el capítulo de la evaluación del impacto de Oportunidades en la mortalidad materna e infantil y se reporta que la incorporación al Programa Oportunidades está asociado a una reducción de 11% en la mortalidad materna y 2% en la mortalidad infantil.

La Evaluación del Impacto de la Reforma Mexicana de Salud 2001-2006: Un informe inicial, es otro ejemplo de la aplicación de metodología de las EIS que, a través del marco conceptual de los sistemas de salud, se evaluaron varios conjuntos de datos para la evaluación del impacto de la Reforma.

Un estudio más reciente es la Evaluación Externa de Impacto del Programa Oportunidades 2001-2006 en el que se presenta tanto la metodología utilizada como los resultados del impacto que ha tenido el Programa en el bienestar de las familias.

En el archivo adjunto se incluyen experiencias internacionales relevantes.



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

Justificación:

El Programa no cuenta con información de dichos estudios.



50 En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, inciso d) de la pregunta 44, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones:

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

Respuesta No

Justificación:

De acuerdo a la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, se señala la necesidad de realizar una evaluación de impacto. El Programa coincide con este señalamiento y se encuentra realizando la planeación para realizarla. No se encuentra documentado el avance de este proyecto.



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

Respuesta No

Justificación:

El Programa no cuenta con evaluaciones de impacto.



Conclusiones

Tema 1. Diseño del Programa.

El Programa IMSS-Oportunidades cuenta con un diseño sólido para dar respuesta a las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad. Identifica el problema que busca resolver en el documento de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), en el la que se establece el Árbol del Problema con dimensiones coherentes, que pueden mejorarse al delimitarlo a los determinantes epidemiológicos y sociales para separarlos de los problemas de operación del Programa, así como con la incorporación de elementos que proporcionen la perspectiva de género.

La integración de la atención en unidades médicas y acciones en comunidades que sustentan el MAIS, permite el cumplimiento de sus objetivos, que son coherentes con los nacionales y sectoriales para la protección de la salud a las poblaciones más marginadas del país. El Propósito del Programa se vincula además con cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con salud, en forma directa con dos de las Metas.

Un problema en el que el Programa ha trabajado en forma permanente para resolver ha sido la definición de sus Poblaciones Potencial, Objetivo y Beneficiaria plasmadas en las Reglas de Operación (ROP) y que para 2011 aún presentan ciertas inconsistencias, por lo que en las ROP 2012 se modifican para hacerlas más precisas.

El Programa ha realizado avances sustanciales en relación a la definición y cuantificación de Población Objetivo y Beneficiaria. Sin embargo, quedan algunos aspectos que se requiere modificar para que sean las definiciones óptimas, quedando pendiente la valoración de la factibilidad de cuantificar la Población Potencial. El Padrón de Beneficiarios del Programa puede constituirse en una herramienta para toma de decisiones administrativas y técnicas irremplazable y el reto actual más importante se refiere al establecimiento de criterios para su actualización, así como del trámite rutinario de adscripción. El segundo punto es la vinculación del Padrón de Beneficiarios a un sistema nominal de uso de los servicios médicos y no-médicos del Programa.

El resumen narrativo de la MIR está fundamentado mediante el Marco Lógico. Las fichas técnicas de los indicadores que la integran contienen información completa y la mayor parte son adecuados; en cuanto a las metas, aún es necesario ajustar sus valores, principalmente para los indicadores de Fin y Propósito, para hacerlos congruentes con el comportamiento de los indicadores.

Tema 2. Planeación y Orientación a Resultados del Programa.

El Plan Estratégico 2010-2012 es una fortaleza del Programa ya que está sustentado en el diagnóstico de las Prioridades en Salud para establecer los ejes rectores de las acciones de planeación, así como las estrategias y procesos sustantivos del Programa en el corto y mediano plazo.

Los informes de las evaluaciones externas han sido utilizados de manera regular para el análisis y mejora de la gestión y resultados del Programa, lo que ha permitido responder satisfactoriamente a los Aspectos Susceptibles de Mejora en los últimos años para lograr los resultados establecidos. Dado el grado de avance mostrado, es posible recomendar la realización de evaluaciones externas de impacto que darían mayor impulso al Programa para la identificación e implementación de estrategias programáticas más efectivas y factibles.

Tema 3. Cobertura y Focalización del Programa.

El Programa cuenta con estrategias adecuadas de cobertura de su Población Objetivo y de las diferentes acciones tanto de Atención Médica como de Acción Comunitaria. Existen procedimientos detallados para definir las metas de cobertura; sin embargo, es necesario sustituir el uso de la población adscrita por Población Objetivo como denominador de las metas, para garantizar la medición adecuada de la cobertura. La cobertura de Población Atendida respecto de la Población Objetivo es del 89%. Asimismo, el Programa define mecanismos de focalización indirectos, que identifican a la Población Objetivo mediante la inclusión de localidades con índice de alta y muy alta marginación, dirigido a los



mexicanos que carecen de seguridad y que cuentan con infraestructura del IMSS-Oportunidades.

Tema 4. Operación del Programa.

La operación del Programa es una fortaleza que refleja la consolidación de los procesos de provisión de servicios. Para asegurar una adecuada operación, se dispone del Sistema de Información a la Salud para Población Abierta; en él se realiza un registro permanente de los servicios atención a la salud preventivos y curativos otorgados en las unidades médicas así como de las acciones comunitarias. Una característica del Programa que debe destacarse es su perspectiva de equidad en la provisión al no establecer criterios de selección ni procesos de incorporación, lo que facilita el acceso a los servicios. Los procedimientos para el otorgamiento de los servicios son completos para los dos componentes del Programa y se cuenta con mecanismos de supervisión bien organizados, lo que permite el cumplimiento de los procesos en forma estandarizada para una apropiada operación, que es supervisada mediante mecanismos bien organizados en los distintos niveles de conducción y los sistemas de vigilancia epidemiológica y sistemas automatizados de información.

