



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Informe Final Evaluación de Diseño 2016
Programa E011 Atención de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
30 de Agosto de 2016

I. RESUMEN EJECUTIVO

El **objetivo general** de esta consultoría es evaluar el diseño del *Programa Atención a la Salud (E011)* del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y proveer información que retroalimente su diseño y gestión, y ayude a generar los mejores resultados posibles. Los **objetivos específicos** son: i) analizar la justificación de la creación y diseño del programa; ii) identificar y analizar su vinculación sectorial y nacional; iii) analizar su cobertura y mecanismos de acción; iv) analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos; v) analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable; vi) identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas, y vii) analizar su relación con otros programas federales.

La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por el IMSS. Se buscó responder a 30 preguntas específicas: 24 binarias (respuesta sí/no con una valoración cuantitativa de 1 a 4) y seis no binarias (con respuesta abierta y sin valoración cuantitativa).

El **problema** que busca enfrentar el programa, “la mayor morbilidad en derechohabientes del IMSS”, está identificado, se formula como un hecho negativo y como una situación que puede ser revertida, pero no está definido el plazo para su actualización. El programa cuenta con un diagnóstico en el que se describen causas y efectos del problema. Sin embargo, no se caracteriza ni cuantifica a la población que tiene la necesidad. La justificación que presenta el programa en su diagnóstico no es suficiente para documentar posibles efectos positivos atribuibles a los servicios que brinda el programa.

Aunque no está establecida explícitamente la **relación de los objetivos del programa con los objetivos sectoriales y nacionales** se identificó su vinculación con los objetivos de los siguientes programas : el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (*PROSESA 2013-2018*) (Objetivo 2: “Asegurar el acceso afectivo a servicios de salud con calidad” y Objetivo 4: “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”), el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (Objetivo 1: “Contribuir a la universalización del acceso a la salud” y Objetivo 4: “Mejorar el modelo de atención a la salud”), y con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (*PROIGUALDAD*) (Objetivo 4: “Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar”).

La **relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible** es Indirecta. El logro del Propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Las **poblaciones potencial y objetivo** están definidas en el diagnóstico del problema y cuentan con unidad de medida y están cuantificadas. La metodología para su cuantificación es parcial, en tanto que sólo presenta la cuantificación de las familias de los asegurados titulares a través de coeficientes familiares. Ni se define un plazo para la

revisión y actualización de las poblaciones. La definición de la población potencial es la siguiente: “Todas las personas con derechos vigentes a recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social: asegurados trabajadores y no trabajadores, sus familiares dependientes y pensionados y sus beneficiarios.” En 2015 se calcula en más de 55 millones de personas. La población objetivo se define como “Los derechohabientes vigentes, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio”. En 2015 ascendió a más de 45 millones de personas.

Se encontró evidencia de información sistematizada que permite conocer quienes reciben los servicios del programa. Existe evidencia de que esta base de datos está vinculada a las bases en las que se registran los servicios médicos que se otorgan a los derechohabientes adscritos, en las cuales también está identificado el servicio que se le otorgó a cada persona, identificada con su número de seguridad social y con la clave de su expediente médico electrónico.

Las Actividades de las **MIR** no cumplen con todas las características necesarias: aunque todas están claramente especificadas y la mayoría son necesarias, no están ordenadas cronológicamente y no son suficientes para generar los componentes. Ninguno de los Componentes de la MIR cumple con todas las características necesarias: aunque todos están redactados como resultados logrados, algunos de ellos no son necesarios para producir el propósito, y algunos de ellos no corresponden a bienes y servicios que produce el programa, por lo que su realización conjunta no es suficiente para generar el propósito. Aunque el Propósito cumple con tres de las características necesarias (su logro no es controlado por los responsables del programa, es único y está redactado como una situación alcanzada), no incluye a la población objetivo y no es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los componentes y supuestos en ese nivel. El Fin del programa cumple con todas las características necesarias: es un objetivo superior al que contribuye el programa, su logro no está controlado por los responsables del programa, es único y está vinculado con los objetivos del *Programa Institucional de IMSS* y con el *PROSESA 2013-2018*.

Con respecto a los indicadores de la MIR, éstos cuentan con todas las características CREMA y la mayoría de sus fichas contienen todas las características necesarias para un buen entendimiento del indicador. Sin embargo, algunas fichas no cuentan con la información suficiente para determinar si las metas correspondientes están o no orientadas al desempeño o si son factibles.

Los resultados del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible. En la página electrónica se establece un teléfono de contacto. Sin embargo, no es posible identificar si el programa cuenta o no con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el INAI ya que la información recibida se refiere a todo el IMSS y no es específica para el programa.

Finalmente, la información del diseño del programa no es suficiente para identificar complementariedades y coincidencias con otros programas o acciones, específicamente porque no existe claridad en los servicios entregados por el programa.

Podemos concluir que el programa presupuestal del IMSS E011 es un programa que ha identificado bien el problema que quiere atender, así como a sus poblaciones objetivo y potencial; cuenta con una MIR aceptable, y sus resultados están accesibles públicamente. Sin embargo, podría: actualizar y enriquecer su diagnóstico, incorporando información sobre riesgos y algunos daños importantes no registrados (como los problemas de salud mental; identificar y contabilizar de manera más objetiva sus poblaciones; mejorar la lógica vertical y fortalecer con mejores indicadores su MIR, y hacer una difusión más amplia de sus resultados. Un documento normativo generado exclusivamente para el programa, en el cual se especifiquen sus principales elementos de diseño, se resuma su diagnóstico, se presente su alineación a los objetivos nacionales y sectoriales, se establezca su resumen narrativo y se establezca de manera general su mecánica operativa, atendería varias de las recomendaciones derivadas de la evaluación y generaría una visión clara e integrada del programa.

Contenido

III. INTRODUCCIÓN	5
IV. EVALUACIÓN.....	6
IV.1. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	6
IV.2. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DEL PROGRAMA	8
IV.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES	11
IV.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD	14
Población potencial y objetivo	14
Mecanismos de elegibilidad	16
IV.5 PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN.....	20
Padrón de beneficiarios.....	20
Mecanismos de atención y entrega del apoyo	21
IV.6 EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	23
De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados.....	23
De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para resultados	27
Valoración final de la MIR.....	33
IV.7 PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS	34
Registro de operaciones programáticas y presupuestales	34
Rendición de cuentas	35
IV.8 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES	37
V. VALORACIÓN FINAL DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	38
VI. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS.....	39
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. ANEXOS	44

III. INTRODUCCIÓN

Las mejoras en la nutrición y el acceso a agua potable, servicios sanitarios e intervenciones de salud pública (vacunas, terapia de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna) que se produjeron en México en la segunda mitad del siglo pasado disminuyeron la carga atribuible a las llamadas enfermedades del rezago, como la desnutrición y las infecciones comunes, lo que redujo la mortalidad infantil y la mortalidad general.

El descenso de la mortalidad infantil y la mortalidad general, a su vez, se reflejó en un dramático incremento de la esperanza de vida, que pasó de 57 años en 1960 a 77 en 2010. Así, la población de México empezó a vivir lo suficiente para experimentar los efectos de la exposición prolongada a los riesgos (tabaquismo, inactividad física y consumo de alimentos chatarra y sustancias dañinas, como el alcohol y las drogas) asociados a los nuevos estilos de vida, responsables de la creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las lesiones. Estos problemas de salud representaban apenas 30% de las muertes en México en 1960, pero hoy concentran más del 85%.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) debe responder de manera racional a este proceso de transición epidemiológica. El primer paso en este sentido consiste en fortalecer las políticas de combate a los riesgos emergentes. En segundo lugar, debe movilizar suficientes recursos para poder garantizar el acceso de su población de responsabilidad al tratamiento integral de las ENT, en particular de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes y sus complicaciones, que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad en la población con seguridad social.

El programa “Atención a la Salud” (Pp E011) del IMSS busca ampliar y mejorar la atención de las ENT. El propósito de esta evaluación es determinar en qué medida el diseño de esta intervención permitirá alcanzar el objetivo planteado, además de generar información para mejorar su diseño, y garantizar una gestión exitosa de este programa.

IV. EVALUACIÓN

IV.1. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El Pp E011 es un programa presupuestario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se encuentra coordinado por la Dirección de Prestaciones Médicas de esta institución. Este programa surgió en 2016 de la fusión del programa E002 “Atención Curativa Eficiente” y la parte curativa del programa E008 “Salud Reproductiva”.

El programa busca enfrentar la alta morbilidad que existe en los derechohabientes del IMSS.

Se trata de un programa vinculado con el Programa Institucional del *IMSS 2014-2018* (http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf) y con el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* (http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html). El propósito del programa “E011 Atención a la salud” está alineado, a través de éstos programas, con el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud” del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* (<http://pnd.gob.mx/>).

Los objetivos del programa son la atención oportuna y de calidad de los derechohabientes del IMSS, contar con abasto de insumos para la atención y reducir los riesgos derivados de la atención médica.

La población potencial del programa se define como todos los derechohabientes del IMSS. Esta población se estimó para el año 2016 en 61,983,123 individuos. La población objetivo incluye a todos los derechohabientes adscritos a una unidad de medicina familiar. La cifra de esta población se estimó en 53,302,594 individuos Finalmente, la población atendida, que comprende a la población adscrita a un médico familiar, ascendió a 43,093,922 afiliados.

Según lo reportado en el portal de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (<https://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=50E011>), el programa cuenta con un presupuesto aprobado de 189,289.76 millones de pesos.

Las metas de *Fin* a las que aspira el programa son generar algún cambio en la esperanza de vida al nacer y en la tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo. Su meta de *Propósito* es disminuir la tasa de incidencia de ciertas enfermedades crónico degenerativas en derechohabientes del IMSS. Las metas a nivel *Componente* son mejorar los el porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel; el porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad a los 20 días hábiles o menos a partir de una solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad; el porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad; la tasa de infecciones nosocomiales; el porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia; el porcentaje de pacientes en

control adecuado de hipertensión arterial en medicina familiar; porcentaje de preeclampsia-eclampsia y la proporción de prematurez.

IV.2. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DEL PROGRAMA

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

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

Sí, nivel 2.

El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver y este problema cumple con al menos una de las características establecidas; sin embargo, no se define claramente la población que tiene el problema o necesidad ni el plazo para su revisión y su actualización.

El problema que busca enfrentar el programa, según el documento “2.ARBOLE DE PROBLEMAS_E011_VF_210715[1]” es la mayor morbilidad en derechohabientes del IMSS. El problema se formula como un hecho negativo y como una situación que puede ser revertida.

En el documento “1.Diagnóstico_Pp_E011[1]” se define que las enfermedades crónicas comienzan a provocar un número importante de defunciones a partir de los 20 años, exacerbándose en los mayores de 65 años. Asimismo, en este documento se menciona que en la población adulta las principales causas de muerte son ocasionadas por complicaciones secundarias a diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas. No se hace una descripción sobre la población que tiene el problema o necesidad (morbilidad), ni se identifican plazos para la revisión y actualización del problema.

El problema (morbilidad) no identifica diferencias entre hombres y mujeres, sólo se hace una desagregación de las principales causas de mortalidad por sexo.

Se recomienda enriquecer los datos epidemiológicos del documento en donde se establece el diagnóstico del problema, para este propósito se pueden revisar fuentes de información como el *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015* publicado por la Secretaría de Salud (<http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015>) o las estadísticas que publica para México el Instituto para la Métrica y la Evaluación en Salud de la Universidad de Washington (Institute for Health Metrics and Evaluation o IHME) (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Resulta fundamental que en el documento en donde se establece un diagnóstico de un programa tan importante para el IMSS se cuiden aspectos de forma (ilación y calidad de estructura).

2. **Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:**
- a) **Causas, efectos y características del problema.**
 - b) **Cuantificación y características de la población que presenta el problema.**
 - c) **Ubicación territorial de la población que presenta el problema.**
 - d) **El plazo para su revisión y su actualización.**

Sí, nivel 2.

El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y el diagnóstico cumple con una de las características establecidas en la pregunta: describe de manera específica las causas, efectos y características del problema.

Según el documento "2.ARBOL_DE_PROBLEMAS_E011_VF_210715[1]", el programa identifica causas, efectos y características del problema.

El programa no cuantifica ni caracteriza la población que presenta el problema, no presenta la ubicación territorial de la población que presenta el problema, ni el plazo para su revisión y su actualización.

Dentro de las principales causas que el programa identifica para que exista una mayor morbilidad en derechohabientes del IMSS se encuentran: aumento de derechohabientes con descontrol de enfermedades crónica degenerativas, aumento de las infecciones nosocomiales, disminución en la oportunidad de atención médica en el área de observación, diferimiento en la atención ambulatoria y hospitalaria, y aumento en las complicaciones obstétricas y perinatales. Las causas básicas que dan origen a las anteriormente mencionadas son: incremento de derechohabientes con enfermedades crónica degenerativas, falta de insumos para diagnóstico y tratamientos de padecimientos crónico-degenerativos, disminución en nivel de limpieza y conservación en las unidades médicas, aumento en la demanda de atención en los servicios de urgencias de unidades de segundo nivel, disminución en el número de consultas y cirugías programadas en unidades hospitalarias, disminución en la identificación de factores de riesgo obstétrico, y, finalmente, inicio tardío y falta de continuidad de la vigilancia prenatal.

Por otro lado, la mayor morbilidad en derechohabientes del IMSS ocasiona un aumento en el número de complicaciones derivadas de enfermedades crónicas degenerativas, un aumento en las complicaciones intrahospitalarias, un aumento de requerimientos de tratamientos de alta complejidad y aumento de las secuelas secundarias del embarazo, parto y puerperio. Todos los elementos mencionados tienen como efecto que los derechohabientes del IMSS presentan menor estado de salud.

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

No

El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo.

La justificación empírica que se esboza en el documento “1.Diagnóstico_Pp_E011[1]” es que la atención oportuna y de calidad, contar con abasto de insumos para la atención y reducir los riesgos derivados de la atención médica ayudan a reducir la morbilidad en los derechohabientes del IMSS. Sin embargo, dicho documento no es considerado una justificación teórica o empírica.

El programa no proporciona evidencia nacional o internacional de los efectos positivos atribuibles a los servicios otorgados a la población objetivo, ni tampoco evidencia de que la intervención es más eficaz en comparación con otras alternativas. El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo.

No existe una descripción clara de las acciones que el programa lleva a cabo. El único antecedente se esboza escuetamente en el documento “1.Diagnóstico_Pp_E011[1]” en donde se asevera que la atención oportuna y de calidad, contar con abasto de insumos para la atención y reducir los riesgos derivados de la atención médica son elementos de un programa que ayudan a reducir la morbilidad en los derechohabientes del IMSS.

