



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Evaluación de Consistencia y Resultados al Programa Presupuestario E011 “Atención a la Salud”

**Entrega final del Informe de Evaluación de Consistencia y Resultados
del Pp E011**

Coordinador

Aleida Salguero Galdeano

Equipo colaborador

María Eugenia Serrano Diez

Karina Yannet Cerón Hernández

Especialista en salud

Magda Rocío Aparicio Cedillo

Ciudad de México, a 28 de noviembre de 2025



RESUMEN EJECUTIVO

En cumplimiento de la normatividad aplicable al Presupuesto basado en Resultados (PbR) y al Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) estableció en el Programa Anual de Evaluación de las Políticas Públicas, Programas presupuestarios y Recursos Federales transferidos de la Administración Pública Federal para el Ejercicio Fiscal 2025 (PAE 2025) la realización de una Evaluación de Consistencia y Resultados (ECyR) al Programa presupuestario (Pp) E011 “Atención a la Salud” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta evaluación, conforme a los Términos de Referencia (TdR) de la SHCP, analiza el diseño, la operación y el desempeño del programa, así como su alineación con los instrumentos de planeación nacional y con los elementos que integran su Instrumento de Seguimiento del Desempeño (ISD).

El Informe Final presenta los hallazgos y recomendaciones derivados del análisis del periodo 2023–2025, incorporando elementos desarrollados en 2025 para su implementación en 2026. La evaluación identifica áreas clave de mejora en la consistencia, pertinencia y eficacia del diseño y la operación del Pp E011, y propone acciones para fortalecer su gestión y resultados, en concordancia con la Metodología del Marco Lógico (MML), el PbR y el SED, contribuyendo a mejorar los servicios para la población Derechohabiente (DH).

I. PLANEACIÓN

La evaluación identifica que el Pp E011 presenta una alineación formal con los principales instrumentos de planeación nacional e institucional, particularmente con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Programa Institucional del IMSS (PIIMSS) 2025-2030. Dicha alineación se refleja en la correspondencia general entre los objetivos del programa y las prioridades del sector salud; no obstante, se observa que el análisis se limita, en gran medida, a una descripción de congruencia normativa. En este sentido, el Diagnóstico del programa no desarrolla con profundidad la forma en que los servicios específicos financiados por el Pp E011 contribuyen de manera diferenciada al cumplimiento de las metas estratégicas. Asimismo, se identificó que el Diagnóstico del Pp E011 no incorpora de manera explícita la misión institucional del IMSS, lo que limita la claridad en la argumentación de la congruencia entre el propósito del programa y los objetivos institucionales.

Se recomienda fortalecer el apartado de planeación del programa mediante un análisis más sustantivo que explique con mayor claridad la contribución del Pp E011 al logro de los objetivos nacionales e institucionales en materia de salud. En particular, resulta pertinente integrar de manera explícita la misión del IMSS dentro del Diagnóstico, así como profundizar en la vinculación entre los servicios que otorga el programa y las metas estratégicas establecidas en los instrumentos de planeación. Este ejercicio contribuiría a reforzar la coherencia estratégica del programa y a mejorar la comprensión de su valor público.

II. DISEÑO

El Pp E011 cuenta con una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) alineada a los criterios normativos establecidos por la SHCP y estructurada conforme a la Metodología del Marco Lógico (MML). No obstante, la evaluación identifica áreas de mejora en la conceptualización del problema público y en la construcción de la teoría del cambio. En particular, el árbol del problema incorpora como causas del problema central situaciones vinculadas primordialmente con la operación interna del programa y del Instituto, dejando de lado determinantes de la salud, como los factores epidemiológicos, cuya identificación resulta fundamental para una adecuada lógica causal conforme a la MML. Adicionalmente, el diseño del programa no delimita con suficiente claridad, dentro de su Diagnóstico, el alcance de los servicios financiados por el Pp E011 en relación con aquellos cubiertos por otros programas presupuestarios del Instituto, lo que puede limitar la claridad del diseño desde la perspectiva de un lector externo.



Se considera pertinente revisar y fortalecer el Diagnóstico y el diseño del programa con el fin de mejorar la identificación del problema público y la articulación de su lógica causal. En este sentido, se sugiere reestructurar los árboles de problema y de objetivos conforme a los principios de la MML, utilizando el enfoque de determinantes de la salud —incluidos los determinantes epidemiológicos, sociales y demográficos— como criterio analítico para fortalecer la lógica causal y distinguir con mayor claridad entre los factores que originan la necesidad pública y los elementos asociados a la operación del programa. Asimismo, resulta recomendable precisar el alcance de los servicios financiados por el Pp E011 y fortalecer la formulación de la teoría del cambio, a fin de que esta refleje de forma consistente la relación entre los determinantes de la salud, las intervenciones médicas, los niveles de atención y los resultados esperados en la población derechohabiente.