En relación a los sistemas de información sobre la administración y operación del Programa, se puede concluir que se cuenta con un sistema de información integral y oportuna. Se observa que esta información es utilizada rutinariamente para el control y supervisión del uso de recursos, así como para la rendición de cuentas; sin embargo se percibe que su explotación es incipiente para fines de planeación, innovación, monitoreo y evaluación técnicas del Programa.

El avance de los 22 indicadores seleccionados de la MIR es en general satisfactorio, aunque hay que señalar que los indicadores de Fin y Propósito muestran un amplio diferencial en relación a las metas propuestas que por este motivo son poco útiles como referente para su evaluación.

Tema 5. Percepción de la Población Atendida por el Programa.

Se observan avances muy importantes en relación a la rendición de cuentas y promoción de la participación de la población en el mejoramiento del Programa, al establecer la Contraloría Social para conocer algunos aspectos de satisfacción de la población atendida. La falta de instrumentos de medición de esta dimensión es un reto que el Programa tendrá que asumir para mejorar la provisión de los servicios que otorga.

Tema 6. Resultados del Programa.

Dado que el principal sustento documental de los resultados de Fin y Propósito del Programa en los últimos cinco años han sido los indicadores de la MIR, que las Evaluaciones Específicas de Desempeño realizadas han utilizado como referente para sus análisis, la realización de evaluaciones externas de impacto es una prioridad que debe considerarse para orientar de manera sustentada las estrategias del Programa para el mediano y largo plazos.



Bibliografía

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
1	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
1	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
2	Arbol de problema del programa	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	01/02/2011	Documento interno
2	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
2	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano de Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
3	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR _ IMSS-Oportunidades, Versión 2011
3	Otros	Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos	Gusso G.	2004		SEMERGEN 2004;30(8):408-10.
3	Otros	Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).	Pan American Health Organization.	2007		Washington, DC:PAHO
3	Otros	Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature.	Aldana SG	2001		AJHP 2001;15(5):296-
3	Otros	Empowered women from rural areas of Bolivia promote community development.	Ríos R, Olmedo C, Fernández L.	2007		Promotion & Education 2007;2:83-84
3	Otros	Effectiveness of a Household Environmental Health Intervention Delivered by Rural Public Health Nurses.	Butterfield P, Wade H, Postma J, Buttefield PW, Odom-Marion T.	2011		Am J Public Health. 2011;101:S262–S270.
3	Otros	Contribution of primary care to health systems and health.	Starfield B, Shi L, Macinko J.	2005		Milbank Q 2005;83(3):457-
3	Otros	Evaluation of community-based interventions for non-communicable diseases: experiences from	Krishnan A, Ekowati R, Baridalyne N, Kusumawardani N, Suhardi, Kapoor SK,	2011		Health Promotion International 2011;26(3):276-89.



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		India and Indonesia.	Leowski J.			
3	Otros	Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina.	Organización Panamericana de la Salud	2008		Washington, DC.:OPS, 2008.
3	Página de Internet	Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.	Ministerio de Salud de Perú	2004		http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp
3	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
4	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-OPORTUNIDADES	2010		Documento interno
4	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Programa Sectorial de Salud 2007-2012	Secretaría de Salud	2007	30/11/2007	Secretaría de Salud, Primera Edición. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf
4	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Instituto Mexicano del Seguro Social. Misión del IMSS.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	2012	08/02/2012	Instituto Mexicano del Seguro Social. Misión del IMSS. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/instituto
5	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS Oportunidades	2010		Documento interno
5	Plan Nacional de Desarrollo (PND)	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.	Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República	2007		Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007
5	Programas Sectoriales, Especiales y/o Institucionales	Programa Sectorial de Salud 2007-2012.	Secretaría de Salud	2007	30/11/2007	Secretaría de Salud, Primera Edición. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf
5	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
6	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS Oportunidades	2010		Documento interno
6	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
6	Objetivos y Metas del Milenio	Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	Organización de las Naciones Unidas	2010	15/06/2010	MDG Report 2010 Es 20100612 r9.indd 3. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/poverty.shtml
6	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
7	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
7	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. IMSS-Oportunidades. Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011.	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
7	ROP o documento normativo	Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
8	Padrón de beneficiarios	Manual del Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
8	ROP o documento normativo	Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
9	Otros	Manual del Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
9	Padrón de beneficiarios	Hoja de Registro	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
9	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
10	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
10	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
11	Fichas técnicas	Fichas Técnicas de los Indicadores. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documentos Oficiales
11	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
11	Otros	Definition of rates: Some remarks on their use and misuse.	Elandt-Johnson RC.	1975		Am J Epidemiol 1975;102(4):267-271.
11	Página de Internet	Child Mortality	World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository	2011		http://apps.who.int/ghodata/?vid=1320
11	Sistemas o herramientas de planeación	Instructivo de Presupuestación de Metas 2011. Ámbitos rural y urbano. Versión final.	Programa IMSS-Oportunidades	2010	31/05/2010	Documento interno
12	Documentos de Trabajo e Institucionales	Evaluación de Consistencia y Resultados (ECR) 2011-2012. Comentarios al Segundo Informe	Programa IMSS-Oportunidades	2012	30/03/2012	Documento interno
12	Fichas técnicas	Fichas Técnicas de los Indicadores. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social	2011		Documentos Oficiales
12	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
12	Sistemas o herramientas de planeación	Instructivo de Presupuestación de Metas 2011. Ámbitos rural y urbano. Versión final.	Programa IMSS-Oportunidades	2010	31/05/2010	Documento interno
13	Bases de datos y/o Sistemas de información	Inventario 2011.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.	2011		Documento Oficial
13	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
14	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
14	Fichas técnicas	Tasa de Mortalidad Infantil en Población amparada por IMSS-Oportunidades	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social.	2011		Documento Oficial
14	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
15	Documentos oficiales	Informe de Labores 2008-2009 y Programa de Actividades 2009	Instituto Mexicano del Seguro Social	2009	30/09/2009	Centésima Asamblea General Ordinaria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Septiembre 2009.