El programa no proporciona evidencia nacional o internacional de los efectos positivos atribuibles a los servicios otorgados a la población objetivo, ni tampoco evidencia de que la intervención es más eficaz en comparación con otras alternativas.

IV.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES

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

No

El programa no cuenta con un documento en el que se establezca con qué objetivo(s) del programa sectorial, especial o institucional se relaciona su propósito, por lo tanto, se considera información *inexistente*. El documento “Complemento Evalu Diseño” plantea la alineación de un programa (no existe un título que permita su identificación) con el Plan Nacional de Desarrollo; sin embargo, no hay una alineación entre el propósito del programa y los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 o con el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018.

Teniendo como propósito que la población usuaria del IMSS presente menor morbilidad, el evaluador considera que el programa se vincula con:

- *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, a través del objetivo 2 “Asegurar el acceso afectivo a servicios de salud con calidad” y del objetivo 4 “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”.
- *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*, a través del objetivo 1 “Contribuir a la universalización del acceso a la salud” y del objetivo 4 “Mejorar el modelo de atención a la salud”.
- *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)*, a través del objetivo 4 “Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar”.

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

Los objetivos institucionales, especiales y sectoriales con los que está relacionado el programa (esbozados por el evaluador en la pregunta anterior) se vinculan a su vez con los siguientes elementos del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* (<http://pnd.gob.mx/>) (documento “Complemento Evalu Diseño”).

Meta México incluyente. El programa contribuye a garantizar el ejercicio efectivo de un derecho social como es la protección a la salud. El programa engrana con el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud” y con las estrategias que a continuación se describen:

2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Las estrategias con las que se vincula son asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna, e intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.

2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Las estrategias vinculantes son instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

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

La relación que se puede establecer entre el programa y los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Agenda de Desarrollo Post 2015) es Indirecta: el logro del Propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Siendo el propósito del programa que la población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad, el evaluador considera que el logro del mismo se vincula indirectamente con el Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Las metas del Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” con las que se encuentra vinculación son: para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,00 nacidos vivos; para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar, y lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

IV.4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD

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

Sí, nivel 3.

El programa tiene definidas las poblaciones y las definiciones cumplen tres características establecidas en la pregunta.

La información provista por la unidad administrativa del programa permite concluir que las poblaciones (potencial y objetivo) del Pp-E011 están definidas en términos de su unidad de medida y cuantificación; no así su plazo de revisión y actualización.

De acuerdo al diagnóstico del problema que el programa pretende atender, y el *Informe al Ejecutivo Federal 2015-2016 sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS*, la población potencial se conforma por las personas con derechos vigentes para recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social. Incluye a asegurados trabajadores y no trabajadores, a sus familiares dependientes y a los pensionados y sus beneficiarios. Para 2016 se estima más de 55 millones de derechohabientes. Por su parte, la población objetivo incluye a los derechohabientes vigentes, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio. Para 2016 la población objetivo se estima en más de 45 millones de derechohabientes. En el anexo 2 se presenta, además de los elementos metodológicos para el cálculo de ambas poblaciones, las estimaciones de la población afiliada al IMSS a partir de la última encuesta Inter-Censal 2015. Con estas estimaciones busca generar evidencia sobre la potencial sobre o sub-estimación de la población potencial del programa en cuestión.

Con respecto a la metodología para el cálculo de las poblaciones, el programa cuenta con el documento “Metodología de cálculo del coeficiente familiar asociado a los trabajadores asegurados del IMSS (2014)”. Esta metodología da cuenta del cálculo de la población derechohabiente potencial correspondiente a los familiares dependientes de los titulares asegurados y pensionados ubicados en los registros administrativos del IMSS. Sin embargo, no explica de qué manera se cuantifica a dichos titulares.

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

Sí, Nivel 3.

El Pp E011 busca ampliar y mejorar la atención de las enfermedades no transmisibles. La información revisada sobre las definiciones de las poblaciones de interés para el Pp E011 (ver Anexo 2), el manual de procedimientos para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigilancia en Unidad de Medicina Familiar (UMF), el Manual de Procedimientos Para el Registro del Derechohabiente, Prorroga de Servicios Médicos y Certificación de la Vigilancia en UMF, y el Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002, muestra que la demanda total de apoyos equivale a la cantidad total de servicios de atención de la salud demandados por las personas afiliadas al IMSS y que es objetivo del programa. Además, la estructura de la información que proporcionó a la unidad administrativa del Pp sugiere que existe información sobre el número total de personas dentro de la población objetivo, y de sus características demográficas y socioeconómicas.

No obstante, la información revisada al momento de esta evaluación no permite sugerir que exista información sobre el motivo de la demanda de servicios, ni de la condición de salud de los beneficiarios del Pp E011, que permita valorar la validez externa e interna de esta información. Es recomendable poner a disposición de futuras evaluaciones, información sociodemográfica, económica y de atención y condición de la salud (particularmente) a nivel individual.

Mecanismos de elegibilidad

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

Si

El Pp E011 cuenta con documentos que incluyen los mecanismos para identificar y cuantificar a la población objetivo. Los documentos observables son el manual de procedimientos para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigilancia en UMF, y el Diagnóstico del problema que el programa pretende atender.

El principal mecanismo de identificación de la población objetivo es la afiliación al IMSS y la demanda, de esta población, por atención de la salud. La población objetivo incluye aquellos derechohabientes vigentes en un mes en particular, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio. La población objetivo está definida como derechohabientes adscritos a una UMF, de modo que para que la población potencial (derechohabientes) pase a ser población objetivo, solo debe adscribirse a dicha UMF. Las cifras oficiales contabiliza más de una vez a los derechohabientes titulares con más de un puesto de trabajo, así como a los derechohabientes que reciben más de un pago por concepto de pensión; similarmente, a los derechohabientes adscritos al Instituto como titulares y como beneficiarios de otro titular, se contabilizan dos veces. Estas cifras se calculan con base en registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer). El registro de derechohabientes inicia con la recepción por parte del responsable asignado para el trámite, de la documentación estipulada en la política 4.2.1 y finaliza con la vigencia o no de los derechos del beneficiario. Los detalles del flujo de información seguido se detallan en el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigilancia en UMF.

No obstante, lo mencionado previamente, la revisión de la documentación provista por los encargados el Pp E011 no permite identificar los métodos específicos seguidos para el cálculo de las poblaciones; por lo que se recomienda aclarar en las reglas de operación y documentos normativos del programa los métodos específicos seguidos por el programa para la identificación de su población objetivo.

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

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

No aplica

Los programas del IMSS, cuyos objetivos estén relacionados con atención médica, no requieren de una estrategia de cobertura. La razón es que la atención de la población objetivo no está totalmente en las manos de los operadores de los programas. Los derechohabientes adscritos a una UMF (población objetivo) solicitan una cita médica para recibir consulta u otro tipo de servicio, a la que posteriormente acuden para dicha recepción. De este modo, una misma persona puede recibir más de una vez servicios del programa durante el año fiscal, dependiendo de sus necesidades de salud y de múltiples factores, en su mayoría definidos fuera del ámbito del programa.

11. 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.**

Sí, nivel 4.

Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las cuatro características establecidas.

Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, estandarizados, son públicos y están sistematizados.

El Pp E011 contempla la atención oportuna y de calidad, contar con abasto de insumos para la atención y reducir los riesgos derivados de la atención médica. Define como población potencial se conforma por las personas con derechos vigentes para recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social; la cual incluye a asegurados trabajadores y no trabajadores, a sus familiares dependientes y a los pensionados y sus beneficiarios. Por su parte, la población objetivo incluye a los derechohabientes vigentes, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio. En este sentido, el programa no selecciona a los beneficiarios de sus acciones, éstos se autoseleccionan por medio de su necesidad y acudiendo a solicitar el servicio médico; de forma que son atendidos (teóricamente) a todas aquellas personas que solicite atención y cumplan con los requisitos y procedimientos normativamente establecidos. Estos procedimientos son públicos, vía documentos normativos, el diagnóstico del problema que el Pp E011 pretende atender, el Programa Institucional del IMSS 2014-2018, el manual de procedimientos para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigilancia en Unidad de Medicina Familiar, y la página oficial del IMSS.

La información revisada sugiere la existencia de procesos sistemáticos de identificación y selección de la población atendida por el Pp E011. No obstante, esta información no es suficiente para valorar la consistencia estadística interna y externa de las cifras publicadas oficialmente. Es recomendable poner a disposición de futuras evaluaciones, información sociodemográfica, económica y de atención de la salud a nivel individual.

12. 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.**

Si, nivel 3.

Para ser beneficiarios de los servicios del programa de Atención de la Salud (E011), los derechohabientes llenar una solicitud de Registro de beneficiario (Formato SAV-002) y anexar documentos comprobatorios. Dicho formato y procedimiento se encuentra publicado en línea en la liga: <http://www.imss.gob.mx/tramites/regitro-umf>, también se encuentra registrada ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) con la Homoclave IMSS-02-066 “Solicitud de registro y actualización de derechohabientes” y puede ser consultada a través del “Buscador” en la siguiente dirección: <http://www.cofemer.gob.mx/>. Una vez registrado en el sistema, el beneficiario debe hacer una cita vía internet o vía telefónica y acudir a la unidad de medicina familiar en la fecha y el horario de su cita.

Este procedimiento está documentado en el “Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002”, así como otros procedimientos disponibles en el catálogo de procedimientos del IMSS. Estos procedimientos corresponden a las características de la población objetivo ya que se trata de la población adscrita a la UMF, existen formatos definidos, mismos que son electrónicos y por lo tanto son llenados por medio de una computadora en el consultorio, dependiendo del tipo de atención recibida.

Este procedimiento está disponible para la población objetivo del programa de manera parcial, al estar publicado el formato para la solicitud de registro en internet, sin embargo, el resto del documento se encuentra publicado en el catálogo de procedimientos del IMSS, mismo que no es de fácil acceso para los derechohabientes adscritos a una UMF.

Finalmente, se considera que los procedimientos están apegados al los programas de salud del IMSS.

IV.5 PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

Padrón de beneficiarios

13. **Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:**
- a) **Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.**
 - b) **Incluya el tipo de apoyo otorgado.**
 - c) **Esté sistematizada.**
 - d) **Cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización.**

Si, nivel 3.

Existe información que permite conocer quiénes reciben los servicios del programa, incluye las características necesarias de los beneficiarios para su atención, incluye el tipo de servicio otorgado y esta sistematizada, sin embargo, no cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

El Pp E011 busca ampliar y mejorar la atención de las enfermedades no transmisibles. En éste sentido, la atención médica recibida por sus beneficiarios inicia en las unidades médicas de primer nivel, entre aquellos pacientes que cuenten con derechos vigentes para los beneficios del Seguro Social y que comprueben los documentos que se mencionan en el “Manual de Procedimientos para el Registro del Derechohabiente, Prorroga de Servicios Médicos y Certificación de la Vigilancia en UMF”. El paciente solicita su atención de dos formas: en forma espontánea o agenda una cita que se otorga de acuerdo al proceso reportado en el Procedimiento para Otorgar Atención Médica en las UMF 2640-003-002”. Los servicios que se ofrecen son de medicina familiar, nutrición y dietóloga, estomatología, enfermería y atención medica continua. Si el paciente requiere atención especializada se deriva a la unidad correspondiente donde recibirá atención de las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría o gineco-obstetricia), cumpliendo con servicios de consulta externa, hospitalización, quirófano y urgencias, conforme a los procedimientos normativos vigentes.

El procedimiento antes mencionado, y la información revisada sobre las definiciones de las poblaciones de interés para el Pp E011, y de los procedimientos y fuentes de información establecidos para su cálculo (véase Anexo 2), sugiere la existencia de un sistema de información (como los registros administrativos del IMSS o el Sistema de Acceso a Derechohabientes –AcceDer-) que capta las características mencionadas (entre ellas, nombre de la persona y la clave del expediente médico); por lo que es posible suponer que sí existe información que permite conocer quiénes reciben los apoyos del programa. No obstante al momento de esta evaluación no se cuenta con la información necesaria para valorar objetivamente cada uno de los atributos mencionados. En particular, la información revisada no permite sugerir que exista información sobre el motivo de la demanda de servicios, ni de la condición de salud de los beneficiarios del Pp, que permita valorar la validez externa e interna de esta información. Es recomendable poner a disposición de futuras evaluaciones, información sociodemográfica, económica y de atención y condición de la salud (particularmente) a nivel individual.

Mecanismos de atención y entrega del apoyo

14. 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.**

Si, nivel 2.

Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen dos de las características establecidas.

Los procedimientos para la atención médica del paciente (en total se entregaron 16 procedimientos) en los servicio de urgencias, primero, segundo y tercer nivel, así como servicio de farmacia y cirugía se encuentra estandarizados, ya que en el mismos se establece su obligatoriedad para todo el personal involucrado en la prestación de los servicios mencionados.

Los procedimientos brindan evidencia de que los servicios se encuentran sistematizados, en estos documentos se especifican los formatos que hay que llenar y el responsable de capturar dicha información.

No todos los procedimientos están difundidos públicamente como parte del programa y no existe un documento normativo del programa.

15. 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.

Sí

Los beneficiarios del Pp-E011 se conforman por las personas afiliadas al IMSS con derechos vigentes, y que se encuentran adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio. En este sentido, el programa no selecciona a los beneficiarios de sus acciones, éstos se autoseleccionan por medio de su necesidad y acudiendo a solicitar el servicio médico; de forma que son atendidos (teóricamente) a todas aquellas personas que solicite atención y cumplan con los requisitos y procedimientos normativamente establecidos.

La revisión de los documentos normativos provistos por la unidad administrativa encargada del Pp E011, así como del diagnóstico del problema que se pretende atender, el *Programa Institucional del IMSS 2014-2018*, el manual de procedimientos para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigilancia en Unidad de Medicina Familiar, y la página oficial del IMSS, permite sugerir la existencia de procesos de colección de información que involucran el llenado de expedientes electrónicos, por ejemplo, donde se capta información socioeconómica, demográfica y de salud de la población atendida por el programa. No obstante, la información brindada no permite valorar objetivamente estos procesos de recolección, ni la temporalidad con que se lleva a cabo. Es recomendable poner a disposición de futuras evaluaciones, microdatos (a nivel individual) con información sociodemográfica, económica y de atención de la salud.

IV.6 EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados

- 16. Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:**
- a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
 - b) Están ordenadas de manera cronológica.**
 - c) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.**
 - d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.**

Si, nivel 1.

La MIR del programa cuenta con seis actividades, sin embargo ninguna de ellas cumple con todas las características establecidas en la pregunta. Todas ellas están claramente especificadas, no existe ambigüedad en su redacción, y todas son necesarias, sin embargo dichas actividades no están ordenadas de manera cronológica ni su realización genera, junto con los supuestos en ese nivel de objetivos, los Componentes.