III. SEGUIMIENTO

El análisis del Instrumento de Seguimiento del Desempeño (ISD) -correspondiente a la MIR-, muestra que el Pp E011 dispone de un conjunto amplio de indicadores que permiten dar seguimiento a diversas dimensiones de la atención médica, incluyendo aspectos de eficacia, calidad y oportunidad. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en la coherencia de la lógica vertical y horizontal de la MIR, así como en la definición y ubicación de algunos indicadores respecto del nivel de objetivo que buscan medir. De igual forma, se observa que las metas establecidas presentan, en diversos casos, un comportamiento conservador, lo que limita la capacidad del sistema de seguimiento para reflejar adecuadamente el desempeño del programa y para apoyar de manera efectiva la toma de decisiones.

Se recomienda realizar una revisión integral de la MIR, orientada a fortalecer la coherencia entre los objetivos del programa y los indicadores que los miden. Esta revisión debería considerar la pertinencia de los indicadores, su nivel de agregación y su alineación con los objetivos estratégicos, así como la actualización de metas con base en el desempeño histórico y la capacidad operativa del Instituto. Con ello, el sistema de seguimiento podría constituirse en una herramienta más sólida para la gestión y el monitoreo del desempeño.

IV. POBLACIÓN Y COBERTURA

La evaluación identifica que el Pp E011 define y cuantifica a sus poblaciones potencial, objetivo y atendida de manera consistente con los registros administrativos institucionales disponibles. No obstante, dichas definiciones presentan limitaciones conceptuales y técnicas, particularmente en lo relativo a la identificación de personas únicas y a la inclusión de población no adscrita atendida en los servicios de urgencias. A pesar de estas limitaciones, el programa presenta niveles elevados de cobertura, atendiendo en promedio a cerca del 87% de su población objetivo durante el periodo analizado, lo que confirma su relevancia como uno de los programas de mayor alcance institucional.

Se considera necesario revisar de manera integral las definiciones y metodologías de cálculo de las poblaciones del Pp E011, con el propósito de fortalecer su consistencia conceptual y su alineación con la MML. Asimismo, se sugiere avanzar de forma gradual en el fortalecimiento de los mecanismos institucionales que permitan una identificación más precisa de la población atendida, así como en la formulación de una estrategia de cobertura de alcance institucional que incorpore proyecciones poblacionales y apoye la planeación de los servicios en el mediano plazo.

V. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

La operación del Pp E011 se sustenta en procesos clínicos estandarizados y en lineamientos técnicos consolidados, lo que ha permitido una prestación homogénea de los servicios médicos en los distintos niveles de



atención. Sin embargo, la evaluación identifica oportunidades de mejora en la coordinación entre las áreas normativas y operativas que participan en la implementación del programa, así como en los procesos administrativos que respaldan la prestación de los servicios. En particular, se observan retos asociados al flujo y uso de la información entre los sistemas institucionales, lo que pudiera afectar la eficiencia operativa.

Se recomienda revisar los procedimientos operativos asociados al Pp E011 con el fin de fortalecer la coordinación entre las áreas normativas y operativas involucradas en la prestación de los servicios. De igual forma, resulta pertinente mejorar la articulación entre los procesos clínicos y administrativos, así como deseable fortalecer en el mediano plazo los mecanismos de información dirigidos a la población usuaria sobre los procesos de atención, referencia y seguimiento, contribuyendo a una mayor claridad y continuidad en la prestación de los servicios.

VI. RESULTADOS Y DESEMPEÑO

El análisis de resultados muestra que el Pp E011 mantiene un desempeño consistente en términos de provisión de servicios médicos y atención a la población DH, respaldado por una capacidad operativa institucional. No obstante, la evaluación identifica que algunos indicadores y metas no reflejan plenamente los cambios en las estrategias operativas de atención ni las variaciones en la demanda de los servicios, lo que limita la interpretación de los avances alcanzados en términos de resultados en salud y desempeño institucional.

Se considera conveniente actualizar el marco de resultados del programa mediante la revisión de los indicadores y sus metas, de modo que estos reflejen con mayor precisión la evolución de la operación, la capacidad instalada y las necesidades de atención de la población DH. Este ajuste permitiría fortalecer la medición del desempeño y mejorar su utilidad como insumo para la mejora continua de los servicios.

VII. TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

La evaluación identifica que el IMSS pone a disposición información relevante sobre el Pp E011 a través de diversos portales institucionales y documentos públicos. Sin embargo, se observa que dicha información se encuentra dispersa y presenta distintos niveles de actualización y detalle, lo que dificulta su consulta integral y el seguimiento sistemático del desempeño del programa por parte de la ciudadanía y otros actores interesados pero ajenos a la operación del programa.

Sería deseable, en el medio plazo, simplificar y sistematizar la información relacionada con el Pp E011 disponible en el portal institucional del IMSS, concentrando en un espacio específico los elementos clave del diseño, la operación y los resultados del programa. Asimismo, resulta pertinente facilitar el seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora, fortaleciendo con ello la transparencia y la rendición de cuentas.

CONCLUSIONES

El Pp E011 “Atención a la Salud” constituye un instrumento central para el cumplimiento del mandato del IMSS y para la provisión de servicios médicos a la población DH. La ECyR confirma su relevancia, amplitud de cobertura y capacidad operativa, al tiempo que identifica áreas de mejora en los ámbitos de planeación, diseño, seguimiento y gestión.