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
15	Documentos oficiales	Informe de Labores 2009-2010 y Programa de Actividades 2010.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010		Primera Edición 2010. Instituto Mexicano del Seguro Social.
15	Documentos oficiales	Informe de Labores julio de 2007 a marzo de 2008 y Programa de Actividades para 2008.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2008	30/06/2008	Dirección General. XCIX Asamblea General Ordinaria. Ciudad de México, Junio 2008.
15	Otros	Anexo al Oficio No. 2715_Enero_Agosto_Table ro.	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/08/2010	Documento oficial
15	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
16	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora 2009.	Programa IMSS-Oportunidades	2010	31/07/2010	Documento interno
16	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional: Proceso de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades 2007.	Programa IMSS-Oportunidades	2008	27/12/2008	Documento interno
16	Documentos de Trabajo e Institucionales	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Clasificados Como Específicos, Derivados de Informes y Evaluaciones Externas	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
16	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora 2010	Programa IMSS-Oportunidades	2011	30/04/2011	Documento Oficial
16	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008.	Instituto Nacional de Salud Pública	2009	31/03/2009	Documento Oficial
16	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009		Documento Oficial
16	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010		Documento Oficial
16	Informes de evaluaciones externas	Evaluación externa a los resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007.	INNOVA Cónsul, S.C.	2008	31/03/2008	Informe preliminar, Capítulo Diseño.
16	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
16	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.				
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2009	Programa IMSS-Oportunidades	2010	31/07/2010	Documento Interno
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Avance de Trabajo del Programa	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades 2007	Programa IMSS-Oportunidades	2008	30/12/2008	Documento interno
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora 2009.	Programa IMSS-Oportunidades	2010	30/04/2010	Documento interno
17	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2008.	Programa IMSS-Oportunidades	2009	31/07/2009	Documento interno
17	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Avance sobre los Aspectos Susceptibles de Mejora 2008	Programa IMSS-Oportunidades	2008		Documento interno
17	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora 2009	Programa IMSS-Oportunidades	2009		Documento interno
17	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora 2010	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
17	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa a los Resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007.	Innova Cónsul S.C.	2008	29/03/2008	Documento Oficial
17	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008	Instituto Nacional de Salud Pública	2008		Documento Oficial
17	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	16/08/2010	Documento Oficial
17	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009		Documento Oficial
17	Mecanismos de los ASM	Mecanismo para el Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de Evaluaciones 2008	Unidad IMSS-Oportunidades	2008		Documento interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora clasificados como específicos, derivados de Informes y Evaluaciones Externas 2010	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento Interno



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Mecanismo para el Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de Evaluaciones 2008	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2009		Documento Interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de las Evaluaciones Externas 2009	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento Interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de las Evaluaciones Externas 2007	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2008	18/12/2008	Documento Interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades 2007.	Programa IMSS-Oportunidades	2008	30/12/2008	Documento interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2008.	Programa IMSS-Oportunidades	2009	31/07/2009	Documento interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional Seguimiento a los Aspectos Susceptibles De Mejora 2010	IMSS-Oportunidades	2011	30/04/2011	Documento Interno
18	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011.	Programa IMSS-Oportunidades	2011	30/06/2011	Documento interno
18	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa a los resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007. Informe preliminar Capítulo Diseño	INNOVA Cónsul, S.C.	2008	31/08/2008	Documento Oficial
18	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008	Instituto Nacional de Salud Pública	2009	31/03/2009	Documento Oficial
18	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.	2010		Documento Oficial
19	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora	Programa IMSS-Oportunidades	2010	30/04/2010	Documento interno
19	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Mecanismo para el Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de Evaluaciones 2008	Unidad IMSS-Oportunidades	2008		Documento Interno
19	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2008 Programa IMSS-Oportunidades	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009	31/07/2009	Documento Oficial



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
19	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	15/08/2011	Documento Oficial
19	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008.	Instituto Nacional de Salud Pública	2009	31/03/2009	Documento Oficial
19	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2007	Innova Cónsul, S.C.	2008	31/03/2008	Documento Oficial
19	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2008		Documento Oficial
19	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011	30/06/2011	Documento Interno
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional Seguimiento a los Aspectos Susceptibles De Mejora 2010	Programa IMSS-Oportunidades	2011	30/04/2011	Documento Interno
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2008 Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2009	31/07/2009	Documento Interno
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de la Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades 2007	Programa IMSS-Oportunidades	2008	31/12/2008	Documento Interno
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Trabajo del Programa Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de las Evaluaciones Externas 2007	Programa IMSS-Oportunidades	2008	12/12/2008	Documento Interno
20	Documentos de Trabajo e Institucionales	Documento de Posición Institucional. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora 2009	Programa IMSS-Oportunidades	2010	30/04/2010	Documento Interno
20	Documentos derivados de los Mecanismos de los ASM	Mecanismo para el Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora Derivados de Evaluaciones 2008	Unidad IMSS-Oportunidades	2009		Documento Interno
20	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2008		Documento Oficial



Programa IMSS-Oportunidades

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
20	Informes de evaluaciones externas	Evaluación externa a los resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007. Informe preliminar Capítulo Diseño	INNOVA Cónsul, S.C	2008	30/04/2008	Documento Oficial
20	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008.	Instituto Nacional de Salud Pública	2009	31/03/2009	Documento Oficial
20	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	16/08/2010	Documento Oficial
21	Fichas técnicas	Fichas Técnicas de los Indicadores. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documentos Oficiales
21	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
22	Fichas técnicas	Fichas técnicas de los indicadores del PASH (Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda)	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documentos Oficiales
22	Manuales de operación	Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primer nivel del programa IMSS-Oportunidades 2011. Instituto Mexicano del Seguro Social- Programa IMSS-Oportunidades, 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
22	Manuales de procedimientos	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	2011		Documento interno
22	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades, versión 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
22	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social- Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011	29/12/2011	Diario Oficial de la Federación
23	Documentos oficiales	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
23	Fichas técnicas	Fichas Técnicas de los Indicadores. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social.	2011		Documento Oficial