Las actividades establecidas en la MIR son: 1) Suministro de medicamentos; 2) Otorgamiento de consulta en urgencia; 3) Limpieza en unidades médicas; 4) Programación de atención médica y quirúrgica en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE); 5) Atención a pacientes con enfermedades crónicas en Unidades de Medicina Familiar (UMF), y 6) Atención adecuada a pacientes embarazadas.

Aunque en la MIR del PpE011 se especifican seis actividades, el orden establecido en el campo correspondiente de la MIR no es claro, es decir, no es posible distinguir a qué componente pertenece cada actividad, ya que en todas ellas se establece "1" en el campo correspondiente a "Orden" en la MIR. Se sugiere corregir el orden de las Actividades, estableciendo una relación lógica y numérica entre cada actividad y el correspondiente componente. (Véase Anexo 7 Propuesta de MIR).

Con el objetivo de analizar las propiedades de las Actividades, se asoció lógicamente cada una de ellas con uno o varios de los Componentes establecidos en la MIR, sin embargo no se encontró relación entre ellas para establecer un orden cronológico.

Ninguna de las actividades es suficiente para producir, junto con los supuestos en ese nivel de objetivos, cada uno de los componentes. Todas las actividades establecidas deben ser complementadas con actividades, sobre todo de gestión de recursos e de insumos, necesarias para producir cada componente. Se sugiere incorporar este tipo de actividades comunes a todos los componentes, pueden ser actividades como abasto de medicamentos, abasto de insumos, mantenimiento de equipo médico, capacitación de personal de salud, etc.

- 17. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:**
- a) Son los bienes o servicios que produce el programa.**
 - b) Están redactados como resultados logrados, por ejemplo becas entregadas.**
 - c) Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.**
 - d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.**

Si, nivel 1.

Ninguno de los Componentes cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

El primero, segundo y quinto Componentes: Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, Infecciones nosocomiales reducidas y Complicaciones obstétricas y perinatales disminuidas, no son bienes o servicios que produce el programa.

Todos los componentes están redactados como resultados logrados.

Únicamente el segundo de los Componentes: Infecciones nosocomiales reducidas, es necesario para producir el Propósito, sin embargo, el resto de ellos no cumplen con esta característica. Un control adecuado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, la Atención médica en servicios de urgencia, la Atención de urgencias otorgadas con oportunidad y las complicaciones obstétricas y perinatales reducidas, no producen necesariamente una disminución en la morbilidad de la población usuaria del IMSS.

Finalmente, y por los motivos anteriormente expuestos, la realización del conjunto de los Componentes, no genera, junto con los supuestos en ese nivel de objetivos, el Propósito.

- 18. El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:**
- a) Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.**
 - b) Su logro no está controlado por los responsables del programa.**
 - c) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.**
 - d) Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.**
 - e) Incluye la población objetivo.**

Si, nivel 3.

El propósito cumple con tres características: su logro no está controlado por los responsables del programa porque la morbilidad de la población derechohabiente no es un aspecto en el que el programa tenga control; es único porque incluye un solo objetivo y está redactado como una situación alcanzada e incluye a la población objetivo. Sin embargo, no se considera consecuencia directa de la ocurrencia conjunta de los Componentes.

19. El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) **Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
- b) **Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.**
- c) **Su logro no está controlado por los responsables del programa.**
- d) **Es único, es decir, incluye un solo objetivo.**
- e) **Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.**

Si, nivel 4

El Fin es “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención médica de los derechohabientes del IMSS para incrementar su esperanza de vida al nacer”

Está claramente especificado, aunque su redacción contiene una relación causal que no es lógica, es decir, la atención médica de los derechohabientes del IMSS por sí misma, no contribuye a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

El Fin es un objetivo superior al que el programa contribuye, su ejecución no es suficiente para alcanzarlo. Su logro no está controlado por los responsables del programa, incluye un solo objetivo y está vinculado con los objetivos estratégicos del IMSS y del *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*.

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

No.

No se identificó un documento normativo único para el programa. En ninguno de los documentos que se han enviado hasta el momento, es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades).

De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para resultados

21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:
- Claros.
 - Relevantes.
 - Económicos.
 - Monitoreables.
 - Adecuados.

Si, nivel 4

90 %de los indicadores cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. Todos son claros, económicos y monitoreables. Únicamente los indicadores a nivel Fin no cumplen con las características de relevancia y no son adecuados.

La Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (indicador definido por la OCDE) no es relevante porque no mide ninguna dimensión de la contribución al aseguramiento del acceso efectivo a los servicios de salud con calidad. Tampoco es adecuado porque no permite medir el desempeño de dicho objetivo.

Es el mismo caso el del indicador de Esperanza de Vida al Nacer.

22. 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).**

Si, nivel 4.

95% de las fichas técnicas de los indicadores de la MIR cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. El total de ellas especifican el nombre, método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición, línea base, metas y comportamiento del indicador.

Sin embargo, la ficha técnica del indicador “Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS” no cuenta con definición, por lo que no cumple con todas las características.

Se recomienda incluir en la ficha la definición de este indicador.

También se recomienda incluir en todas las fichas, el orden de cada indicador dependiendo su lugar en la MIR.

23. 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.**

Si, nivel 2.

60% de las metas de los indicadores de la MIR cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. Todas ellas tienen unidad de medida. Sin embargo, para 40% no se contó con información para determinar si están orientadas a impulsar el desempeño y son factibles de alcanzar con los recursos con los que cuenta el programa. Esto se debe a que no se incluyen, en las fichas técnicas series estadísticas del indicador, por lo que no es posible saber si se ha alcanzado ya valores cercanos a la meta que se determinó para 2016 (véase Anexo 6).

24. Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:

- a) Oficiales o institucionales.**
- b) Con un nombre que permita identificarlos.**
- c) Permiten reproducir el cálculo del indicador.**
- d) Públicos, accesibles a cualquier persona.**

Si, nivel 1.

30% de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación que cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Todos estos medios de verificación son oficiales o institucionales y todos cuentan con nombre que permite identificarlos, la gran mayoría permite reproducir el cálculo del indicador, sin embargo, los medios de verificación de 24 indicadores de la MIR no son accesibles a cualquier persona.

25. Considerando el conjunto *Objetivo-Indicadores-Medios de verificación*, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:
- Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
 - Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
 - Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Si, Nivel 3.

Para los conjuntos: Objetivo- Indicadores- Medios de verificación en los niveles de Actividades, Componentes y Propósito, los medios de verificación son necesarios y también suficientes para calcular los indicadores, además de que dichos indicadores permiten medir directa o indirectamente el objetivo en cada uno de los niveles correspondientes.

Para el caso del conjunto Objetivo- Indicadores- Medios de verificación en el nivel de Fin, no se cumple que los indicadores permitan medir, directa o indirectamente, el objetivo.

Valoración final de la MIR

- 26. Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.**

Derivado del análisis de la MIR y de las conclusiones de las respuestas a las preguntas anteriores, el equipo evaluador generó una propuesta de MIR, misma que se presenta en el Anexo 7.

IV.7 PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Registro de operaciones programáticas y presupuestales

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

Sí, nivel 3

El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y servicios que ofrece. Según la información otorgada por el programa, éste opera en su gran mayoría con gastos de operación directos, los cuales ascienden a \$99,000,331,364.48, mientras que los gastos de mantenimiento equivalen a \$360,529,526.34. El programa no registra gastos de operación indirectos ya que éstos se encuentran incluidos en los programas presupuestarios de la modalidad M “actividades e apoyo administrativo. Finalmente, aunque el programa no registra gastos de capital, debido a la naturaleza de su modalidad, el programa identifica que estos gastos ascendieron al mes de julio para el capítulo 5000, a \$200,481,432.58 y para el capítulo 6000 a \$560,173,229.77. (Anexo 8). Es importante mencionar que éstos recursos no corresponden al programa, y que, como los de todos los programas del IMSS, son registrados en los Pp de la modalidad K.

El programa no tiene identificado el gasto unitario. Sin embargo, por la información proporcionada por el programa el equipo evaluador estima que éste asciende a \$1,857.33.

Rendición de cuentas

28. 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.**
- 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 Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).**

Sí, nivel 2.

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

Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics. Existen dos alternativas para acceder a los resultados del programa (<http://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe001> y <http://www.imss.gob.mx/transparencia/indicadores-estudios>). Es importante mencionar que no todos los indicadores cuentan con resultados.

La página electrónica cuenta con un contacto accesible para informar y orientar. Existe un directorio de los módulos de atención al derechohabiente, un teléfono, un chat y un correo electrónico.

Según los datos de la Plataforma Nacional de Transparencia (<https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/homeOpenData.action>), en el año 2015 existieron dos resoluciones de recursos de revisión con modificación para el IMSS, dependencia o entidad que opera el Programa. No se cuenta con información 2016 y el programa sólo proporcionó para este año el número de recursos de revisión recibidos y el cumplimiento a resoluciones, desagregados por mes.

El programa no cuenta con un documento normativo disponible de manera electrónica.

29. 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.**

Esta pregunta no es aplicable para el programa. Los procedimientos de ejecución de acciones son los equivalentes a los de otorgamiento de apoyos.

IV.8 ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

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

No se cuenta con los elementos suficientes para realizar un ejercicio que permita la identificación de complementariedades y coincidencias. Las razones son las siguientes:

- No existe claridad en los servicios y actividades que realiza el programa evaluado “E011 Atención a la salud”.
- Se identificaron dos programas federales con el mismo nombre (E044 Atención a la Salud responsabilidad del ISSSTE y E023 Atención a la Salud responsabilidad de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad). Sin embargo, se documentó que sus propósitos son distintos y que la identificación de la población objetivo y de los servicios que se ofertan no es clara. Baste mencionar que el programa E044 Atención a la Salud del ISSSTE resulta de la fusión de los programas 51E005 Control del Estado de Salud de la Embarazada, 51E006 Atención Materno Infantil, 51E007 Consulta bucal, 51E009 Consulta Externa General, 51E010 Consulta Externa Especializada, 51E011 Hospitalización General, 51E012 Hospitalización Especializada, 51E013 Atención de Urgencias, 51E014 Rehabilitación, 51E016 Capacitación y formación de los recursos humanos en salud y 51E017 Mantenimiento de Equipo Médico y electromecánico. Bajo este escenario, el abanico de actividades o servicios otorgados por los programas es muy amplio.

V. VALORACIÓN FINAL DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

El programa tiene, en general un diseño adecuado, sin embargo, podría actualizar y enriquecer su diagnóstico, contabilizar de manera más objetiva sus poblaciones; mejorar la lógica vertical de su MIR, así como mejorar sus indicadores, y hacer una difusión más amplia de sus resultados. Su valoración cuantitativa es de 2.0.

1. *Justificación de la creación y del diseño del programa*

El problema que atiende el programa presupuestal se encuentra bien definido en un diagnóstico en el que se caracteriza y cuantifica a la población. Sin embargo, no se establece plazo para su revisión y actualización.

2. *Contribución a las metas y estrategias nacionales.*

El programa no presenta una adecuada alineación a las metas y estrategias nacionales. El documento en el que se presenta no es un documento normativo.

3. *Población potencial, objetivo y mecanismos de elección*

Las poblaciones, potencial y objetivo están definidas en el diagnóstico del problema y cuentan con unidad de medida y cuantificación. Sin embargo, no se encontró evidencia de la metodología para su cuantificación ni se define un plazo para su revisión y actualización.

4. *Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención*

Existen sistemas de información que permiten conocer quienes reciben los apoyos del programa e incluye todos los servicios que se han otorgado, así como las características correspondientes de los beneficiarios.

5. *Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)*

La lógica vertical de la MIR no es del todo adecuada, un correcto fraseo del propósito podría mejorar dicha lógica, así como una mejor selección de Componentes. La lógica horizontal también tiene problemas, principalmente porque la mayoría de los medios de verificación no son públicos.

6. Presupuesto y rendición de cuentas

El programa identifica y clasifica los gastos en los que incurre para su operación de manera adecuada y cuenta con adecuados mecanismos de transparencia.

VI. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

I. Justificación de la creación y del diseño del programa

- **Fortalezas y Oportunidades**
 - El programa cuenta con un documento específico en donde se realiza el diagnóstico del problema. De manera general este documento brinda información sobre las causas y efectos del problema, así como la cuantificación de la población que presenta el problema.
- **Debilidades o Amenazas**
 - La identificación del problema, aunque existe, es escueta. Su descripción no permite una caracterización óptima de la población que tiene el problema. No se definen plazos para su revisión ni su actualización.
- **Recomendaciones**
 - Se recomienda enriquecer la identificación del problema con datos epidemiológicos relevantes de la población: sexo, edad, condición económica, regionalización, entre otros. Además, resulta necesario integrar de manera más óptima la problemática relacionada con los embarazos de alto riesgo, ya que desde la identificación del problema se visualiza como un agregado independiente.
 - La identificación del problema debe de ponderar de manera más justa la carga que representan las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades transmisibles y los embarazos de alto riesgo.
 - Definir en el diagnóstico del programa, el plazo para su actualización.

II. Contribución a las metas y estrategias nacionales

- **Fortaleza y Oportunidades**
 - No existe un documento en donde se explicita la alineación del programa con el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* o con el *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*.
 - El programa guarda vinculación con el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* y con la estrategia transversal de Perspectiva de género.
 - El propósito del programa se vincula indirectamente con dos *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
- **Recomendaciones**
 - Generar un documento normativo exclusivo para el programa en el que se establezcan sus principales elementos del diseño, incluyendo un resumen de su diagnóstico, cálculo de sus poblaciones, alineación con objetivos y estrategias nacionales y sectoriales, el resumen narrativo de su MIR, así como su mecánica operativa general. Es importante que este documento cuente con las características de un documento oficial (con datos como fecha y responsable de elaboración, portada, etc).

III. Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad

• Fortalezas y Oportunidades

- Las poblaciones (potencial y objetivo) del Pp-E011 están definidas, cuentan con unidad de medida y están cuantificadas.
- La información revisada sugiere la existencia de información sistematizada que muestra que la demanda total de apoyos equivale a la cantidad total de servicios de atención de la salud demandados por las personas afiliadas al IMSS y que es objetivo del programa. Además, la estructura de la información que proporcionó la unidad administrativa del programa sugiere que existe información sobre el número total de personas dentro de la población objetivo, y de sus características demográficas y socioeconómicas.
- Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, estandarizados, y públicos.