La atención a los hallazgos y la implementación gradual y coordinada de las recomendaciones formuladas permitirán fortalecer la consistencia interna del programa, mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones y consolidar una gestión orientada a resultados. Ello contribuirá a reforzar la efectividad del Pp E011 y a mejorar de manera sostenida la atención a la salud de la población DH.



CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	2
SIGLAS.....	6
INTRODUCCIÓN	8
SECCIÓN I. PLANEACIÓN.....	10
SECCIÓN II. DISEÑO	14
SECCIÓN III. SEGUIMIENTO.....	27
SECCIÓN IV. POBLACIÓN Y COBERTURA.....	33
SECCIÓN V. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS	45
SECCIÓN VI. RESULTADOS Y DESEMPEÑO.....	56
SECCIÓN VII. TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS.....	67
CONCLUSIONES	73
HALLAZGOS.....	76
RECOMENDACIONES	82
ANEXOS.....	90
ANEXO 1. FICHA TÉCNICA DE DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN	90
ANEXO 2. DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCESOS CLAVES DEL PP	91
ANEXO 3. FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN	104
ANEXO A. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 1, ELEMENTOS 2026.....	112
ANEXO B. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 2.....	119
ANEXO C. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 3, ELEMENTOS 2026	122
ANEXO D. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 4	130
ANEXO E. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 4, ELEMENTOS 2026	144
ANEXO F. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 8	148
ANEXO G. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN CUALITATIVA.....	178



SIGLAS

APF	Administración Pública Federal
ARAC	Aviso de Referencia a Área Clínica (Formato 4-30-8 utilizado para la referencia de pacientes entre niveles)
ARIMAC	Área de Información Médica y Archivo Clínico
ASM	Aspectos Susceptibles de Mejora
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFE	Comisión Federal de Electricidad (proveedor externo de energía)
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (utilizada para la codificación diagnóstica)
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
CODECIN	Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales
CPM	Consumos Promedio Mensuales
Diagnóstico 2024	Diagnóstico del Pp E011 "Atención a la Salud" elaborado en el ejercicio fiscal 2024 y vigente en 2025.
Diagnóstico Ampliado 2025	Diagnóstico del Pp E031 "Atención a la Salud" elaborado en el ejercicio fiscal 2025 para entrar en vigor en 2026.
DH	Derechohabiente
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
DOF	Diario Oficial de la Federación
E011	Clave del Programa Presupuestario federal denominado "Atención a la Salud", que financia las actividades clínicas directas.
ECyR	Evaluación de Consistencia y Resultados
FINAT	Finanzas Armonizadas y Transparentes
FM&E	Fichas de Monitoreo y Evaluación
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico (Sistema de clasificación de casos hospitalarios utilizado para la gestión clínica y financiera)
HGR	Hospital General Regional (unidad de Segundo Nivel)
HGZ	Hospital General de Zona (unidad de Segundo Nivel)
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
ID	Instrumento de Diseño
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISD	Instrumento de Seguimiento al Desempeño
LFPRH	La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGCG	Ley General de Contabilidad Gubernamental
LSS	Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21 de diciembre de 1995 y reformas posteriores
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MMIM	Manual Metodológico de Indicadores Médicos



MML	Metodología de Marco Lógico
NAVM	Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (a veces referida simplemente como NAV)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OOAD	Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada
OVAN	Otras infecciones de Vías Aéreas inferiores (distintas a la neumonía)
PAE	Programa Anual de Evaluación
PAMF	Programa de Atención Médica Familiar
PAU	Población derechohabiente del IMSS adscrita a unidad de medicina familiar
PbR	Presupuesto Basado en Resultados
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PHEDS	Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud
PIIMSS	Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social
PIPP	Sistema para el registro y validación del Proceso Integral de Programación y Presupuesto a cargo de la SHCP
PND	Plan Nacional de Desarrollo
Pp	Programa presupuestario
PREI	Planeación de Recursos Institucionales
RHOVE	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica
RPBI	Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (gestión crítica dentro de los servicios de limpieza y saneamiento)
SAI	Sistema de Abasto Institucional
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar (el expediente clínico electrónico utilizado específicamente en el Primer Nivel)
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIS	Sistemas de Información en Salud (término general para las plataformas tecnológicas institucionales)
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos (área crítica que requiere condiciones ambientales especiales)
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad (Unidad de Tercer Nivel)
UMF	Unidad de Medicina Familiar (Unidad de Primer Nivel)
UPER	Unidad de Política y Estrategia para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
UR	Unidad Responsable



INTRODUCCIÓN

Con fundamento en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y su Reglamento, el Presupuesto basado en Resultados (PbR), el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) y los *Lineamientos Generales Aplicables a la Gestión para Resultados de los Recursos Públicos Federales* (LGAGRRPF), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) publicó el *Programa Anual de Evaluación de las Políticas Públicas, Programas Presupuestarios y Recursos Federales Transferidos de la Administración Pública Federal para el Ejercicio Fiscal 2025* (PAE 2025), con el objetivo de determinar las políticas, programas y fondos que se evaluarán en el presente ejercicio fiscal y los tipos de evaluaciones que se les aplicarán. En este tenor, el numeral 10 y Anexo 1a del PAE 2025 establecen que se deberá realizar una evaluación de consistencia y resultados (ECyR) al Programa presupuestario (Pp) E011 “Atención a la Salud”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuya gestión se encuentra a cargo de seis coordinaciones normativas, cuatro pertenecientes a la Dirección de Prestaciones Médicas y dos pertenecientes a la Dirección de Administración.