Programa IMSS-Oportunidades

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
23	Manuales de procedimientos	Instructivo de Presupuestación de Metas 2011. Ámbitos Rural y Urbano. Versión final	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/05/2011	Documento interno
23	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
24	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
24	Documentos oficiales	Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009	05/11/2009	http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/revista-inter/Revista%20Digital%20Doctos/RE_02_Art3.pdf
24	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
25	Bases de datos y/o Sistemas de información	Relación de Unidades con Población a diciembre de 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011	29/12/2011	Archivo interno del Programa IMSS-Oportunidades
25	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2011	15/08/2011	Documento Oficial
25	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación.
26	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
26	Manuales de operación	Guía técnica para la reactivación del CARA	Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades	2005	31/05/2005	Coordinación de Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.
26	Manuales de procedimientos	Modelo de Atención Integral a la salud Ginecológica con Énfasis en Cáncer Cérvico-Uterino.	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/03/2011	Coordinación de Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.
26	Manuales de procedimientos	Manual de procedimientos de enfermería en hospitalización adultos para Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades.	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2010	05/05/2010	Documento Interno



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
26	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
26	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
27	Bases de datos y/o Sistemas de información	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	22/02/2012	Documento interno
27	Manuales de procedimientos	Manual el Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
27	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
28	Formatos	Instructivo para el registro de información en unidades médicas de Primer Nivel del Programa IMSS-Oportunidades 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
28	Manuales de procedimientos	Manual del Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
28	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
29	Formatos	Instructivo para el registro de información en unidades médicas de Primer Nivel del Programa IMSS-Oportunidades 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
29	Manuales de operación	Manual del Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
29	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
29	Sistemas o herramientas de planeación	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento interno
30	Bases de datos y/o Sistemas de información	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento interno
30	ROP o documento normativo	ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	29/12/2011	Diario Oficial de la Federación



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012.				
30	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
31	Formatos	Hoja de Registro	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
31	Manuales de operación	Manual del Sistema Padrón	Programa IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
31	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
32	Bases de datos y/o Sistemas de información	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento interno
32	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010- 2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
32	Manuales de operación	Guía Operativa para el Fortalecimiento para la Atención Integral de la Diabetes Mellitus: Promoción, Prevención y Atención Médica	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/05/2011	Documento interno
32	Manuales de operación	Guía técnica para la reactivación del CARA	Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades	2005		Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social
32	Manuales de procedimientos	Modelo de Atención Integral a la salud ginecológica con énfasis en cáncer cérvico uterino	Programa IMSS-Oportunidades	2011		2a. Edición. Coordinación de Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.
32	Manuales de procedimientos	Procedimientos para la participación con los grupos de voluntarios del Programa IMSS-Oportunidades.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	Documento interno
32	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
33	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
33	Manuales de operación	Guía Operativa para el Fortalecimiento para la Atención Integral de la Diabetes Mellitus: Promoción, Prevención y Atención Médica	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/05/2011	Documento interno
33	Manuales de operación	Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primer nivel del Programa IMSS-Oportunidades 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Programa IMSS-Oportunidades. Instructivo de llenado de formatos 2011
33	Manuales de operación	Guía técnica para la reactivación del CARA	Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades	2005		Coordinación General de Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.
33	Manuales de procedimientos	Procedimientos para la participación con los grupos de voluntarios del Programa IMSS-Oportunidades.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	05/05/2011	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx .
33	Manuales de procedimientos	Modelo de Atención Integral a la Salud Ginecológica con Énfasis en Cáncer Cérvico Uterino	Programa IMSS-Oportunidades	2011		2a. Edición. Coordinación de Comunicación Social
33	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
34	Bases de datos y/o Sistemas de información	Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primer nivel del Programa IMSS-Oportunidades 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
34	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMS-Oportunidades	2010		Documento interno
34	Manuales de procedimientos	Procedimientos para la participación con los grupos de voluntarios del Programa IMSS-Oportunidades.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx .
34	Manuales de procedimientos	Procedimiento para Otorgar Atención Estomatológica en Hospital Rural	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	11/04/2011	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx .
34	Manuales de procedimientos	Procedimiento para la intervención de la Trabajadora Social en los Hospitales Rurales del Programa IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx .



Programa IMSS-Oportunidades

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
Oportunidades						
34	Manuales de procedimientos	Procedimiento de Conservación para Unidades Médicas Rurales del Programa IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx
34	Manuales de procedimientos	Procedimiento de Operación para el personal de Dietología y Nutrición en los Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx
34	Manuales de procedimientos	Procedimiento de enfermería en hospitalización adultos para Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	05/05/2010	http://intranet/Docs/Normas/listado.aspx
34	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
35	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
35	Documentos oficiales	LINEAMIENTOS del Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público.	Secretaría de Hacienda y Crédito Público	2008	24/12/2008	Diario Oficial de la Federación
35	Documentos oficiales	Memoria de Gestión 2001-2006.	Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas	2007	07/11/2007	Documento Oficial
35	Otros	Reunión Nacional con Supervisores Médicos de los Equipos de Supervisión / Asesoría Zonal de UMR - 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011	20/06/2011	Documento interno
35	Otros	Reunión Nacional de Equipos de Gestión, Multidisciplinarios y Cuerpos de Gobierno de Hospital Rural 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011	24/02/2011	Documento interno
35	Otros	Tablero de control 2011	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
35	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación.
36	Manifestación de impacto regulatorio	Dictamen regulatorio sobre ROP del Programa IMSS-Oportunidades 2011	Comisión Federal de Mejora Regulatoria.	2011	21/12/2010	Documento Oficial