• Debilidades o Amenazas

- No existen lineamientos explícitos sobre el plazo de revisión y actualización de las poblaciones potencial y objetivo.
- La revisión de la documentación normativa provista por los encargados el Pp-E011 permite identificar los métodos específicos seguidos para el cálculo de las poblaciones de manera parcial, y que no se identifica dichos métodos para el cálculo de los asegurados titulares, sino únicamente de los beneficiarios familiares de los mismos.

• Recomendaciones

- Especificar en documentos normativos el plazo de revisión y actualización de las poblaciones potencial y objetivo
- Generar un documento metodológico en el que se explique cómo se cuantifica a la población potencial y objetivo correspondiente a los asegurados titulares al IMSS.

IV. Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención

• Fortalezas y Oportunidades

- Existe información sistematizada sobre las características de los beneficiarios y esta incluye el tipo de servicio otorgado.
- Los procedimientos para otorgar los servicios del programa a los afiliados están documentados, estandarizados y sistematizados.

• Debilidades o Amenazas

- No se cuenta con un mecanismo documentado para para la actualización y depuración de los sistemas de información.

- Los procedimientos para otorgar los servicios a los afiliados no están difundidos públicamente como parte del programa.
- **Recomendaciones**
 - Se recomienda generar manuales para la actualización y depuración de la información en sus distintos sistemas, o en su defecto, publicarlos.
 - prudente hacer una recopilación de todos los procedimientos que son ámbito de competencia del programa, ordenarlos y ponerlos a disposición de los afiliados y la ciudadanía. El publicar este tipo de documento es un medio para facultar a los afiliados sobre el abanico de acciones que tiene o puede recibir. Resulta también importante vincular los procedimientos a un documento normativo del programa (mismo que no existe).

V. Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados

- **Fortalezas y Oportunidades**
 - La mayoría de las fichas de los indicadores de la MIR cuentan con todas las características y permiten tener la información necesaria para conocer, encontrar las fuentes de información y reproducir el cálculo de la gran mayoría de los indicadores.
- **Debilidades o Amenazas**
 - La lógica vertical de la MIR no es del todo adecuada, principalmente por la redacción del Propósito y la causalidad entre éste y los Componentes. De igual manera, las actividades no generan de manera conjunta el logro de los componentes.
 - No existe un documento normativo exclusivo para el programa en el que se establezcan sus principales elementos del diseño, así como el resumen narrativo de su MIR.
 - Algunas metas de los indicadores no cuentan con información estadística suficiente para determinar su orientación al desempeño y su factibilidad.
 - Los medios de verificación de una parte de los indicadores no son públicos
 - Para el caso del conjunto Objetivo- Indicadores- Medios de verificación en el nivel de Fin, no se cumple que los indicadores permitan medir, directa o indirectamente, el objetivo.
- **Recomendaciones**
 - Revisar la factibilidad de utilizar la MIR propuesta por el equipo evaluador
 - Se recomienda replantear el establecimiento de las metas, tomando en cuenta los logros que se han tenido en años anteriores, además de los factores que ya se toman en cuenta para su determinación.

- Generar un documento normativo exclusivo para el programa en el que se establezcan sus principales elementos del diseño, incluyendo el resumen narrativo de su MIR, así como su mecánica operativa general.
- Incluir las series correspondientes en las fichas de indicadores en las que no existe información (Ver Anexo 6).
- Publicar los medios de verificación correspondientes a los indicadores en los que no se especifica un enlace para su consulta. (Anexo 4 MIR actual.)

VI. Presupuesto y rendición de cuentas

● Debilidades o Amenazas

- El programa no identifica sus gastos unitarios.
- El programa no cuenta con un documento normativo publicado en una página electrónica.

● Recomendaciones

- Se recomienda hacer un esfuerzo por identificar gasto unitario que permita la comparabilidad con otros programas.
- Se recomienda generar un documento que recopile la información necesaria para que el ciudadano tenga una idea clara de la naturaleza del programa y publicarlo en la web.
- Se recomienda tener claridad sobre la resolución de los recursos de revisión presentados ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Esta información debe ser utilizada como un insumo para mejora del programa.

VII. Complementariedades y coincidencias con otros programas federales

- Los elementos de diseño del programa no permiten contar con información suficiente para establecer posibles coincidencias o complementariedades del programa con otras acciones.

VII. CONCLUSIONES

Podemos concluir que el Pp E011:

- ha identificado bien el problema que pretende atender y cuenta con una justificación razonable del tipo de intervenciones que está implementando;
- ha identificado bien a sus poblaciones potencial y objetivo;
- dispone de información sistematizada sobre sus beneficiarios y sobre el tipo de apoyo otorgado;
- cuenta con una MIR aceptable, y
- sus resultados están accesibles públicamente.

Sin embargo, podría:

- actualizar y enriquecer su diagnóstico, incorporando información sobre riesgos y algunos daños importantes no registrados (como los padecimientos mentales);
- alinear sus objetivos y metas con las estrategias y programas institucionales y sectoriales;
- identificar de manera precisa las metodologías que utiliza para el cálculo de sus poblaciones potencial y objetivo
- contabilizar de manera más objetiva sus poblaciones, revisando otras metodologías de cuantificación de poblaciones adscritas a instituciones de salud y fuentes de información (Censo Nacional de Población, Encuesta Inter-Censal, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Encuesta de Empleo y Seguridad Social);
- volcar de manera más decidida sus intervenciones hacia los riesgos y daños asociados con las enfermedades no transmisibles, las lesiones (intencionales y no intencionales) y padecimientos mentales;
- fortalecer con mejores indicadores su MIR;
- buscar la generación de información periódica que requiere para darle seguimiento más objetivo a sus intervenciones y sus resultados (información sobre riesgos asociados a enfermedades no transmisibles y padecimientos mentales, información sobre medicamentos e insumos, información sobre calidad técnica e interpersonal de los servicios prestados), y
- hacer una difusión más amplia de sus resultados.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1 “Descripción General del Programa”

1. Identificación del programa

El programa E011 “Atención a la Salud” (Pp E011) es un programa presupuestario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se encuentra coordinado por la Dirección de Prestaciones Médicas de esta institución. Este programa surgió en 2016 de la fusión del programa E002 “Atención Curativa Eficiente” y la parte curativa del programa E008 “Salud Reproductiva”.

2. Problema o necesidad que pretende atender

El programa busca enfrentar la alta morbilidad que existe en los derechohabientes del IMSS.

3. Metas y objetivos nacionales a los que se vincula

Se trata de un programa vinculado con el *Programa Institucional del IMSS 2014-2018* (http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf) y con el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* (http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html). El propósito del Pp E011 está alineado, a través de éstos programas, con el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud” del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* (<http://pnd.gob.mx/>).

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

Los objetivos del programa son la atención oportuna y de calidad de los derechohabientes del IMSS, contar con abasto de insumos para la atención y reducir los riesgos derivados de la atención médica.

5. Identificación y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida y 6. Cobertura y mecanismos de focalización

La población potencial del programa se define como todos los derechohabientes del IMSS. Esta población se estimó para el año 2016 en 61,983,123 individuos. La población objetivo incluye a todos los derechohabientes adscritos a una unidad de medicina familiar. La cifra de esta población se estimó en 53,302,594 individuos. Finalmente, la población atendida, que comprende a la población adscrita a un médico familiar, ascendió a 43,093,922 afiliados.

7. Presupuesto aprobado

Según lo reportado en el portal de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (<https://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=50E011>), el programa cuenta con un presupuesto aprobado de 189,289.76 millones de pesos.

8. Principales metas de Fin, Propósito y Componentes

Las metas de *Fin* a las que aspira el programa son generar algún cambio en la esperanza de vida al nacer y en la tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo. Su meta de *Propósito* es disminuir la tasa de incidencia de ciertas enfermedades crónico degenerativas en derechohabientes del IMSS. Las metas a nivel *Componente* son mejorar los porcentajes de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel; los porcentajes de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad a los 20 días hábiles o menos a partir de una solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad; los porcentajes de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad; la tasa de infecciones nosocomiales; los porcentajes de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia; los porcentajes de pacientes en control adecuado de hipertensión arterial en medicina familiar; los porcentajes de preeclampsia-eclampsia, y la frecuencia de prematurez.

Algunos hallazgos

Se considera que, para alcanzar sus objetivos, el programa debe focalizar sus recursos y esfuerzos en las principales causas de discapacidad y muerte en la población afiliada al IMSS, dentro de las que destacan las enfermedades no transmisibles (como los padecimientos cardiovasculares, el cáncer y la diabetes), los padecimientos mentales (en particular la depresión) y las lesiones. Es urgente dedicar muchos mayores recursos a la atención de los padecimientos mentales. Además es importante darle al tema de la calidad un lugar prioritario para así ampliar los esfuerzos por mejorar tanto la calidad técnica de la atención como la calidad interpersonal, lo que supone mejorar los tiempos de espera y el trato que reciben los pacientes.

ANEXO 2 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”

Las poblaciones potencial y objetivo del Pp E011 se cuantifican de la siguiente manera:

1. Población potencial: Número de personas con derechos vigentes para recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social, dependiendo del régimen de aseguramiento en que se encuentren inscritos. Incluye a los asegurados trabajadores y no trabajadores, a sus familiares dependientes y a los pensionados y sus beneficiarios. Esto incluye a las personas que se encuentran vinculadas de manera permanente o eventual por una relación de trabajo o cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones. Las cifras de asegurados y pensionados se determinan con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Para el ejercicio presupuestal de 2016 se estimó en más de 55 millones de personas.
2. Población objetivo: Cifra calculada con base en los registros administrativos del IMSS y que se refiere al número de casos de derechohabientes vigentes en un mes en particular, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel y con inscripción a consultorio. En la estadística de casos se contabiliza más de una vez a los derechohabientes titulares con más de un puesto de trabajo, así como a los derechohabientes que reciben más de un pago por concepto de pensión. De manera similar, los derechohabientes adscritos al IMSS como titulares y como beneficiarios de otro titular, se contabilizan dos veces. Las estadísticas de población derechohabiente adscrita a unidad y a médico familiar del IMSS, tanto las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, se determinan con base en los registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer). Para 2016 la población objetivo se estimó en poco más de 45 millones de derechohabientes.

De forma complementaria a lo ya mencionado, en seguida se muestran estimaciones realizadas a partir de la última encuesta Inter-Censal 2015 llevada a cabo por el INEGI de la población afiliada al IMSS a nivel nacional por entidad federativa y para algunos grupos etarios, a saber: menores de 10 años, 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años, y mayores de 59 años. La fuente de información utilizada es una encuesta de cobertura temática amplia que actualiza la información sobre el volumen, composición y distribución de la población residente en el territorio nacional, y que renueva diversos indicadores socioeconómicos y culturales de esta misma población, así como de las condiciones prevalecientes en sus viviendas. La muestra definida para esta encuesta permite estimar los totales de viviendas particulares habitadas y la población que en ellas reside para los siguientes dominios de estudio: Estados

Unidos Mexicanos, 32 entidades federativas, 2457 municipios o delegaciones y las localidades de 50 mil o más habitantes.

Estas estimaciones complementarias (véanse cuadros I y II) que permiten sugerir la existencia de un nivel elevado de sobre-estimación de la población beneficiaria del Pp E011: 50% en el caso de la población potencial y cerca de 22% en el caso de la población objetivo. Futuras evaluaciones deberán abocarse a precisar e identificar perfiles (sociodemográficos, económicos y de salud) específicos. Para ello, es clave poner a disposición de futuras evaluaciones, información (a nivel de micro dato) sociodemográficos y de atención de la salud, lo último con el objetivo de valorar estadísticamente la precisión, consistencia interna y consistencia externa de las cifras reportadas oficialmente.

CUADRO I
Distribución de la población afiliada al IMSS por Entidad Federativa
de acuerdo a la Encuesta Inter-Censal 2015

Entidad federativa	N	%
Aguascalientes	616,307	1.66
Baja California	1,503,640	4.05
Baja California Sur	308,153	0.83
Campeche	237,612	0.64
Coahuila	1,785,804	4.81
Colima	289,590	0.78
Chiapas	449,236	1.21
Chihuahua	1,689,274	4.55
Durango	594,030	1.60
Guanajuato	1,670,711	4.50
Guerrero	386,120	1.04
Hidalgo	508,639	1.37
Jalisco	3,237,466	8.72
Estado de México	4,700,266	12.66
Michoacán	913,322	2.46
Morelos	497,501	1.34
Nayarit	360,131	0.97
Nuevo León	2,944,163	7.93
Oaxaca	408,396	1.10
Puebla	1,080,393	2.91
Querétaro	794,516	2.14
Quintana Roo	582,892	1.57
San Luis Potosí	835,355	2.25
Sinaloa	1,228,901	3.31
Sonora	1,314,292	3.54
Tabasco	371,269	1.00
Tamaulipas	1,332,856	3.59
Tlaxcala	211,623	0.57
Veracruz	1,908,323	5.14
Yucatán	779,665	2.10
Zacatecas	389,832	1.05
Distrito Federal	3,200,339	8.62
Nacional	37,130,617	100.00

Nota: Estimaciones del número de afiliados estatales al IMSS realizadas a partir de la Encuesta Inter censal 2015.

CUADRO II
Población afiliada al IMSS de acuerdo a la Encuesta Inter-Censal 2015

Entidad Federativa	Menores de 10 años	10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Mayores de 59 años	Nacional
Aguascalientes	115,353	111,511	166,840	163,380	59,806	616,368
Baja California	251,786	259,012	432,510	434,326	123,753	1,503,790
Baja California Sur	53,871	48,970	85,014	93,360	26,683	308,184
Campeche	36,890	34,810	70,137	70,020	27,143	237,636
Coahuila	329,079	310,343	481,393	477,961	185,860	1,785,983
Colima	47,430	47,200	80,764	80,168	32,663	289,619
Chiapas	76,121	74,931	129,647	121,774	46,925	449,280
Chihuahua	289,262	292,643	471,829	461,725	172,518	1,689,443
Durango	108,327	100,891	160,464	153,232	71,307	594,090
Guanajuato	296,874	280,253	477,143	451,577	166,077	1,670,878
Guerrero	56,798	60,771	111,581	97,419	59,346	386,158
Hidalgo	73,779	83,191	147,712	139,025	65,327	508,689
Jalisco	538,706	538,675	914,966	867,637	378,620	3,237,790
Estado de México	654,645	733,377	1,394,234	1,310,081	609,564	4,700,736
Michoacán	151,657	145,141	260,356	233,399	123,293	913,413
Morelos	69,680	71,981	144,524	125,833	84,649	497,550
Nayarit	61,483	57,821	96,704	93,360	48,765	360,167
Nuevo León	486,592	469,644	817,200	839,223	331,695	2,944,458
Oaxaca	64,996	64,901	119,020	105,537	52,906	408,437
Puebla	159,855	165,202	314,553	294,286	148,596	1,080,501
Querétaro	128,821	128,031	233,789	230,355	74,068	794,595
Quintana Roo	100,715	87,321	172,154	185,705	35,884	582,951
San Luis Potosí	137,019	141,601	234,852	225,281	97,070	835,439
Sinaloa	194,988	207,682	337,932	314,582	174,358	1,229,023
Sonora	225,437	220,662	362,373	351,114	153,656	1,314,424
Tabasco	62,068	54,871	108,393	113,655	31,283	371,306
Tamaulipas	234,805	217,122	374,063	369,380	138,475	1,332,989
Tlaxcala	33,376	34,810	58,447	56,828	27,603	211,645
Veracruz	273,452	267,862	552,593	508,405	307,312	1,908,514
Yucatán	119,452	117,411	222,100	208,030	112,712	779,743
Zacatecas	71,437	67,261	107,331	101,478	40,484	389,871
Distrito Federal	351,330	405,334	984,040	868,651	592,082	3,200,659
Nacional (N)	5,855,498	5,900,055	10,626,783	10,147,798	4,600,483	37,130,617
%	15.77	15.89	28.62	27.33	12.39	100

Nota: Estimaciones del número de afiliados estatales al IMSS realizadas a partir de la Encuesta Inter censal 2015.