De acuerdo con los LGAGRRPF, una ECyR analiza de manera sistemática el diseño y el desempeño global del Pp, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en su Instrumento de Seguimiento del Desempeño (ISD). Esto mediante el análisis y valoración de la vinculación del Pp con los instrumentos de planeación nacional, los elementos que constituyen el diseño del Pp y su consistencia con el problema público que atiende, la calidad y consistencia global del ISD y de los indicadores que lo conforman, los principales procesos establecidos para la operación del Pp, los resultados del Pp respecto a la atención del problema o necesidad para la que fue creado, los sistemas de información que lo soportan y sus mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

El presente documento corresponde al Informe Final de la Evaluación de Consistencia y Resultados al Pp E011, a través del cual, se da respuesta a los 10 reactivos agrupados en los siguientes temas: Planeación, Diseño, Seguimiento, Población y Cobertura, Procedimientos Operativos, Resultados y Desempeño, y Transparencia y Rendición de Cuentas; conforme al modelo de Términos de Referencia (TdR) emitido por la SHCP en 2025 y utilizando como metodología principal el análisis de gabinete a partir de la información pública y la proporcionada por las distintas unidades responsables de operar el Pp.

El análisis se orientó a valorar la consistencia, pertinencia y eficacia de los elementos que integran el diseño y operación del Pp E011, así como los resultados obtenidos durante el periodo 2023-2025, además de tomar en consideración elementos desarrollados durante 2025 para ser implementados en el ciclo presupuestario 2026. Como consecuencia, se identificaron diversos hallazgos y se formularon recomendaciones orientadas a fortalecer tanto el diseño como la gestión del Pp, con el propósito de impulsar la mejora continua y el logro de resultados más sólidos y pertinentes, en concordancia con la Metodología del Marco Lógico (MML), el PbR y el SED. En este marco, se



reconoce que la implementación de dichas recomendaciones implica distintos niveles de complejidad y requiere la coordinación entre varias direcciones normativas del IMSS. No obstante, su adopción podría contribuir a mejorar los resultados institucionales y la atención brindada a la población derechohabiente (DH).

Cabe precisar que, el Pp E011, aunque ha sufrido modificaciones en su conformación programática, tiene sus orígenes desde la entrada en vigor de la primera Ley del Seguro Social (LSS) en 1943 y la creación del IMSS para cumplir con la obligación legal de proveer servicios médicos en especie a la población DH a fin de protegerlos contra riesgos de enfermedades, maternidad y del trabajo. Por lo que no parte de la identificación de un problema público que afecta a un grupo poblacional en específico a partir de la MML, sino de una obligación permanente del Estado mexicano, lo que refuerza su orientación a resultados institucionales y su contribución al bienestar colectivo. En este sentido, existen elementos en el diseño y operación del Pp E011 que no necesariamente se apegan a cabalidad a la MML.

Finalmente, se reconoce que la gestión del Pp E011 requiere la intervención de diversas unidades normativas y operativas del IMSS. Conforme al Manual de Organización y al Reglamento Interior del IMSS, los Manuales de Organización de las Direcciones Normativas, así como de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), quienes son las encargadas de brindar directamente los servicios de atención a la salud. En particular, a nivel central, se identificó la participación de otras coordinaciones normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas, además del vínculo con las direcciones normativas de Administración, Incorporación y Recaudación y de Innovación y Desarrollo Tecnológico. No obstante, para dar cumplimiento a las condiciones establecidas para esta ECyR, el presente documento se enfocó en los documentos, información y gestión de las seis coordinaciones normativas establecidas en su Instrumento de Diseño, sin que ello limite que el análisis y recomendaciones se extiendan al resto de las áreas involucradas.



SECCIÓN I. PLANEACIÓN

1. De acuerdo con el objetivo central del Pp, ¿de qué manera contribuye estratégicamente al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, de los Objetivos de Desarrollo Sustentable, y cuál es su vinculación con la misión de la dependencia o entidad?

La Evaluación de Consistencia y Resultados (ECyR) del Programa presupuestario (Pp) E011 “Atención a la Salud” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contempla los ejercicios fiscales 2023–2025, periodo que se enmarca en un contexto de transición de la administración pública federal y reconfiguración de los instrumentos de planeación nacional, por lo que la respuesta a este reactivo presenta la contribución del programa -a través de su objetivo central y servicios que otorga- a los distintos instrumentos de planeación vigentes durante el periodo de la administración federal anterior(2018-2024) y la actual administración (2024-2030).