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
36	Manifestación de impacto regulatorio	Dictamen regulatorio sobre ROP 2012 Of COFEME/11/3247	Comisión Federal de Mejora Regulatoria	2011	19/12/2011	Documento Oficial
36	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2009.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	2008	30/12/2008	Diario Oficial de la Federación
36	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
36	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2010.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2009	29/12/2009	Diario Oficial de la Federación
37	Página de Internet	88ª Asamblea General del IMSS	e-Gobierno y Desarrollo Tecnológico en el IMSS	2001		Gobierno de la Republica
37	Página de Internet	Poderes y entes autónomos. Ingresos Excedentes Registrados y su Aplicación.	Dirección General de Programación y Presupuesto "A"	2011		Documento Interno
37	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
38	Bases de datos y/o Sistemas de información	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento interno
38	Cuenta Pública	Informe de resultados para la Integración de la cuenta pública 2011	Unidad IMSS-Oportunidades	2011		Documento oficial
38	Documentos oficiales	Aviso por el que se da a conocer monto asignado y población objetivo del Programa IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad IMSS-Oportunidades	2011	09/03/2011	Diario Oficial de la Federación
38	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto "Ramo 19". Ejercicio 2011	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	29/03/2012	Documento interno
38	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto "Ramo 12 Segmento rural". Ejercicio 2011	Unidad IMSS-Oportunidades		29/03/2012	Documento interno
38	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de	Unidad IMSS-Oportunidades		29/03/2012	Documento interno



Programa IMSS-Oportunidades

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		gasto "Ramo 12 Segmento urbano". Ejercicio 2011				
38	Normatividad	Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.	H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	22/12/2010	Acuerdo AS3. HCT.081210/369 P.DF, 22-12-10
38	Normatividad	Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los Estados financieros básicos del ente público y características de sus notas.	Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC)	2010		Documento Oficial
38	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
39	Bases de datos y/o Sistemas de información	Informe integral Total (ámbito rural y urbano), por delegación	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento interno
39	Cuenta Pública	Informe "Resumen de resultados institucionales" para integración de Cuenta Pública Federal 2009.	Unidad IMSS-Oportunidades	2010	17/02/2010	Oficio 59-54-81-077/0333
39	Cuenta Pública	Informe "Resumen de resultados institucionales" para integración de Cuenta Pública Federal 2010.	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	17/02/2011	Oficio 59-54-81-0770/0401
39	Cuenta Pública	Informe "Resumen de resultados institucionales" para integración de Cuenta Pública Federal 2011.	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	17/02/2012	Oficio 59-54-81-0770/0388
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos 2009.	Secretaría de Hacienda y Crédito Público	2009	28/01/2009	SHCP/315-A-030
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos 2010.	Secretaría de Hacienda y Crédito Público	2011	10/02/2011	SHCP/315-A-00424
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos 2010.	Secretaría de Hacienda y Crédito Público	2010	05/01/2010	SHCP/315-A-00003
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos.	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2011	18/03/2011	CNPSS/DGPO/177 /11
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos.	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2010	08/03/2010	CNPSS/DGPO/126 /10
39	Documentos oficiales	Oficio de calendarización de ministración de recursos.	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2009	30/03/2009	CNPSS/DGPO/112 /09
39	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto. Ramo 12 segmento urbano, ejercicio 2011	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	29/03/2012	Documento interno



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
39	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto. Ramo 12 segmento rural, ejercicio 2011	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	29/03/2012	Documento interno
39	Información contable	Integración del presupuesto original y ejercido por capítulo de gasto. Ramo 19 ejercicio 2011	Unidad IMSS-Oportunidades	2012	29/03/2012	Documento interno
39	Otros	Reunión de trabajo	Unidad IMSS-Oportunidades	2011	02/11/2011	Minuta de la reunión de trabajo
39	Otros	Reunión de trabajo	Unidad IMSS-Oportunidades		20/04/2012	Minuta de la reunión de trabajo
39	Sistemas o herramientas de planeación	Anteproyecto de presupuesto 2010.	Programa IMSS-Oportunidades	2009	31/10/2009	Documento interno
39	Sistemas o herramientas de planeación	Anteproyecto de presupuesto 2011.	Programa IMSS-Oportunidades	2010	31/08/2010	Documento interno
40	Documentos de Trabajo e Institucionales	Presentación de resultados del Sistema PREI	Dirección de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social	2011		Documento Oficial
40	Manuales de operación	Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primer nivel del programa IMSS-Oportunidades 2011	Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento interno
40	Manuales de procedimientos	Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago.	Dirección de Finanzas Instituto Mexicano del Seguro Social	2009	07/07/2009	Documento interno
40	Normatividad	Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.	H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	22/12/2010	Acuerdo AS3. HCT.081210/369
40	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
41	Cuenta Pública	Resumen de Resultados Institucionales para la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2010	Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento Oficial
41	Fichas técnicas	Fichas técnicas de los indicadores del PASH (Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento Oficial
41	Fichas técnicas	Avance de los 22 Indicadores Incorporados al PASH 2011	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011		Documento Oficial
41	Informes del PASH	Avance de los 22 Indicadores Incorporados al PASH	Programa IMSS-Oportunidades	2011	31/12/2011	Documento Oficial
41	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
		Oportunidades 2011				Versión 2011
41	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
42	Documentos oficiales	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental	Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión	2002	11/06/2002	http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/244.pdf
42	Página de Internet	Página electrónica del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2012	11/04/2012	http://www.imss.gob.mx/programas/opportunidades/Pages/principal.aspx
42	Recursos de revisión	Visto para acordar el recurso de revisión	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos	2011	04/02/2011	Número de folio de la solicitud: 0064102309310
42	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
43	Informes de evaluaciones externas	Evaluación del Programa IMSS-Oportunidades. Enero – diciembre, 2003 – 2004 Informe Final	FUNSAUD	2005	31/03/2005	FUNSAUD, EVOP-IV-2004.
43	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
43	ROP o documento normativo	Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
44	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
44	Informes de evaluaciones externas	Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009		Documento Oficial
44	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Externa a los Resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el año fiscal 2007	Innova Cónsul, S.C.	2008	31/03/2008	Documento Oficial
44	Informes de evaluaciones externas	Informe Final de la Evaluación Integral del Programa IMSS-Oportunidades	Innova Cónsul, S.C.	2005	31/12/2005	Documento Oficial
44	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2011	16/08/2011	Documento Oficial