ANEXO III “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”

El programa no establece un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios.

ANEXO 4 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”

Detalle de la Matriz								
Ramo:	50 - Instituto Mexicano del Seguro Social							
Unidad Responsable:	GYR - Instituto Mexicano del Seguro Social							
Clave y Modalidad del Pp:	E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:	E-011 - Atención a la Salud							
Clasificación Funcional:								
Finalidad:	2 - Desarrollo Social							
Función:	3 - Salud							
Subfunción:	2 - Prestación de Servicios de Salud a la Persona							
Actividad Institucional:	4 - Oportunidad en la atención curativa, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación							
Objetivo			Fin			Supuestos		
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención médica de los derechohabientes del IMSS para incrementar su esperanza de vida al nacer			1			Los determinantes sociales en salud de impacto negativo, disminuyen		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)	El indicador capta la demanda de atención médica hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención médica primaria.	(Número de egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más / Total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud)*100,000	Relativo	Índice	Estratégico	Eficacia	Anual	
Esperanza de Vida al Nacer	Es el promedio de años que espera vivir una persona derechohabiente al IMSS al momento de su nacimiento.	Se obtendrá mediante la utilización de la tabla de vida actuarial propuesta en el documento referido en el capítulo de documentos de la matriz. El indicador de Esperanza de Vida con el procedimiento de cálculo está disponible en: http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones	Absoluto	AÑOS	Estratégico	Eficacia	Anual	NÚMERO DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO: Informes, reportes, sistema.; POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR: Informes, reportes, sistema.
Objetivo			Propósito			Supuestos		
La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad			1			Los derechohabientes del IMSS se responsabilizan por el autocuidado a la salud y llevan un estilo de vida saludable		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS	Número de notificaciones de sospecha de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas que ocurrieron en los pacientes que fueron atendidos en IMSS en un año.	(Total de casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas) / (Población adscrita a médico familiar) X 100,000	Absoluto	Tasa de incidencia	Estratégico	Eficacia	Anual	Total de casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas: Boletín epidemiológico del IMSS; Población adscrita a médico familiar: http://11.22.41.169/poblacion/interfazPoblacion.aspx?origen=infoSalud

Evaluación de Diseño

Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Objetivo			Orden			Supuestos		
Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas			1			La asignación de recursos económicos para el IMSS se mantiene con el propósito de atender a la población con enfermedades crónicas		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70-130 mg/dl)	Medir el porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 y glucemia controlada (70 - 130 mg/dl) que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año)	Número de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (CIE-10 E11) subsecuentes con cifras de glucemia de 70 a 130 mg/dl en el resultado más reciente de los últimos 3 meses / Total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 subsecuentes atendidos en el periodo x 100	Relativo	Persona	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (CIE-10 E11) subsecuentes con cifras de glucemia de 70 a 130 mg/dl en el resultado más reciente de los últimos 3 meses: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF); Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 subsecuentes atendidos en el periodo : Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)
Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar	Porcentaje de pacientes hipertensos con cifras de tensión arterial con control adecuado (sistólica menor de 130 mmHg y diastólica menor de 90 mm Hg), que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año)	Número de pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (CIE I10 - I15) con cifras de tensión arterial sistólica menor de 130 mmHg y diastólica de menor 90 mmHg / Total de pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica) X 100	Relativo	Persona	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica : Sistema de Información de Atención Integral (SIAIS); Pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (CIE I10 %u2013 I15) con cifras de tensión arterial sistólica menor de 130 mmHg y diastólica de menor 90 mmHg: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)
Objetivo			Orden			Supuestos		
Infecciones nosocomiales reducidas			2			Los trabajadores, pacientes y familiares visitantes realizan medidas de prevención de infecciones nosocomiales		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días estancia en Unidades Médicas Hospitalarias de 20 o más camas censables.	Es un indicador de la atención médica, que se asocia a la calidad de los procedimientos realizados en los pacientes, programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales en unidades médicas que impacta en los siguientes parámetros: sobreestancia hospitalaria, calidad del servicio, reingresos al hospital, re-intervenciones quirúrgicas y mortalidad. Mide el número de infecciones que se presentan por cada 1,000 días estancia acumulados en los hospitales.	(Número de infecciones nosocomiales en Unidades de Segundo nivel de 20 o más camas censables y en Unidades Médicas de Alta Especialidad / Total de días estancia en unidades de Segundo nivel de 20 o más camas censables y en Unidades Médicas de Alta Especialidad) x 1,000	Relativo	Tasa de incidencia	Gestión	Eficacia	Trimestral	Infecciones Nosocomiales : Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones Nosocomiales, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ; Días estancia : Sistema de Información de Egresos y Días Estancia. Data Mart Estadísticas Médicas

Evaluación de Diseño

Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Objetivo			Orden			Supuestos		
Atención médica en servicios de urgencia otorgada			3			Los pacientes se adhieren al tratamiento		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel	Derechohabientes que tardan más de 12 horas para ser egresados del área de observación de los servicios de urgencias de las Unidades Médicas de Segundo Nivel.	(Número de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias de segundo nivel, con estancia de más de 12 horas / Total de pacientes egresados de los servicios de urgencias, en unidades de segundo nivel) X 100	Relativo	Asegurado	Gestión	Calidad	Semestral	Total de pacientes egresados del área de observación de los servicios de urgencias de segundo nivel, con estancia de más de 12 horas: Evaluación de las prestaciones médicas: Indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud ; Total de pacientes egresados de los servicios de urgencias en unidades de segundo nivel: Evaluación de las prestaciones médicas: Indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud
Atención médica otorgada con oportunidad en UMAE			4			Se cuenta con infraestructura y recursos humanos necesarios para el otorgamiento de atención médica		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Proporción de intervenciones quirúrgicas electivas no concertadas realizadas en la Unidad Médica de Alta Especialidad, dentro del plazo establecido como adecuado.	(Total de pacientes a quienes se les realiza una intervención quirúrgica electiva no concertada, dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante de la UMAE) / (Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE) X 100	Absoluto	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de pacientes a quienes se les programa una cirugía electiva no concertada a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ). : Sistema Institucional de Indicadores de la División de Información en Salud del ; Total de pacientes con solicitud otorgada por médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE : Sistema Institucional de Indicadores de la División de Información en Salud del IMSS
Porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Proporción de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad en menos de 20 días hábiles a partir de la solicitud en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	(Número de pacientes de primera vez con cita programada en especialidades de una UMAE en un plazo de 20 días hábiles o menos a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE) / (Total de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidades de primera vez (por el segundo y eventualmente primer nivel de atención) a la UMAE) X 100	Absoluto	Porcentaje	Gestión	Calidad	Trimestral	Total de pacientes a quienes se les programa una cita de especialidad de primera vez en cada UMAE en un mes : Sistema Institucional de Indicadores de la División de Información en Salud del IMSS ; Total de pacientes a quienes se les programa una cita de especialidad en menos de 20 días hábiles a partir de presentar su solicitud en cada UMAE en un mes : Sistema Institucional de Indicadores de la División de Información en Salud del IMSS

Evaluación de Diseño

Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Objetivo			Orden			Supuestos		
Complicaciones obstétricas y perinatales disminuidas			5			La mujer embarazada, tiene apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, identifica los signos y síntomas de alarma obstétrica y acude de inmediato a la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de preeclampsia - eclampsia	Proporción de embarazadas con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia en los hospitales de 2º y 3er nivel	(Egresos hospitalarios con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia (CIE 10, códigos O13, O14, O15, O16))/(Total de egresos hospitalarios (en el post parto y post aborto) menos los abortos (CIE10 códigos O00 a O08))*100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Egresos hospitalarios posevento obstétrico:Materna 05 Proporción de preeclampsia %u2013 eclampsia. División de Información en Salud. http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud ; Egresos hospitalarios posevento obstétrico con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia:Materna 05 Proporción de preeclampsia %u2013 eclampsia. División de Información en Salud. http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud
Proporción de prematuridad	Porcentaje de recién nacidos menores de 37 semanas de gestación	Total de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, en un periodo y área geográfica determinados/Total de recién nacidos vivos del mismo periodo y área geográfica * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación:Neonatal 03 Proporción de prematuridad. División de Información en Salud. http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud ; Total de nacidos vivos:Neonatal 03 Proporción de prematuridad. División de Información en Salud. http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud
Actividad								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Suministro de medicamentos			1			La demanda del servicio de atención médica, se mantiene en los niveles institucionales pronosticados. Los padecimientos de alto impacto registrados, permanecen bajo un control adecuado en los tres niveles de atención		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de surtimiento de recetas médicas	Es la proporción de las recetas médicas que se atienden por las farmacias de las unidades médicas	(Total de recetas de medicamentos atendidas/Total de recetas individuales de medicamentos presentadas)*100	Relativo	Recetas	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de recetas de medicamentos atendidas:Reporte de surtimiento de recetas médicas al mes de%u2026 Coordinación de Control de Abasto en http://www.imss.gob.mx ; Total de recetas individuales de medicamentos presentadas:Reporte de surtimiento de recetas médicas al mes de%u2026 Coordinación de Control de Abasto en http://www.imss.gob.mx

Evaluación de Diseño Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Objetivo			Orden			Supuestos		
Otorgamiento de consulta en urgencias			1			Los pacientes tienen acceso a los servicios de urgencias		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Índice consultas de urgencias por 1000 derechohabientes en unidades de segundo nivel	Es el valor que refleja el comportamiento de la demanda de atención en el proceso de urgencias.	(Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel / total de derechohabientes adscritos a médico familiar) X 1000	Relativo	Asegurado	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel; Evaluación de las prestaciones médicas: Indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel; Total de derechohabientes adscritos a médico familiar; Evaluación de las prestaciones médicas: Indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel: http://11.22.41.169/evaluacion14/default2.aspx?origen=infoSalud
Objetivo			Orden			Supuestos		
Limpieza de las Unidades Médicas.			1			Los usuarios respetan las reglas de higiene básicas en las Unidades Médicas.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos	Medición de la eficacia en el Nivel Integral de Limpieza (NIL) de las Unidades Médicas	(Suma de calificaciones de las evaluaciones de limpieza / Número de evaluaciones practicadas o áreas calificadas) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Suma de calificaciones de las evaluaciones de limpieza; Informe Consolidado del Nivel Integral de Limpieza (ID_NAC_NIL_2016); Número de evaluaciones practicadas o áreas calificadas; Informe Consolidado del Nivel Integral de Limpieza (ID_NAC_NIL_2016)
Objetivo			Orden			Supuestos		
Programación de atención médica y quirúrgica en Unidades Médicas de Alta Especialidad.			1			Los pacientes reúnen las condiciones necesarias para programación de atención médica y quirúrgica		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Número de consultas de primera vez otorgadas en un mes.	Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Absoluto	Consulta	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de consultas de primera vez : Data Mart Estadísticas Médicas
Total de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Medir el número de cirugías programadas y realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad en un mes	Total de cirugías electivas programadas realizadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Absoluto	Cirugías	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de cirugías electivas programadas realizadas en un mes en UMAE : Formato 4-30-27 Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano.

Evaluación de Diseño Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Objetivo			Orden			Supuestos		
Atención a pacientes con enfermedades crónicas en unidades de medicina familiar			1			Los patrones incorporan a los trabajadores que tienen derecho a la atención en el IMSS		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Total de pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta de medicina familiar	Número total de pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta de medicina familiar	Absoluto	Persona	Gestión	Eficacia	Trimestral	Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 :Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)
Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar	Total de pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden a la consulta de medicina familiar	Número total de pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden a la consulta de medicina familiar	Absoluto	Persona	Gestión	Eficacia	Trimestral	Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar :Sistema de Información de Atención Integral (SIAIS)
Objetivo			Orden			Supuestos		
Atención adecuada de las pacientes embarazadas			1			La mujer embarazada acude dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones en el binomio madre-hijo; así como iniciar la comunicación educativa para el cuidado de la salud La mujer embarazada acude a 7 consultas prenatales para favorecer la oportunidad de brindarle acciones preventivas, educativas y asistenciales para el autocuidado de la salud del binomio.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	La embarazada acude dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones en el binomio madre-hijo; así como iniciar la comunicación educativa para el cuidado de la salud	(Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación/ Total de consultas prenatales de primera vez) X 100	Relativo	Consulta	Gestión	Eficacia	Trimestral	Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación. :Informes, reportes, sistema.
Promedio de atenciones prenatales por embarazada	Es el número de atenciones prenatales que recibe cada embarazada durante su atención en medicina familiar para incrementar el número de oportunidades del personal de salud para realizar la vigilancia prenatal y la comunicación educativa para el autocuidado de la salud del binomio madre-hijo.	(Total de consultas para la vigilancia prenatal/Total de consultas de primera vez para la vigilancia prenatal)	Relativo	Consulta	Gestión	Eficacia	Trimestral	Total de consultas de primera vez para la vigilancia prenatal. :Informes, reportes, sistema.; Total de consultas para la vigilancia prenatal. :Informes, reportes, sistema.