Tomando en consideración este antecedente, el Instrumento de Diseño (ID) vigente del programa correspondiente al Diagnóstico del Pp E011 “Atención a la Salud” (Diagnóstico 2024) establece la contribución de programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, cuyo análisis se presenta en la siguiente tabla:

Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024		
Eje general o transversal	Objetivo ¹	Estrategia ¹
2. Política social	Construir un país con bienestar	Salud para toda la población
Análisis		
Tipo de vinculación: Directa Justificación: El Pp E011, tiene como propósito garantizar el acceso efectivo a servicios médicos integrales para la población derechohabiente del IMSS, lo cual se vincula de manera directa con el Eje General 2. Política Social del PND 2019–2024, orientado a asegurar el bienestar mediante el acceso universal a servicios de salud. Aunque el programa no atiende a la población abierta, contribuye al cumplimiento del derecho a la salud en el marco de la seguridad social, alineándose con el eje rector “Salud para toda la población”, que reconoce dicho derecho como componente esencial del bienestar y la equidad. Las acciones clínicas, operativas y organizativas del programa están orientadas a fortalecer el primer nivel de atención como base del sistema, lo que se alinea con el objetivo de garantizar el derecho a la salud, reducir desigualdades y mejorar la capacidad resolutive de las unidades médicas. El Pp E011 “Atención a la Salud” del IMSS instrumenta la provisión de servicios médicos integrales, oportunos y de calidad a la población derechohabiente adscrita a unidades de medicina familiar, en cumplimiento de la Ley del Seguro Social (LSS). De acuerdo con el Diagnóstico 2024, su lógica de intervención se articula con el fortalecimiento del primer nivel de atención, la mejora en la coordinación entre niveles asistenciales y la atención centrada en las personas Derechohabientes (DH). Identificación de vinculación con otros ejes: Además de su vinculación principal con el Eje 2, el programa presenta vinculación complementaria con el Eje 1 “Justicia y Estado de Derecho”, al garantizar el acceso a servicios médicos como parte de los derechos sociales establecidos en el artículo 4º constitucional.		

¹La estructura del PND, no establece como tal un objetivo y una estrategia, sin embargo, se deducen dentro de la narrativa.

Respecto a la vinculación del Pp E011 del IMSS a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en 2015 como parte de la Agenda 2030, en el Diagnóstico 2024, se establece la



vinculación con los ODS 3 y 5 y sus respectivas metas, mismos que se presentan en la siguiente tabla junto con el tipo de vinculación establecido por el IMSS:

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030		
Objetivo de Desarrollo Sostenible	Meta	Tipo de vinculación
ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	Meta 3.1: Reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.	Directa
	Meta 3.2: Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.	Directa
	Meta 3.4: Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.	Directa
	Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	Directa
	Meta 3.3.: Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	Directa
	Meta 3.7.: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	Directa
	Meta 3.11.: Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.	Directa
	Meta 3.13.: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.	Directa
ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas	Meta 3.5.: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	Directa
	Meta 5.6.: Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.	Directa
	Meta 5.9.: Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.	Directa
Análisis		
El Pp E011, presenta una vinculación directa con múltiples metas del ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, al contribuir a la reducción de la mortalidad materna (Meta 3.1), la disminución de muertes evitables en recién nacidos y menores de cinco años (Meta 3.2), la atención de enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental (Meta 3.4), el logro de la cobertura sanitaria universal con acceso a servicios esenciales y medicamentos seguros (Meta 3.8), y el fortalecimiento de la capacidad nacional en gestión de riesgos		



sanitarios (Meta 3.13). Asimismo, se identifica alineación directa con metas del ODS 5, al garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva (Meta 5.6) y al contribuir al fortalecimiento de políticas para la igualdad de género (Meta 5.9).

Si bien el Pp E011 “Atención a la Salud” del IMSS presenta una vinculación clara con varias metas del ODS 3, el equipo evaluador considera que algunas de ellas no deben clasificarse como de vinculación directa, debido a la naturaleza específica del programa, su población objetivo y el alcance operativo.

- **Meta 3.3:** Aunque el IMSS participa en la atención de enfermedades como tuberculosis o hepatitis, el Pp E011 no tiene como objetivo central la erradicación de epidemias ni la atención especializada de enfermedades tropicales desatendidas. Por ello, se considera una vinculación indirecta, ya que su contribución es complementaria y no estructural.
- **Meta 3.7:** El Pp E011 brinda atención médica general, pero no está diseñado para garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, ni para integrar estos servicios en estrategias nacionales. Por lo tanto, se clasifica como vinculación marginal.
- **Meta 3.11:** El programa no contempla actividades de investigación ni desarrollo de insumos médicos, ni participa en negociaciones internacionales sobre propiedad intelectual. Su contribución es limitada al uso de medicamentos aprobados, por lo que la vinculación se considera marginal.
- **Meta 3.5:** Aunque el IMSS puede atender casos derivados del consumo de sustancias, el Pp E011 no incluye acciones preventivas ni campañas específicas sobre abuso de estupefacientes o alcohol. Por ello, se clasifica como vinculación marginal.
- **Metas del ODS 5:** Si bien el IMSS incorpora principios de no discriminación en la atención médica, el Pp E011 no tiene componentes operativos orientados al empoderamiento de mujeres ni al diseño de políticas de igualdad. Por lo tanto, ambas metas (5.6 y 5.9) se consideran de vinculación marginal, salvo que se documente atención diferenciada o acciones específicas en salud reproductiva.