P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
44	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
44	Otros	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	17/08/2010	Documento Oficial
44	Plan Nacional de Desarrollo (PND)	Plan Nacional de Desarrollo 200-2012	Poder Ejecutivo Federal	2007		Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007
45	Documentos de Trabajo e Institucionales	Plan Estratégico del Programa IMSS-Oportunidades 2010-2012	Unidad IMSS-Oportunidades	2010		Documento interno
45	Fichas técnicas	Fichas Técnicas de los Indicadores del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH)	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social.	2011		Documentos Oficiales
45	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades	2011	28/02/2011	MML/MIR – IMSS-Oportunidades Versión 2011
45	ROP o documento normativo	ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2011	29/12/2011	Diario Oficial de la Federación
45	ROP o documento normativo	ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011.	Instituto Mexicano del Seguro Social	2010	29/12/2010	Diario Oficial de la Federación
46	Informes de evaluaciones externas	Informe Final de la Evaluación Integral del Programa IMSS-Oportunidades. Enero – Diciembre, 2004 – 2005.	Innova Cónsul, S.C.	2006		Documento Oficial
46	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2008.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.	2008		Documento Oficial
46	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2011	15/08/2011	Documento Oficial
46	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010.	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	16/08/2010	Documento Oficial
47	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2008	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2009		Documento Oficial
47	Informes de evaluaciones externas	Informe Final de la Evaluación Integral del Programa IMSS-Oportunidades 2004-2005	INNOVA Cónsul, S.C.	2006		Documento Oficial
47	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2010	16/08/2010	Documento Oficial



Programa IMSS-Oportunidades

P.	FUENTE	TITULO	AUTOR	AÑO	FECHA	DATOS.PUB.
47	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2011	15/08/2011	Documento Oficial
48	Informes de evaluaciones externas	Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006 : informe compilatorio	Cruz, Carlos; Torre García, Rodolfo de la; Velázquez, César (comp.)	2006		Instituto Nacional de Salud Pública
48	Informes de evaluaciones externas	Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2003.	Hernández Prado B, Hernández Ávila M.	2005		Instituto Nacional de Salud Pública, 1a. Edición, 2005.
48	Otros	Entrevista a responsables del Programa	Grupo evaluador	2012	28/03/2012	entrevista de trabajo
48	Otros	Evaluación del Impacto de la Reforma Mexicana de Salud 2001-2006: un informe inicial.	Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJL.	2007		Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S88-S109.
50	Informes de evaluaciones externas	Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	2011	15/08/2011	Documento Oficial



Formato del Anexo 17 "Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones"

IV.1 DISEÑO

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
La definición del Problema que el Programa busca resolver es completa y expresa con claridad la necesidad en salud de la población vulnerable del país.	1	Incorporar en el árbol de efectos de una perspectiva integrada de género.
Amplia evidencia de la efectividad del paradigma de Atención Primaria a la Salud que sustenta el Modelo de Atención Integral a la Salud.	3	Fortalecer en las Reglas de Operación del Programa el sustento del Modelo de Atención Integral a la Salud haciendo mención de la evidencia de su efectividad.
El Propósito del Programa dirigido a la población más vulnerable del país ante daños potenciales a su salud y vinculado con los Objetivos Sectoriales, Nacionales y Metas del Milenio.	5	Ninguna.
Disponibilidad del Padrón de beneficiarios que cuantifica la población atendida, componente indispensable para medición de cobertura.	8	La elaboración del registro nominal del apoyo que se otorga a los beneficiarios completaría el sistema de información para seguimiento de las acciones y sus efectos.
Resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados sólidamente fundamentado conceptual y metodológicamente mediante el Marco Lógico.	10	Ampliar el concepto de atención médica por el de atención a la salud que es más congruente con las acciones del Programa

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
La definición de Población Potencial no refleja a la "población total que presenta el problema y/o necesidad".	7	Definir la Población Potencial como: "la población total que presenta el problema y/o necesidad, carece de acceso a los servicios de salud y no es atendida por ninguna otra institución del Sistema Nacional de Salud en las áreas rural y urbano marginadas".
El Padrón de Beneficiarios no incluye un registro nominal de los servicios otorgados.	8	Diseñar el registro nominal del apoyo que se otorga a los beneficiarios que es esencial para el monitoreo y planeación de las estrategias prioritarias del Programa.
Información limitada sobre características socioeconómicas de los beneficiarios.	9	Se recomienda incluir escolaridad, ocupación y condición de migración del jefe de familia, así como condiciones sanitarias de la vivienda para establecer un mejor diagnóstico de las condiciones socioeconómicas de sus beneficiarios.
No se documenta el fundamento para la definición de los criterios utilizados para el cálculo de cada una de las metas operativas.	12	Incluir en el Instructivo de Metas el fundamento de los criterios para el cálculo de las metas operativas.

IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
El Plan Estratégico 2010-2012 es una sólida guía para el Programa por su coherencia con los Planes y Objetivos Sectoriales y Nacionales, definición del problema a resolver y sistematización de Áreas Prioritarias, Estrategias y Procesos Sustantivos con indicadores y metas.	14	Mejorar las Estrategias 2 y 3 e incluir acciones y metas de largo plazo (más allá de 2012) para fundamentar la continuidad de las mismas.
Creación de la Contraloría Social para promover la participación de la población para la transparencia y rendición de cuentas.	18	Incorporar a sus Planes Estratégicos acciones y metas de Contraloría Social para ampliar a este componente sus Procesos Sustantivos.
Incorporación de la evaluación en la conducción y el desempeño del personal de acción comunitaria mediante las Cédulas de Evaluación de la Participación de Voluntarios, que favorece la vigilancia y mejora de las estrategias comunitarias.	18	Desarrollo de indicadores para medición de conductas de riesgo modificables por la acción comunitaria del Programa.
La madurez actual del Programa que justifica la elaboración de evaluaciones de impacto para la medición de la calidad de vida.	20	Considerar la elaboración de evaluaciones externas que incluyan indicadores de calidad de vida.