ANEXO 5 “Indicadores”

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	C	R	E	M	A	Nombre	Definición	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)	si	no	si	si	no	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente
	Esperanza de Vida al Nacer	si	no	si	si	no	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
Propósito	Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS	si	si	si	si	si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente
Componente 1	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70 -130 mg/dl)	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente
Componente 2	Tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días estancia en Unidades Médicas Hospitalarias de 20 o más camas censables.	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Componente 3	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente
	Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
Componente 4	Porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Porcentaje de preeclampsia - eclampsia	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente
Componente 5	Proporción de prematuridad	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Descendente

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Actividades	Porcentaje de surtimiento de recetas médicas	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Índice consultas de urgencias por 1000 derechohabientes en unidades de segundo nivel	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Total de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente
	Promedio de atenciones prenatales por embarazada	si	si	si	si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Ascendente

ANEXO 6 “Metas del programa”

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Unidad de medida	Justificación	Orientada al desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta
Fin	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE)	Si	Tasa	Si	En comparación con la línea base de 16.7 en 2011, el establecimiento de una tasa de 16.3 en 2016 permite afirmar que está orientada al desempeño	Si	La reducción en la tasa es de 0.3 puntos porcentuales ente 2011 y 2016, sí se considera factible	No
	Esperanza de Vida al Nacer	Si	Años	Si	El valor promedio que ha tomado la meta en la serie presentada es menor por lo que sí se considera orientada al desempeño	Si	Los valores mostrados en la serie estadística son menores pero cercanos al valor establecido de la meta	No
Propósito	Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS	Si	Tasa de incidencia	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si está orientada al desempeño	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si es factible	No
Componente 1	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70 -130 mg/dl)	Si	Persona	Si	Se considera que una meta de 46.7 está orientada al desempeño si se compara con la alcanzada en 2008, 20.63	Si	El comportamiento ascendente del indicador y el planteamiento de metas trimestrales de manera ascendente permite determinar la factibilidad de la meta	No
	Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar	Si	Persona	Si	Se considera orientada al desempeño ya que se establece un incremento considerable de 14.28 puntos desde 2008	Si	El establecimiento de metas en el año fiscal, con tendencia ascendente permite contar con factibilidad	No

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Componente 2	Tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días estancia en Unidades Médicas Hospitalarias de 20 o más camas censables.	Si	Tasa	Si	SE considera orientada al desempeño, en tanto que el valor de la línea base es menor en 1.22 puntos.	Si	Se considera factible en tanto que se establecen las metas trimestrales de manera descendente.	No
Componente 3	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel	Si	Asegurado	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si está orientada al desempeño	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si es factible	No
Componente 4	Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Si	Asegurado	Si	Se considera orientada al desempeño en tanto que el incremento planteado entre 2013 y 2016 es de 0.6 puntos porcentuales.	Si	Un incremento de 0.6 puntos porcentuales en tres años se considera factible.	No
	Porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Si	Porcentaje	Si	Se considera orientada al desempeño ya que se establece por arriba del valor de la línea base en 2014.	Si	Se considera factible un incremento de 1.2 puntos porcentuales de 2014 a 2016.	No
Componente 5	Porcentaje de preeclampsia - eclampsia	Si	Porcentaje	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta está orientada al desempeño ya que no hay una serie estadística del indicador	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta es factible ya que no hay una serie estadística de la misma	No

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

	Si	Porcentaje	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta está orientada al desempeño ya que no hay una serie estadística de la misma	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta es factible ya que no hay una serie estadística de la misma	No
Proporción de prematuréz							

Actividades	Porcentaje de surtimiento de recetas médicas	Si	Recetas	Si	Con la meta establecida de 96.29 se plantea un incremento de 0.29 puntos porcentuales con respecto a 2013. Por esta razón se considera orientada al desempeño	Si	También se considera que este incremento de 0.29 puntos porcentuales es factible dados los recursos del programa.	No
	Índice consultas de urgencias por 1000 derechohabientes en unidades de segundo nivel	Si	Asegurado	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta está orientada al desempeño ya que no hay una serie estadística de la mismos	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta es factible ya que no hay una serie estadística de la misma	No
	Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos	Si	Porcentaje	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta está orientada al desempeño ya que no hay una serie estadística de la mismos	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta es factible ya que no hay una serie estadística de la misma	No
	Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Si	Consulta	Si	Para lograr esta meta se requiere de un incremento de 3,918 consultas entre 2014 y 2016, por lo que se considera orientada al desempeño.	Si	El establecimiento de las metas trimestrales a lo largo del año fiscal permite considerar la factibilidad de la meta anual.	No

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Actividades	Total de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Si	Cirugías	Si	Se considera orientada al desempeño porque el valor establecido en la línea base es 3.932 cirugías menor.	Si	Es factible en tanto que las metas trimestrales son de 43,000, lo cual da un resultado anual de 172,000 cirugías.	No
	Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Si	Persona	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta está orientada al desempeño ya que no hay una serie estadística de la mismos	NI	No se cuenta con información para determinar si la meta es factible ya que no hay una serie estadística de la misma	No
	Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar	Si	Persona	Si	Es establecimiento de la meta para 2016 implica un incremento de más de dos millones y medio de personas, con respecto a 2008. Por ello se considera orientada al desempeño.	Si	Se considera factible la meta anual ya que se consideran como metas trimestrales más de cuatro millones de consultas.	No
	Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	Si	Consulta	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si está orientada al desempeño	NI	La línea base para el indicador se establece en 2016, por lo que es este año el primero en el que se establece esa meta. No se cuenta con información anterior para saber si es factible	No

ANEXO 7 “Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados

FIN								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la prestación a los afiliados al IMSS de servicios personales de salud integrales, efectivos y oportunos que respeten los derechos de los usuarios y nos les generen cargas financieras			1			La tendencia en el tiempo de la proporción de trabajadores formales, en la fuerza laboral, se mantiene constante.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de hospitalización por diabetes mellitus (DM) tipo II no controlada con complicaciones de corto plazo	Diabéticos que se internan en hospitales del IMSS por complicaciones de corto plazo de su enfermedad	(Número de egresos hospitalarios en el IMSS con diagnóstico principal de DM tipo II con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más / Total de población de 15 años y más afiliada al IMSS) * 100,000	Relativo	Tasa	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros de egresos hospitalarios del IMSS
Tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio (IAM)	Muertes por IAM en pacientes internados con ese diagnóstico en hospitales del IMSS	(Número de pacientes internados en hospitales del IMSS con diagnóstico de IAM que fallecen dentro de los 30 días posteriores a su ingreso por cualquier causa / Total de pacientes internados en hospitales del IMSS con diagnóstico de IAM) * 100	Relativo	Tasa	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros de egresos hospitalarios del IMSS
Tasa de cesáreas	Porcentaje de nacimientos quirúrgicos	(Número de nacimientos quirúrgicos en unidades del IMSS / Total de nacimientos en unidades del IMSS) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Satisfacción con los servicios personales de salud	Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del IMSS con la atención recibida en las unidades de esta institución	[Número de pacientes entrevistados que se atienden en una unidad del IMSS que se declaran satisfechos con la atención recibida (la califican como muy buena o buena)] / Número total de pacientes entrevistados] * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Bienal	Encuestas Externas de Satisfacción y Trato Adecuado del IMSS
Prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud	Hogares de afiliados al IMSS que presentan gastos catastróficos por motivos de salud	(Número de hogares de afiliados al IMSS que presentan gastos catastróficos por motivos de salud / Número total de hogares de afiliados al IMSS) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Bienal	Bases de Datos de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud
PROPÓSITO								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Los usuarios de los servicios del IMSS reciben servicios personales de salud integrales, efectivos y oportunos.			11			La tendencia en el tiempo de la proporción de trabajadores formales, en la fuerza laboral, se mantiene constante.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Pacientes diabéticos bajo control	Porcentaje de pacientes afiliados al IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una unidad de medicina familiar (UMF) que presentan niveles adecuados de HbA1c	(Pacientes afiliados al IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una unidad de medicina familiar (UMF) con niveles adecuados de HbA1c (menos de 6.5%) / Pacientes afiliados al IMSS con diagnóstico de DM adscritos a una UMF tipo II) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

Pacientes hipertensos bajo control	Porcentaje de pacientes afiliados al IMSS con diagnóstico de hipertensión arterial (HA) adscritos a una UMF que presentan cifras adecuadas de presión arterial	(Pacientes afiliados al IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF con cifras adecuadas de presión arterial (sistólica menor de 130 mmHg y diastólica menor de 90 mmHg) / Pacientes afiliados al IMSS adscritos a una UMF con diagnóstico de HA) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Cálculo de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas	Porcentaje de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF a la que se le calcula el riesgo obstétrico en la primera consulta prenatal y en las consultas subsecuentes	(Número de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF a las que se les calcula el riesgo obstétrico en sus consultas prenatales / Total de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS) * 100	Relativo	Porcentaje	Éstratégico	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Insatisfacción con tiempos de espera en urgencias	Porcentaje de usuarios de los servicios de urgencias del IMSS que se manifiestan insatisfechos con los tiempos de espera en dichos servicios	[Número de pacientes entrevistados que se atienden en un servicio de urgencias del IMSS que se declaran insatisfechos con la atención recibida (la califican como mala o muy mala) / Número total de pacientes entrevistados en los servicios de urgencias] * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Bienal	Encuestas Externas de Satisfacción y Trato Adecuado del IMSS

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

COMPONENTE								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Servicios de atención a la salud en los tres niveles de atención, entregados.			111			Los usuarios de los servicios mantienen el interés por recibir servicios en las unidades de atención a la salud		
Pacientes con DM tipo II a los que se les solicitan pruebas de HbA1c	Porcentaje de pacientes del IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF al que se le solicita pruebas de HbA1c	(Número de pacientes del IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF al que se le solicita pruebas de HbA1c tres veces al año / Número total de pacientes del IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Pacientes hipertensos a los que se les toma la presión arterial	Porcentaje de pacientes del IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF al que se le mide la presión arterial de manera regular	(Número de pacientes del IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF al que se le mide la presión arterial tres veces al año / Número total de pacientes del IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Mujeres embarazadas bajo control prenatal	Porcentaje de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF que recibe un adecuado control prenatal	(Número de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF que recibe por lo menos tres consultas prenatales / Número total de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Surtimiento completo de recetas	Porcentaje de usuarios de los servicios ambulatorios del IMSS a los que se les surte de manera completa su receta	(Número de pacientes entrevistados que se atienden en un servicio ambulatorio del IMSS al que le surte de manera completa su receta / Número total de pacientes entrevistados en los servicios ambulatorios del IMSS) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

			ACTIVIDAD					
Objetivo			Orden			Supuestos		
Realización de acciones de atención a la salud en los tres niveles			1111			Los derechohabientes del IMSS mantienen interés por acudir a las unidades de atención a recibir los servicios de atención a la salud		
Pacientes con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar	Porcentaje de pacientes del IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar	(Pacientes del IMSS con diagnóstico de DM tipo II adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar/ Total de Pacientes con diagnóstico de DM de tipo II adscritos a una UMF)*100	Relativo	Porcentaje	Gestion	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Pacientes con diagnóstico de HA adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar	Porcentaje de pacientes del IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar	(Pacientes del IMSS con diagnóstico de HA adscritos a una UMF que acuden de manera subsecuente a la consulta de medicina familiar/ Total de Pacientes con diagnóstico de HA adscritos a una UMF)*100	Relativo	Porcentaje	Gestion	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS
Oportunidad de inicio de vigilancia prenatal	Porcentaje de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF que acude a consulta prenatal oportunamente	(Número de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF que acude a consulta prenatal dentro de las primeras 13 semanas de gestación / Número total de mujeres embarazadas afiliadas al IMSS adscritas a una UMF) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestion	Eficacia	Anual	Registros regulares del IMSS

ANEXO 8 “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”

Capítulos de gasto	Concepto de Gasto		Concepto de gasto	Total
1000: Servicios personales	1100	REMUNERACIÓN AL PERSONAL DE CARÁCTER PERMANENTE	Gasto directo	11,931,936,734.53
	1200	REMUNERACIÓN AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO	Gasto directo	7,682,526.61
	1300	REMUNERACIONES ADICIONES Y ESPECIALES	Gasto directo	4,704,530,533.58
	1400	SEGURIDAD SOCIAL	Gasto directo	8,771,872,848.89
	1500	OTRAS PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS	Gasto directo	36,510,080,328.30
	1600	PREVISIONES		
	1700	PAGO DE ESTÍMULOS A SERVIDORES PÚBLICOS	Gasto directo	7,399,959,950.34
		Subtotal de capítulo 1000		
2000: Materiales y suministros	2100	MATERIALES DE ADMINISTRACIÓN, EMISIÓN DE DOCUMENTOS Y ARTÍCULO	Gasto directo	689,593,565.36
	2200	ALIMENTOS Y UTENSILIOS	Gasto directo	799,339,048.30
	2300	MATERIAS PRIMAS Y MATERIALES DE PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN		
	2400	MATERIALES Y ARTICULOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE REPARACIÓN		
	2500	PRODUCTOS QUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y DE LABORATORIOS	Gasto directo	22,572,686,530.36
	2600	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS	Gasto directo	142,967,541.55
	2700	VESTUARIOS, BLANCOS, PRENDAS DE PROTECCIÓN Y ARTÍCULOS DEP	Gasto directo	136,868,983.74
	2800	MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SEGURIDAD		
	2900	HERRAMIENTAS, REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES	Gasto directo	493,630,649.32
	Subtotal de capítulo 2000			24,835,086,318.63
3000: Servicios generales	3100	SERVICIOS BÁSICOS	Gasto directo	358,205,894.21
	3200	SERVICIOS DE ARRENDAMIENTOS	Gasto directo	35,688,114.65
	3300	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS, TÉCNICOS Y OTROS SERVICIOS	Gasto directo	3,465,769,496.95
	3400	SERVICIOS FINANCIEROS, BANCARIOS Y COMERCIALES	Gasto directo	168,390,713.46
	3500	SERVICIOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN, MANTENIMIENTO	Gasto en mantenimiento	360,529,526.34
	3600	SERVICIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PUBLICIDAD		
	3700	SERVICIOS DE TRASLADOS Y VIÁTICOS	Gasto directo	771,882,933.39
	3800	SERVICIOS OFICIALES		
	3900	OTROS SERVICIOS GENERALES	Gasto directo	39,044,970.94
	Subtotal del capítulo 3000			5,199,511,649.94
4000: Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	4100	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIÓN AL SECTOR PÚBLICO		
	4200	TRANSFERENCIAS AL RESTO DEL SECTOR PÚBLICO		
	4300	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES		
	4400	AYUDAS SOCIALES		
	4500	PENSIONES Y JUBILACIONES		
	4600	TRANSFERENCIAS A FIDEICOMISOS, MANDATOS Y OTROS ANÁLOGOS.		
	4700	TRANSFERENCIA A LA SEGURIDAD SOCIAL		
	4800	DONATIVOS	Gasto directo	200,000.00
	4900	TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR		
	Subtotal del capítulo 4000			200,000.00
5000: Bienes Muebles e Inmuebles	5100	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN		
	5200	MOBILIARIO Y EQUIPO DE EDUCACIONAL Y RECREATIVO		
	5300	EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO		
	5400	VEHICULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE		
	5500	EQUIPO DE DEFENSA Y SEGURIDAD		
	5600	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
	5700	ACTIVOS BIOLÓGICOS		
	5800	BIENES INMUEBLES		
	5900	ACTIVOS INTANGIBLES		
	Subtotal del capítulo 5000			
6000: Obras públicas	6100	OBRAS PÚBLICAS EN BIENES DE DOMINIO PÚBLICO		
	6200	OBRAS PÚBLICAS EN BIENES PROPIOS		
	6300	PROYECTOS PRODUCTIVOS Y ACCIONES DE FOMENTO		
		Subtotal del capítulo 6000		0
Total del Pp E011				99,360,860,890.82
Metodología y criterios para clasificar cada concepto de gasto				
Gastos en operación Directos	De acuerdo a la descripción de los gastos directos, en la que se considera que éstos corresponden a los capítulos 1000, 2000 y/o 3000 para la realización del programa. La totalidad de los gastos del programa son directos.			
Gastos en operación indirectos	De acuerdo a la descripción de los gastos indirectos, se comenta que los gastos que permiten aumentar la eficiencia y forman parte de los procesos de apoyo se encuentran incluidos en los Programas presupuestarios (Pp) de la modalidad M "actividades de apoyo administrativo".			
Gastos en mantenimiento	Corresponden al importe registrado en el concepto 3500, por \$360,529,526.34			
Gastos en capital	Los gastos de capital son registrados en los Pp de la modalidad K y ascienden al mes de julio para el capítulo 5000 a 200,481,432.58 y para el capítulo 6000 a 560,173,229.77			
Gastos unitarios				

ANEXO 9 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno”

No se cuenta con información suficiente para detectar complementariedades y coincidencias con otros programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno.