En cuanto a la vinculación del Pp E011 con la misión del IMSS, es necesario indicar que esta relación no se identifica en los documentos de planeación institucionales, tales como el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2019 – 2024 y 2025–2030 o del programa (Diagnóstico 2024), sin embargo, al revisar el sitio oficial de Instituto, esta declaración, se encuentra pública y se toma como referencia para el siguiente análisis.

Vinculación con la misión de la dependencia o entidad		
Misión de la dependencia o entidad	Asignación presupuestal del Pp en 2025	Asignación presupuestal del Ramo 50 GYR en 2025
<i>“Ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y trabajadoras y sus familias.”¹</i>	\$342,575,924,885 MXN	\$1,469,410,379,894 MXN
Análisis		
La vinculación del Pp E011 con la misión institucional del IMSS es directa e integral, ya que a través de este programa se instrumentan las acciones médicas que permiten garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica y el bienestar individual y colectivo, conforme a lo establecido en los artículos 2, 4 y 5 de la Ley del Seguro Social (LSS) y en la definición oficial de misión publicada en el portal institucional, y para lo cual, al programa se le destinó el 23.31% del monto total asignado al Ramo 50 GYR en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2025.		
Áreas de Mejora: En este contexto, el Diagnóstico 2024 establece que el Pp E011 constituye el principal vehículo operativo para la provisión de servicios médicos en el régimen obligatorio y voluntario, al concentrar la mayor parte de las intervenciones clínicas y hospitalarias que realiza el IMSS. Esta condición se refuerza con la prioridad presupuestaria asignada al programa por parte del Instituto, ya que, si se excluye de la distribución presupuestal el presupuesto asignado al Pp J001 “Pensiones en Curso de Pago LSS 1973” ² , financiado directamente por el Gobierno Federal, el Pp E011 representaría el 47.83% del gasto programable del IMSS y se constituiría como el programa con mayores recursos asignados provenientes de las aportaciones tripartitas que realizan los patrones, los trabajadores y el gobierno para financiar los seguros previstos en la LSS. La relevancia financiera del Pp E011 refuerza su papel en la garantía del derecho humano a la salud y en el cumplimiento de las funciones sustantivas del IMSS relativas a la provisión de servicios médicos en el régimen obligatorio.		

¹ <https://www.imss.gob.mx/mision>

² Para el ejercicio 2025, el monto aprobado para el Pp J001 “Pensiones en curso de pago Ley 1973”, es de \$753,202,100,919.00.



Considerando que, a partir del ejercicio fiscal 2026, el Programa presupuestario (Pp) E011 cambiará su denominación a E031 “Servicios de atención a la salud”. Este cambio responde directamente a la estrategia de simplificación programática y armonización presupuestaria impulsada por la Unidad de Política y Estrategia para Resultados (UPER) de la SHCP. Esta estrategia tiene como objetivo optimizar la estructura programática federal y garantizar que la información de los programas refleje con mayor precisión su objetivo central y la población beneficiada.

Derivado de las Actividades para la Integración del Anteproyecto del Presupuesto para el ejercicio fiscal 2026 y como resultado del Programa de Simplificación Programática, se actualizó el ID correspondiente al Diagnóstico Ampliado del Programa presupuestario “E031 Servicios de atención a la salud” (Diagnóstico Ampliado 2025).

A pesar de que el Diagnóstico Ampliado elaborado y validado en 2025 aún no se encuentra vigente, su inclusión para el análisis de esta evaluación resulta pertinente, considerando que el proceso evaluativo incide en la preparación técnica del ejercicio fiscal siguiente. Por ello, en este informe se ha incluido el análisis de la vinculación del programa a la planeación nacional e institucional vigentes (2025-2030) y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluidos dentro del Diagnóstico Ampliado 2025 como anexo a la respuesta (Anexo A. Continuación de la respuesta al reactivo 1).



SECCIÓN II. DISEÑO

2. ¿La teoría del cambio que sustenta el diseño del Pp presenta congruencia entre sus distintos elementos y está orientada a la generación de valor público?

El análisis técnico realizado para dar respuesta a este reactivo utiliza al Instrumento de Diseño vigente (Diagnóstico 2024) como insumo principal para identificar la teoría del cambio del Pp E011, el cual presenta en sus secciones 3.2. “Identificación, definición y descripción del problema” y 3.2 Objetivos” y 3.7. “Matriz de Indicadores de Resultados”, la estructura del diseño actual del programa conforme a la MML. A continuación, se presenta la teoría del cambio o cadena de resultados del programa, plasmada en su Instrumento de Seguimiento del Desempeño, correspondiente a la MIR 2023-2025.