Diseño y operación válido de los sistemas de información para evaluar el desempeño del Programa, lo que permite información oportuna, sistematizada y adecuadamente actualizada. 22 Identificar estrategias para evaluar desempeño aprovechando el Padrón de Beneficiarios a través del registro nominal de los mismos.

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
La mortalidad en niños, que no ha cumplido con la meta de reducción de 0.7% anual, no está incluida como una Pioridad en Salud del Plan Estratégico 2010-2012.	14	Sustituir de las Prioridad en Salud al "Padrón de Beneficiarios" por "Reducción de la Mortalidad en Menores de 5 Años".
Falta de un registro nominal de los apoyos otorgados, lo que impide tener un seguimiento preciso del impacto de la atención otorgada.	21	Ampliar el Padrón de Beneficiarios para el logro de un sistema de registro nominal.
Ausencia de un componente para el análisis de costos que se traduzca en indicadores de costo por caso.	22	Iniciar un sistema de costeo de la estrategias comunitarias del programa. Esta información sería un sustento para la recuperación de costos de atención a poblaciones no beneficiarias, adicional al sistema de costos unitarios de las acciones en unidades médicas. Esta información es indispensable para realizar análisis costo-efectividad de las acciones del Programa.

IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
La disponibilidad del Padrón de Beneficiarios que cuantifica la Población Objetivo permite estimar de manera aceptable la cobertura.	23	Mantener actualización permanente del Padrón de Beneficiarios.
Los procedimientos para la medición de metas de cobertura están detallados para la mayoría de las acciones del Programa.	23	Completar los procedimientos para todas las acciones.
El mecanismo de focalización del Universo de Trabajo para la identificación de su Población Objetivo.	24	Actualizar en las Reglas de Operación el referente del Índice de Marginación para utilizar el más reciente.
El Programa cuenta con información muy detallada de los servicios otorgados a la población beneficiaria.	25	Esta información podría mejorarse si se contara con un sistema nominal con información detallada de los servicios otorgados por usuario.

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El Programa no cuenta con metas de cobertura a largo plazo de la Población Objetivo.	23	Elaborar las metas de cobertura a largo plazo con base en los datos históricos del Programa.
El Padrón incluye población del área de influencia que no reside en el Universo de Trabajo, por lo que corresponde a un estimado de la Población Objetivo.	25	Definir los criterios para incluir a población del área de influencia con el fin de contar con un Padrón de Beneficiarios (Población Objetivo) más preciso.
El Programa no cuenta con la cuantificación de la Población Potencial	25	Una vez validada la Población Objetivo, será posible elaborar estrategias para la cuantificación de la Población Potencial.
El Programa calcula algunas de sus metas anuales y sexenales, en base a la población usuaria.	25	Las metas deben de tomar como base la Población Objetivo del Programa, para medir cobertura.

IV.4 OPERACIÓN

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) que se actualiza mensualmente permite conocer la demanda de atención de sus beneficiarios.	27	Ampliar la información de la Tarjeta de Registro para tener un mejor perfil de la población beneficiaria.
Otorgamiento de servicios a quien lo solicita sin criterios de restricción o elegibilidad.	30	Corregir la definición de Población Beneficiaria que restringe elegibilidad (resuelto en las ROP 2012).
Se tienen definidos objetivos de la Contraloría Social, mecanismos de revisión, así como esquemas	36	Ninguna.



de difusión, lo cual contribuye a la mejora regulatoria y fomenta la participación de la población.

El sistema de información sobre administración de recursos institucionales está sólidamente estructurado de forma integral y con alto nivel de transparencia

El avance en la reducción de la mortalidad materna

40 Ninguna.

41 Ajustar las metas de acuerdo al comportamiento del indicador, ya que los valores actuales están más de 50% por debajo de la meta 2015

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
Indefinición en las Reglas de Operación 2011 de algunos aspectos sobre el procedimiento de adscripción como lugar para la realización del trámite y documento probatorio.	36	Especificar en las Reglas de Operación los procedimientos de adscripción en forma detallada.
El Programa no genera una estimación rutinaria de Gasto unitario por beneficiario. Esta información proporcionaría una base equitativa para la transferencia de recursos con otros Programas, así como para fundamentar la planeación de recursos y requerimientos presupuestales en términos de coberturas y metas.	39	Elaborar una metodología de estimación y actualización de un Gasto unitario por beneficiario e incluirla en los convenios con otros Programas.
Los indicadores de Fin y Propósito mostraron un amplio diferencial respecto a las metas, que son excesivamente laxas y que por esta razón resultan poco útiles como referente para la evaluación de los avances.	41	Actualizar metas de Fin y Propósito para ajustar al comportamiento de los indicadores.
Para 2011, el Programa contó con una modificación de respuesta como contestación a un recurso de revisión interpuesto ante el IFAI.	42	Verificar el nivel de desagregación de las respuestas para satisfacer por completo los requerimientos de información.
En la Página Electrónica del Programa no se presenta un teléfono para informar y orientar a los beneficiarios y/o a los ciudadanos.	42	Implementar un sistema telefónico diseñado para tal fin.

IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
Existencia en la MIR de 5 indicadores de satisfacción de usuarios (tiempo de espera, trato recibido y entrega de medicamentos) cuya fuente es el Sistema de Indicadores de Calidad (INDICA)	43	Desarrollar el sistema de colección de datos para hacer efectiva la medición de satisfacción a través del Sistema INDICA.
El Programa cuenta con una Contraloría Social, como mecanismo de transparencia.	43	Ninguna.

DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
Los resultados en cuanto a las quejas interpuestas y resueltas por el programa no son públicos.	43	Hacer públicos tanto las quejas interpuestas, así como las soluciones que se le dieron a las mismas.
Carencia de información específica sobre satisfacción de los usuarios de los servicios del Programa, tanto los del Componente de Atención Médica como los de Acción Comunitaria.	43	Realizar encuestas específicas para evaluar la satisfacción de los usuarios como una medida de calidad de los servicios ofrecidos.

IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

FORTALEZAS Y/U OPORTUNIDADES	Preg.	Recomendación
La Matriz de Indicadores para Resultados es un sólido referente para sustentar los resultados del Programa	44	Ampliar la documentación de resultados mediante evaluaciones externas de impacto.



DEBILIDADES Y/O AMENAZAS	Preg.	Recomendación
El Programa no cuenta con estudios de impacto para medir sus resultados de Fin y Propósito	44	Es necesaria la realización de evaluaciones externas de impacto, lo que ha sido una recomendación de las Evaluaciones Específicas de Desempeño.
Los resultados de mortalidad en menores de 5 años y mortalidad infantil se han mantenido sin cambios en el período 2007-2011.	45	Revisar el registro de mortalidad y la adecuación de la fórmula del indicador para asegurar que la medición es correcta.
La interpretación diferenciada en los dos niveles de objetivo (Fin y Propósito) es difícil y poco real ya que los tres indicadores representan un mismo nivel de desenlace (mortalidad).	45	Reubicar los indicadores de mortalidad en un solo nivel de Objetivo (Fin) e incluir indicadores apropiados para el Nivel de Propósito (aspecto ya establecido en las ROP 2012).
La evaluación externa (no de impacto) que identifica resultados de Fin y Propósito ya no es vigente (realizada en 2005).	47	Considerar la conveniencia de realizar una nueva evaluación integral que es más factible por costo y operación que una evaluación de impacto, ya que mide resultados por procedimientos indirectos de análisis.
El Programa no cuenta con información de evaluaciones de impacto en salud nacionales o internacionales como referente.	48	Se sugiere hacer una revisión detallada sobre las metodologías y experiencias de Evaluaciones de Impacto publicadas.



Formato del Anexo 19 "Valoración Final del programa"

TEMA	NIVEL	JUSTIFICACIÓN
IV.1 DISEÑO	3,22	Diseño sólido e identifica su problema; se elaboró el Padrón de Beneficiarios; los indicadores son completos y las metas deben ser actualizadas.
IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS	3,67	El Plan Estratégico 2010-2012 es un avance y se cuenta con planes de trabajo que se revisan y actualizan. Se han utilizado las evaluaciones externas para mejora.
IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN	3,00	El programa identifica su Población Objetivo y muestra alta eficiencia de la cobertura; la alta y muy alta marginación de su población requiere mejorarla aún más.
IV.4 OPERACIÓN	3,17	Los procedimientos para el otorgamiento de los servicios son completos y se cuenta con mecanismos de supervisión. El avance de los indicadores es satisfactorio.
IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	0,00	No existen instrumentos de recolección de información para la medición de satisfacción de sus usuarios, aunque cuenta con la Contraloría Social.
IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS	1,00	El principal sustento documental de los resultados han sido los indicadores de la MIR.
TOTAL	2,34	

NOTA: El Nivel se establece en un rango de 0-4 y sólo considera las preguntas binarias con nivel de respuesta definido (no se toman en cuenta para el cálculo las preguntas en las que se respondió No Aplica).



FORMATO DE ANEXOS

ANEXOS

Anexo Solicitado	Nombre del Archivo	Formato
Anexo 1 Descripción General del Programa	Anexo 1_ajustado.docx	Libre
Anexo 2 Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo	Anexo 2.docx	Libre
Anexo 3 Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios	Anexo 3.docx	Libre
Anexo 4 Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados	Anexo 4.docx	Libre
Anexo 5 Indicadores	Anexo_5.xlsx	Definido
Anexo 6 Metas del programa	Anexo_6.xlsx	Definido
Anexo 7 Complementariedad y coincidencias entre programas federales	Anexo_7.xlsx	Definido
Anexo 8 Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora	Anexo_8.xlsx	Definido
Anexo 9 Resultado de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora	Anexo_9.xlsx	Libre
Anexo 10 Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas	Anexo10_Final.docx	Libre
Anexo 11 Evolución de la Cobertura	Anexo_11 cn formato.xlsx	Definido
Anexo 12 Información de la Población Atendida	Anexo_12 cn formato.xlsx	Definido
Anexo 13 Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves	Anexo 13.docx	Libre con instrucciones
Anexo 14 Gastos desglosados del programa	Anexo_1423abr.docx	Libre con instrucciones
Anexo 14 Gastos desglosados del programa	Anexo_14.docx	Libre con instrucciones
Anexo 15 Avance de los Indicadores respecto de sus metas	Anexo_15.xlsx	Definido
Anexo 16 Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población Atendida	Anexo16.docx	Libre
Anexo 18 Comparación con los resultados de la Evaluación de Consistencia y Resultados anterior	Anexo18.docx	Libre
Anexo 20 Ficha Técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación	Anexo 20 IMSS-Oportunidades.xlsx	Definido y lo llena CONEVAL



Anexo 20
Ficha Técnica con los datos generales de la instancia
evaluadora y el costo de la evaluación

Anexo 20.docx

Definido y lo
llena
CONEVAL



ADJUNTOS

Preg.	Nombre del Archivo
0	Indice.docx
11	PREGUNTA 11.docx
25	POBLACION X GPOSEDAD A DIC 2012_archivo de base para informe final.xlsx
39	Archivo anexo preg 39 analisis de la reintegración de costos x otros esquemas.docx
39	Archivo anexo preg 39 Análisis del subejercicio del gasto.docx
43	Archivo complementario para la Pregunta 43.docx
48	Archivo complementario para la Pregunta 48.docx