ANEXO 10 “Valoración Final del programa”

Tema	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	1.3	El problema que atiende el programa presupuestal se encuentra bien definido en un diagnóstico en el que se caracteriza y cuantifica a la población, sin embargo no se establece plazo para su revisión y actualización.
Contribución a la meta y estrategias nacionales	0.0	El programa no presenta una adecuada alineación a las metas y estrategias nacionales. El documento en el que se presenta no es un documento normativo.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	3.3	Las poblaciones, potencial y objetivo están definidas en el diagnóstico del problema y cuentan con unidad de medida y cuantificación. La metodología para su cuantificación es parcial y no se define un plazo para su revisión y actualización.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	2.5	Existen sistemas de información que permiten conocer quienes reciben los apoyos del programa e incluye todos los servicios que se han otorgado, así como las características correspondientes de los beneficiarios.
Matriz de Indicadores para Resultados	2.3	La lógica vertical de la MIR no es del todo adecuada, un correcto fraseo del propósito podría mejorar dicha lógica, así como una mejor selección de Componentes. La lógica horizontal también tiene problemas, principalmente porque la mayoría de los medios de verificación no son públicos.
Presupuesto y rendición de cuentas	2.5	El programa identifica y clasifica los gastos en los que incurre para su operación de manera adecuada y cuenta con adecuados mecanismos de transparencia, sin embargo
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	NA	
Valoración final	2.0	El programa tiene, en general un diseño adecuado, sin embargo, podría actualizar y

		enriquecer su diagnóstico, contabilizar de manera más objetiva sus poblaciones; mejorar la lógica vertical de su MIR, así como mejorar sus indicadores, y hacer una difusión más amplia de sus resultados.
--	--	---

Nivel= Nivel promedio por tema

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

NA: No aplica

ANEXO 11 “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El programa guarda vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	5	Se recomienda generar un documento normativo en donde quede descrita la alineación con las metas y estrategias nacionales.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El propósito del programa se vincula indirectamente con un Objetivo de Desarrollo Sostenible	6	El programa podría aprovechar esta vinculación e incluirla en un documento estructurado que permita al lector dimensionar la importancia del programa.
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	Las poblaciones (potencial y objetivo) del Pp-E011 están definidas, cuentan con unidad de medida y están cuantificadas	7	Ninguna
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	La información revisada sugiere la existencia de información sistematizada que muestra que la demanda total de apoyos equivale a la cantidad total de servicios de atención de la salud demandados por las personas afiliadas al IMSS y que es objetivo del programa. Además, la estructura de la información que proporcionó la unidad administrativa del programa sugiere que existe información sobre el número total de personas dentro de la población objetivo, y de sus características demográficas y socioeconómicas	8	Ninguna
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	El Pp-E011 cuenta con documentos que incluyen los mecanismos para identificar y cuantificar a la población objetivo	9	Ninguna
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos	Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados,	11	Ninguna

de elegibilidad	estandarizados, y públicos		
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Dada la información revisada es posible suponer que sí existe información que permite conocer quiénes reciben los apoyos del programa	13	
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	La información provista al momento de esta evaluación, permite sugerir la existencia de procesos de colección de información que involucran el llenado de expedientes electrónicos, por ejemplo, donde se capta información socioeconómica, demográfica y de salud de la población atendida por el programa	15	
Análisis de la MIR	La mayoría de las fichas de los indicadores de la MIR cuentan con todas las características y permiten tener la información necesaria para conocer, encontrar las fuentes de información y reproducir el cálculo de la gran mayoría de los indicadores	22	
Debilidad o Amenaza			
Justificación de la creación y del diseño del programa	La identificación del problema no está lo suficientemente reforzada con datos epidemiológicos que permitan una caracterización clara de la población afectada ni de su magnitud. La descripción de la problemática de la mortalidad materna se ve muy forzada en el documento.	1	Se recomienda enriquecer la identificación del problema con datos epidemiológicos relevantes de la población: sexo, edad, condición económica, regionalización, entre otros. Además, resulta importante incluir medidas de frecuencia de enfermedad actualizadas. Finalmente, se considera importante tratar de generar un documento en donde la identificación de la problemática siga una ilación y se cuiden aspectos de forma (ortografía y estilo).
Justificación de la creación y del diseño del programa	El documento que describe el diagnóstico del problema es escueto; la información del problema no permite tener claridad sobre quiénes tienen el problema, cuántos tienen el problema y la regionalización del mismo.	2	Es necesario enriquecer con información epidemiológica actualizada la identificación del problema. El documento debe de pensarse y elaborarse considerando que de este apartado el ciudadano o afiliado extrae la razón de ser del mismo.

Justificación de la creación y del diseño del programa	No existe claridad sobre el tipo de intervenciones (servicios) que realiza el programa y tampoco una descripción de las evidencias que las respaldan.	3	Es necesario dejar documentado de manera clara que servicios otorga el programa y la justificación de su elección. Si las acciones (servicios) o las intervenciones van respaldadas de evidencia nacional o internacional que respalden su utilidad y eficiencia, éstas adquieren mayor relevancia; por lo tanto, se sugiere hacer una revisión bibliográfica sobre las mismas.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El programa no proporcionó un documento en donde se explicita su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 o con el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018.	4	Es necesario generar un documento normativo en donde quede especificada la alineación del programa con las metas y las estrategias nacionales. Es importante que este documento cuente con las características de un documento oficial (con datos como fecha y responsable de elaboración, portada, etc).
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	No existen lineamientos explícitos sobre plazo de revisión y actualización de las poblaciones potencial y objetivo del Pp	7	Especificar en documentos normativos el plazo de revisión y actualización de las poblaciones potencial y objetivo.
Análisis de la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	La revisión de la documentación normativa provista por los encargados el Pp-E011 permite identificar los métodos específicos seguidos para el cálculo de las poblaciones de manera parcial, y que no se identifica dichos métodos para el cálculo de los asegurados titulares, sino únicamente de los beneficiarios familiares de los mismos.	7	Generar un documento metodológico en el que se explique cómo se cuantifica a la población potencial y objetivo correspondiente a los asegurados titulares al IMSS.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	No se identifica un documento en el que se establezca el mecanismo para la depuración y actualización de las bases de datos de los beneficiarios	15	Generar y/o publicar un manual o guía para la actualización y depuración de las bases de datos de los beneficiarios del programa.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Los procedimientos para otorgar los servicios a los afiliados no están difundidos públicamente como parte del programa.	14	Se considera prudente hacer una recopilación de todos los procedimientos que son ámbito de competencia del programa, ordenarlos y ponerlos a disposición de los afiliados y la ciudadanía. El publicar este tipo de documento es un medio para facultar a los afiliados sobre el abanico de acciones que

			tiene o puede recibir. Resulta también importante vincular los procedimientos a un documento normativo del programa (mismo que no existe)
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	La lógica vertical de la MIR no es del todo adecuada, principalmente por la redacción del Propósito y la causalidad entre éste y los Componentes. De igual manera, las actividades no generan de manera conjunta el logro de los componentes.	16-19	Revisar la factibilidad de utilizar la MIR propuesta por el equipo evaluador.
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	No existe un documento normativo exclusivo para el programa en el que se establezcan sus principales elementos del diseño, así como el resumen narrativo de su MIR	20	Generar un documento normativo exclusivo para el programa en el que se establezcan sus principales elementos del diseño, incluyendo el resumen narrativo de su MIR, así como su mecánica operativa general.
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	Algunas metas de los indicadores no cuentan con información estadística suficiente para determinar su orientación al desempeño y su factibilidad.	23	Incluir las series correspondientes en las fichas de indicadores en las que no existe información (Ver Anexo 6).
Análisis de la MIR	Los medios de verificación de una parte de los indicadores no son públicos.	24	Publicar los medios de verificación correspondientes a los indicadores en los que no se especifica un enlace para su consulta. (Anexo 4 MIR actual.)
Análisis de la MIR	Para el caso del conjunto Objetivo-Indicadores- Medios de verificación en el nivel de Fin, no se cumple que los indicadores permitan medir, directa o indirectamente, el objetivo.	25	Revisar la factibilidad de utilizar la MIR propuesta por el equipo evaluador.
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa no identifica de manera clara sus gastos de operación indirectos, gastos en capital y gastos unitarios.	27	Se recomienda hacer un esfuerzo por identificar los gastos totales en los que incurre el programa para poder obtener un gasto unitario que permita la comparabilidad con otros programas.
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa no cuenta con un documento normativo publicado en una página electrónica.	28	Se recomienda generar un documento que recopile la información necesaria para que el ciudadano tenga una idea clara de la naturaleza del programa y publicarlo en la web. Se recomienda tener claridad sobre la resolución de los recursos de revisión presentados ante el Instituto

Evaluación de Diseño
Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

			Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Esta información debe ser utilizada como un insumo para mejora del programa.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	La poca claridad sobre la naturaleza del programa (acciones o intervenciones puestas en marcha) dificulta establecer de manera certera complementariedades o coincidencias con otros programas federales.	30	Se recomienda contar con un documento normativo en el que se especifique de manera clara la naturaleza (acciones) del programa. Contar con este tipo de elementos facilita la comparación entre programas.

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El programa cuenta con un documento en donde es posible visualizar su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y con el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018	4	Se recomienda que exista un solo documento en donde se describa la alineación del programa con las metas y estrategias nacionales.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El programa guarda vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y con la estrategia transversal de Perspectiva de género.	5	Se recomienda que exista un solo documento en donde se describa la alineación del programa con las metas y las estrategias nacionales.
Contribución a las metas y estrategias nacionales	El propósito del programa se vincula indirectamente con dos Objetivos de Desarrollo Sostenible	6	El programa podría aprovechar esta vinculación e incluirla en un documento estructurado que permita al lector dimensionar la importancia del programa.

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Existe información sistematizada sobre las características de los beneficiarios y esta incluye el tipo de servicio otorgado.	13 y 15	Ninguna
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Los procedimientos para otorgar los servicios del programa a los afiliados están documentados, estandarizados y sistematizados.	14	Se recomienda al programa publicar las guías técnicas de las acciones de prevención y promoción; este es un medio para facultar a los afiliados sobre el abanico de acciones que tiene o puede recibir.
Debilidad o Amenaza			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	No se cuenta con documentos normativos sobre la actualización y depuración de los sistemas de información.	13 y 15	Se recomienda generar manuales para la actualización y depuración de la información en sus distintos sistemas, o en su defecto, publicarlos.

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	Las fichas de los indicadores de la MIR cuentan con todas las características y permiten tener la información necesaria para conocer, encontrar las fuentes	22	

	de información y reproducir el cálculo de la gran mayoría de los indicadores		
Debilidad o Amenaza			
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	La lógica vertical de la MIR es inadecuada por incorrecta redacción del Propósito, que es un objetivo superior al objetivo del Fin y que no puede ser alcanzado únicamente brindando los servicios que otorga el programa.	17 y 18	Se recomienda la siguiente redacción de propósito: "Los usuarios de los servicios del IMSS se benefician de intervenciones de salud pública dirigidas a promover los estilos de vida saludables, combatir los riesgos asociados a las principales causas de discapacidad y muerte en la población afiliada al IMSS e identificar de manera temprana los daños a la salud"
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	Las metas de los indicadores de la MIR para 2016 son, corresponden, en su mayoría, a valores inferiores a los que ya se han logrado en años anteriores, por lo que no se consideran que estén orientadas a impulsar el desempeño.	23	Se recomienda replantear el establecimiento de las metas, tomando en cuenta los logros que se han tenido en años anteriores, además de los factores que ya se toman en cuenta para su determinación.
Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados	La lógica horizontal de la MIR está afectada principalmente porque algunos de los indicadores no permiten medir el desempeño de sus objetivos de Fin y Propósito	25	Se recomiendan, en la propuesta de MIR, indicadores adecuados y relevantes para medir el logro de los objetivos.

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Debilidad o Amenaza			

Presupuesto y rendición de cuentas	El programa no identifica sus gastos unitarios.	27	Se recomienda hacer un esfuerzo por identificar gasto unitario que permita la comparabilidad con otros programas.
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa no cuenta con un documento normativo publicado en una página electrónica	28	Se recomienda generar un documento que recopile la información necesaria para que el ciudadano tenga una idea clara de la naturaleza del programa y publicarlo en la web. Se recomienda tener claridad sobre la resolución de los recursos de revisión presentados ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Esta información debe ser utilizada como un insumo para mejora del programa.

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	El programa tiene complementariedades con otros programas federales; se identifica el papel protagónico que representan las actividades de prevención y promoción a la salud en las principales instituciones de salud	30	Se recomienda contar con un documento normativo en el que se especifique de manera clara la naturaleza del programa. Contar con este tipo de elementos facilita la comparación entre programas.