Tabla 1. Teoría de Cambio del Pp E011

Problema	Actividades	Proceso	Resultados
La población derechohabiente del IMSS adscrita a una unidad de medicina familiar presenta alta morbilidad.	El programa realiza las siguientes acciones (actividades de la MIR) para brindar atención a la salud: 1. Suministro de medicamentos. 2. Atención a pacientes con enfermedades crónicas en unidades de medicina familiar. 3. Limpieza de las Unidades Médicas. 4. Otorgamiento de consulta en urgencias. 5. Programación de atención médica y quirúrgica en Unidades Médicas de Alta Especialidad. 6. Atención adecuada de las pacientes embarazadas.	Las actividades 1 a 6 se articulan como parte de un proceso de atención médica integral que contempla los siguientes servicios (componentes de la MIR) para la atención del problema: 1. Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico degenerativa. 2. Aplicación de Programas Integrales para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. 3. Atención médica en servicios de urgencia. 4. Atención médica con oportunidad en UMAE. 5. Atención médica en complicaciones obstétricas y perinatales otorgada.	El resultado esperado directo en la población atendida con los servicios implementados por el Pp E011 (Propósito de la MIR) es que: La población usuaria del IMSS presente menor morbilidad. El impacto esperado en la salud como efecto de una menor morbilidad es (Fin de la MIR) es: Contribuir a incrementar la esperanza de vida en el país.
Supuestos			
Para que la teoría del cambio del Pp E011 se sustente, se deben cumplir una serie de condicionantes o factores externos ajenos a la operación del programa asociado a los distintos eslabones de la cadena de resultados: - Los determinantes sociales en salud de impacto Negativo disminuyen. - Los derechohabientes del IMSS se responsabilizan por el autocuidado a la salud y llevan un estilo de vida saludable. - La asignación de recursos económicos para el IMSS se mantiene con el propósito de atender a la población con enfermedades crónicas. - Los trabajadores, pacientes y familiares visitantes realizan medidas de prevención de infecciones nosocomiales. - Los pacientes se adhieren al tratamiento. - Se cuenta con infraestructura y recursos humanos necesarios para el otorgamiento de atención médica. - 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. - 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. Los pacientes tienen acceso a los servicios de urgencias - Los Usuarios y Derechohabientes respetan las reglas de higiene básicas en la Unidades médicas. Se cuenta con la cobertura total de plazas de personal de limpieza e Higiene. El suministro de insumos de limpieza y desinfección para las áreas es oportuno y suficiente. - Los pacientes reúnen las condiciones necesarias para programación de atención médica y quirúrgica- - Los pacientes reúnen las condiciones necesarias para programación de atención médica y quirúrgica. - 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.			

Fuente: Elaboración propia a partir de la MIR vigente del Pp E011.



En complemento, el equipo evaluador examinó el conjunto de indicadores de la MIR para profundizar en la comprensión de las actividades del programa, lo que permitió reforzar y ampliar las actividades que realiza el programa para la provisión de sus servicios:

Tabla 2. Indicadores de la MIR y actividades del Pp E011

Nivel	Indicador	Actividad, proceso o resultado identificado
Propósito	Tasa de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS.	Notificaciones de sospecha de enfermedades crónico degenerativas.
Componente	Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70 -130 mg/dl)	Medición de la glucemia durante la consulta de medicina familiar en un periodo dado.
Componente	Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar	Medición de la tensión arterial durante la consulta de medicina familiar en un periodo dado.
Componente	Tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días estancia en Unidades Médicas Hospitalarias de 20 o más camas censables.	Programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales en unidades médicas.
Componente	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel	Servicios de urgencias de las Unidades Médicas de Segundo Nivel.
Componente	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.	Consulta de especialidad.
Componente	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	Intervenciones quirúrgicas electivas.
Actividad	Porcentaje de surtimiento de recetas médicas	Surtimiento de recetas médicas.
Actividad	Índice consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel	Atención en el proceso de urgencias.
Actividad	Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos	Proceso de control de ambientes físicos --- Limpieza de Unidades Médicas.
Actividad	Total, de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Actividad	Total, de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad	Cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Actividad	Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar	Consulta de medicina familiar.
Actividad	Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Consulta de medicina familiar.
Actividad	Promedio de atenciones prenatales por embarazada	Seguimiento prenatal
Actividad	Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	Seguimiento prenatal

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores de la MIR vigente del Pp E011.

La teoría del cambio constituye una herramienta fundamental en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas públicos, al permitir explicar cómo y por qué se espera que ocurra un cambio deseado en un contexto específico. En la Administración Pública Federal (APF), su construcción se realiza mediante la MML, instaurada formalmente desde 2007 con la entrada en vigor de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), el Presupuesto basado en Resultados (PbR) y el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Esta metodología parte de la identificación de una problemática pública, sus causas y efectos, representados en árboles del problema y objetivos, para posteriormente realizar el análisis de alternativas. “El Análisis de Alternativas elige el mecanismo por el cual se va a realizar la intervención, el cual sí debe ser de



competencia de la(s) unidad(es) responsable(s)” (SHCP). Bajo esta lógica, los insumos institucionales permiten realizar actividades que generan productos, los cuales contribuyen a resultados intermedios que, en conjunto, conducen al impacto final esperado y a la generación de valor público.