Anexo 13 “Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación”

Nombre de la instancia evaluadora	Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre del coordinador(a) de la evaluación	Dr. Octavio Gómez Dantés
Nombre de los(as) principales colaboradores(as)	Lic. María Lilia Bravo Mtro. Edson Serván
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño dependiente de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática
Nombre del (de la) titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Lic. Cassem Gerardo Velázquez Grunstein
Forma de la contratación de la instancia evaluadora	Invitación a cuando menos tres
Costo total de la evaluación	\$450,000.00
Fuente de financiamiento	Recursos propios

ANEXO 14 Recomendaciones sobre elementos para enriquecer el Diagnóstico del Problema que el Programa E001 pretende atender

a) Principales causas de mortalidad

- a. La consulta interactiva de INEGI permite desagregar la información por diferentes variables de interés. El último dato actualizado es de 2014.

INEGI INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

Mortalidad
Conjunto de datos: Mortalidad general

Información de 1990 a 2014
Consultar información de:

Defunciones generales Defunciones accidentales y violentas Defunciones maternas totales
 Defunciones para calcular la razón de la mortalidad materna Defunciones infantiles

Selección de Variables

Características de la defunción	Características del (la) fallecido (a)	Muertes accidentales y violentas
<input type="checkbox"/> Entidad y municipio de registro	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Tipo de defunción (presunto)
<input type="checkbox"/> Entidad y municipio de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Sitio de ocurrencia de la lesión
<input type="checkbox"/> Área urbana - rural de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Edad (menores de 1 año)	<input type="checkbox"/> Ocurrió en el desempeño de su trabajo
<input type="checkbox"/> Tamaño de localidad de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Afiliación a los servicios de salud	<input type="checkbox"/> Condición de necropsia
<input checked="" type="checkbox"/> Año de registro	<input type="checkbox"/> Estado conyugal	<input type="checkbox"/> Condición de violencia familiar
<input type="checkbox"/> Mes de registro	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Parentesco del presunto agresor
<input type="checkbox"/> Año de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Condición de habla lengua indígena	<input type="checkbox"/> Entidad y municipio de ocurrencia de la lesión
<input type="checkbox"/> Mes de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Entidad y municipio de residencia habitual	
<input type="checkbox"/> Sitio de ocurrencia de la defunción	<input type="checkbox"/> Área urbana - rural de residencia habitual	
<input type="checkbox"/> Causas detalladas CIE	<input type="checkbox"/> Tamaño de localidad de residencia habitual	
<input type="checkbox"/> Lista de tabulación 1 para mortalidad de la CIE	<input type="checkbox"/> Nivel de escolaridad	
<input type="checkbox"/> Lista mexicana de enfermedades	<input type="checkbox"/> Condición de actividad económica	
<input type="checkbox"/> Condición de atención médica	<input type="checkbox"/> Ocupación	
<input type="checkbox"/> Persona que certificó la defunción		
<input type="checkbox"/> Hora de la defunción		

http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

b) Carga de la enfermedad

- Se puede revisar la información publicada por la Secretaría de *Salud en su Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015* (<http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015?state=published>). En este documento se puede obtener información de algunos aspectos claves como:
 - Número de años de vida saludable ajustado por discapacidad (AVISA) en el país (2013)
 - Afecciones que causan la mayor pérdida de AVISA (2013)
 - Los factores de riesgo relacionados con la mayor pérdida de AVISA (2013)
 - Las diez principales causas de AVISA perdidos, por entidad federativa (2013) (véase ejemplo de la publicación en el siguiente cuadro):

Evaluación de Diseño

Programa Presupuestario E011 Atención a la Salud

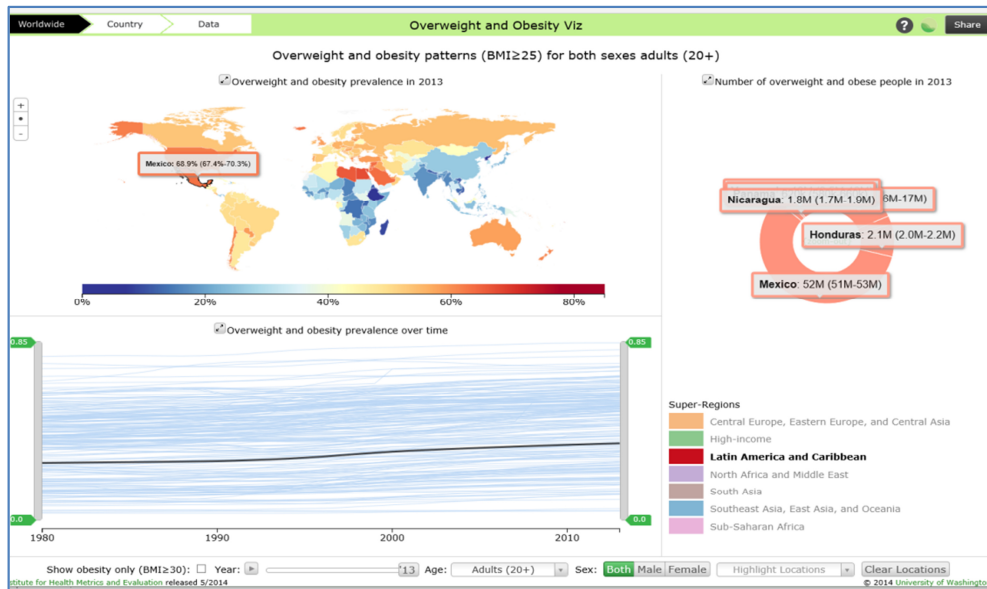
Diez principales causas de AVISA perdidos, por entidad federativa, 2013

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NAL	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	A.T	CONGE	EPOC	LUMBA	VIOLEN
AGS	DIAB	E.R.C.	C ISQ	DEPRE	A.T	CONGE	LUMBA	CIRROS	E.R.C.	
BC	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	CIRROS	CONGE	E.C.V.	A.T	
BCS	C ISQ	DIAB	E.R.C.	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE	CIRROS	E.C.V.	
CAM	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T	CONGE	E.C.V.	
COAH	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T	VIOLEN	E.C.V.	CONGE	
COL	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	A.T	DEPRE	LUMBA	VIOLEN		
CHIS	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	LUMBA	I.R.B.	E.C.V.	CONGE	
CHIH	VIOLEN	C ISQ	DIAB	E.R.C.	A.T	LUMBA	DEPRE	CIRROS		
DF	DIAB	C ISQ	E.R.C.	DEPRE	CIRROS	LUMBA	CONGE	I.R.B.	E.C.V.	
DGO	C ISQ	DIAB	VIOLEN	E.R.C.	CONGE	DEPRE	A.T	LUMBA		PREMAT
GTJ	DIAB	E.R.C.	C ISQ	A.T	DEPRE	CIRROS	LUMBA	CONGE	E.C.V.	
GRO	VIOLEN	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	CONGE	E.C.V.	A.T	LUMBA	DEPRE
HGO	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	LUMBA	A.T	CONGE	EPOC	E.C.V.
JAL	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	CIRROS	DEPRE		CONGE	LUMBA	E.C.V.
MEX	DIAB	E.R.C.	C ISQ	CIRROS	I.R.B.	CONGE		VIOLEN	DEPRE	A.T
MICH	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	DEPRE	VIOLEN	CIRROS		LUMBA	CONGE
MOR	DIAB	E.R.C.	C ISQ	LUMBA	CIRROS	DEPRE	VIOLEN		CONGE	A.T
NAY	DIAB	C ISQ	E.R.C.	A.T	DEPRE	VIOLEN	CONGE	LUMBA		CIRROS
NL	C ISQ	DIAB	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	CONGE	VIOLEN	A.T	E.C.V.	
OAJ	DIAB	E.R.C.	CIRROS	C ISQ	DEPRE	VIOLEN	CONGE	LUMBA	E.C.V.	
PLIE	DIAB	E.R.C.	CIRROS	C ISQ	DEPRE	CONGE	LUMBA	A.T	EPOC	I.R.B.
QJRO	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE	EPOC	E.C.V.
QROO	DIAB	C ISQ	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	A.T		CONGE	E.C.V.
SLP	DIAB	C ISQ	E.R.C.	DEPRE	CONGE	LUMBA	A.T		CIRROS	E.C.V.
SIN	C ISQ	DIAB	VIOLEN	DEPRE	A.T	E.R.C.	LUMBA		CONGE	E.C.V.
SON	C ISQ	DIAB	A.T	E.R.C.	DEPRE	LUMBA	CONGE	VIOLEN	E.C.V.	
TAB	DIAB	E.R.C.	C ISQ	A.T	DEPRE	LUMBA	CONGE		CIRROS	E.C.V.
TAM	C ISQ	DIAB	E.R.C.	VIOLEN	DEPRE	A.T	LUMBA	CONGE		E.C.V.
TLAX	DIAB	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	C ISQ	LUMBA	A.T	CONGE		E.C.V.
VER	DIAB	C ISQ	E.R.C.	CIRROS	DEPRE	CONGE	E.C.V.	LUMBA		A.T
YUC	C ISQ	DIAB	CIRROS	E.R.C.	DEPRE	A.T	E.C.V.	CONGE		I.R.B.
ZAC	DIAB	C ISQ	A.T	E.R.C.	DEPRE		LUMBA	E.C.V.	CONGE	VIOLEN

DIAB	Diabetes Mellitus
C ISQ	Cardiopatía Isquémica
E.R.C.	Enf. Renal Crónica
CIRROS	Cirrosis
DEPRE	Depresión
A.T	Accidentes de Tránsito
CONGE	Anomalías Congénitas
LUMBA	Enf. Pulmonar Obs. Crónica
LUMBA	Lumbalgia
VIOLEN	Violencia
E.C.V.	Enf. Cerebrovascular
I.R.B.	Inf. Respiratoria Baja

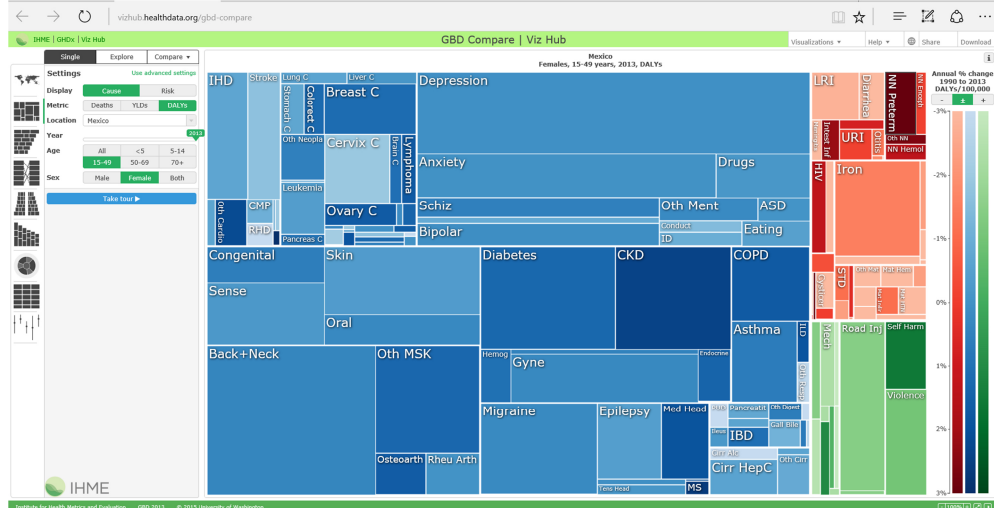
Fuente: Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés), 2013.

- También puede revisarse directamente la información publicada por el Instituto para la Métrica y la Evaluación en Salud de la Universidad de Washington (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Esta página brinda muchos insumos de utilidad para el programa y permite:
 - Contar con datos que permiten la comparación internacional.

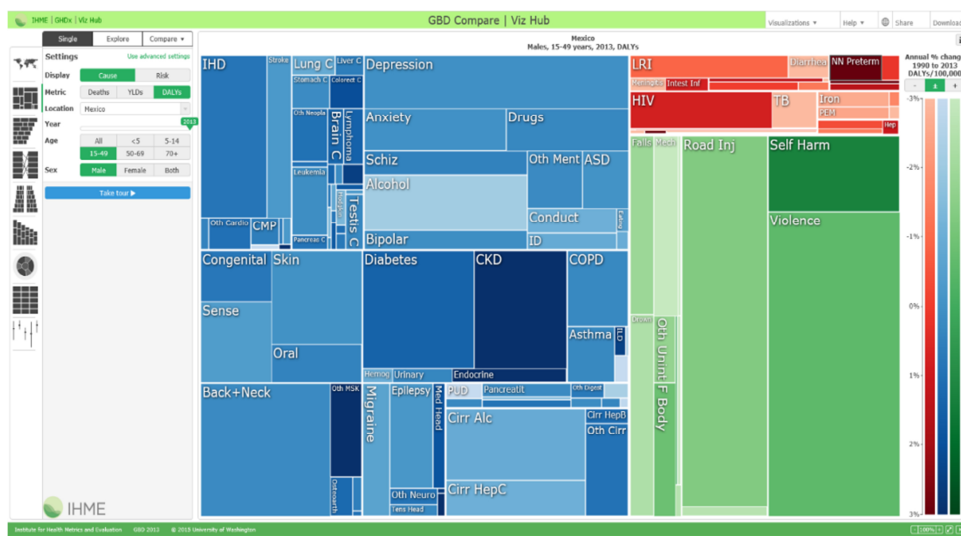


- Contar con información sobre los años de vida potencialmente perdidos, por edad, sexo y entidad. Por ejemplo:

DALY (Disability-Adjusted Life Year) en hombres de 15 a 49 años. México 2013.



DALY (Disability-Adjusted Life Year) en mujeres de 15 a 49 años. México 2013.



- c) Indicadores específicos sobre servicios de salud.
- La ENSANUT y la información que procesa el Instituto Mexicano del Seguro Social también pueden resultar de utilidad para elaborar un diagnóstico. Se encuentra información, entre otros indicadores, sobre:
 - utilización de servicios curativos y ambulatorios
 - tiempos de espera para recibir atención
 - abasto de medicamentos
 - calidad percibida

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

ANEXO 11 “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Debilidad o Amenaza			

Nota: Se debe realizar un cuadro por cada uno de los temas de la Evaluación.

ANEXO 13 “Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación”

Nombre de la instancia evaluadora	Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre del coordinador(a) de la evaluación	Dr. Octavio Gómez Dantés
Nombre de los(as) principales colaboradores(as)	Lic. María Lilia Bravo Mtro Edson Serván
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño dependiente de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática
Nombre del (de la) titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Lic. Cassem Gerardo Velázquez Grunstein
Forma de la contratación de la instancia evaluadora	Invitación a por lo menos tres
Costo total de la evaluación	\$ 450,000.00
Fuente de financiamiento	Recursos propios