El Pp E011 —aunque ha experimentado transformaciones en su composición presupuestaria³— existe para cumplir con una obligación legal del Ejecutivo Federal, establecida desde la entrada en vigor de la primera Ley del Seguro Social (LSS) en 1943 y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En este marco, los artículos 2 y 4 de la LSS vigente definen al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social, concebido como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos, cuya finalidad es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Para dar cumplimiento a este mandato, el modelo de atención se articula bajo la lógica del aseguramiento social, en la que la provisión de los servicios se sustenta en un esquema de financiamiento tripartita (trabajadores, patrones y Estado, conforme a lo establecido en la normatividad vigente. Esta estructura de financiamiento refuerza la congruencia estructural de la teoría del cambio del programa, al vincular directamente su lógica de intervención con el cumplimiento de derechos fundamentales, la provisión de servicios médicos integrales y la protección social de la población derechohabiente contra riesgos de enfermedades, maternidad y del trabajo. En consecuencia, el diseño del Pp E011 no parte de una problemática emergente, identificado a partir de la aplicación de la MML, sino de una obligación permanente del Estado mexicano, lo que refuerza su orientación a resultados institucionales y su contribución al bienestar colectivo.

Es así como el Pp E011 existe para cumplir con una obligación legal del Ejecutivo Federal, establecida en la LSS bajo el marco constitucional e internacional de los derechos humanos. Esta obligación no depende de la existencia de una justificación teórica o empírica sobre el tipo de intervención que realiza el programa; sin embargo, dichas justificaciones existen y están ampliamente documentadas, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Desde el plano internacional, los artículos 22 al 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) configuran el marco integral de protección social. Si bien el artículo 22 sienta las bases al reconocer el derecho genérico de toda persona a la seguridad social y a la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales, es el artículo 25 el que materializa este mandato en

³ A lo largo de su evolución, el programa principal de atención médica ha experimentado transformaciones derivadas de la integración de funciones y la reconfiguración de sus componentes operativos. En 2016, fue creado el Pp E011 como resultado de la fusión de los programas Pp E002 "Atención curativa eficiente" y la parte curativa del Pp E008 "Atención a la salud reproductiva".

Estas modificaciones permitieron consolidar en una sola estructura la ejecución de los servicios clínicos, incluyendo la atención médica integral, urgencias, hospitalización y el control de los ambientes físicos. Al incorporar también la operación sustantiva de áreas como la vigilancia epidemiológica, este programa se ha consolidado como el eje prestador de servicios en los regímenes obligatorio y voluntario. Lo anterior permite que, mientras las áreas especializadas mantienen su función normativa, la operación clínica se centralice para optimizar el uso de los recursos institucionales.



el ámbito sanitario, vinculándolo directamente con el objeto del programa. Este artículo establece de manera explícita que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*. De esta forma mientras que el artículo 22 justifica la existencia de la institución (IMSS), el artículo 25 fundamenta la provisión específica de los servicios de salud (Pp E011).

En el ámbito nacional, el Apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que los trabajadores tienen derecho a la seguridad social, la cual comprende atención médica, pensiones, guarderías y otras prestaciones. Este mandato se cumple a través de las disposiciones previstas en la LSS, que define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social en México, encargado de otorgar servicios médicos, prestaciones económicas y sociales a sus derechohabientes. El Pp E011 es el mecanismo, mediante el cual, el IMSS cumple con esta función sustantiva referente a la provisión de servicios médicos en especie.

Aunado a ello, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) refuerza esta visión al definir la seguridad social como *“la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”* (OIT, 2012)⁴. Esta definición confirma y reconoce a la seguridad social como un derecho humano que contribuye directamente a reducir la pobreza, la desigualdad, la exclusión y la inseguridad social.

Desde una perspectiva teórica y empírica, diversos estudios⁵ han documentado los beneficios de contar con sistemas de seguridad social robustos. En particular, los sistemas de salud y de pensiones permiten enfrentar de forma colectiva las inseguridades sanitarias y económicas a lo largo del ciclo de vida. En este contexto, el Pp E011 no solo cumple con una obligación legal, sino que contribuye a un objetivo superior plasmado en la CPEUM y a través de la LSS se garantiza el acceso efectivo a la seguridad social como derecho humano, mediante la provisión de servicios médicos integrales que fortalecen la salud, la productividad y la calidad de vida de la población derechohabiente.

4

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_183326.pdf

⁵ La evidencia internacional sostiene que la inversión en sistemas de salud y seguridad social genera retornos económicos superiores a sus costos. Desde la perspectiva empírica, el informe de la Comisión The Lancet sobre Inversión en Salud (Jamison et al., 2013) demostró que, entre 2000 y 2011, alrededor del 24% del crecimiento del ingreso completo (*full income*) en los países de ingresos medios y bajos se debió a mejoras en la salud de la población. Asimismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022, documenta cómo los sistemas de protección social universal actúan como estabilizadores automáticos que reducen la prevalencia de la pobreza y sostienen el consumo interno ante crisis económicas. En el ámbito de la OCDE, estudios como Health at a Glance (2023) ratifican que el acceso a servicios de salud de calidad reduce las pérdidas de capital humano y laboral asociadas a enfermedades prevenibles, validando teóricamente la seguridad social como un mecanismo esencial para la cohesión social y la productividad nacional.



Conforme a la LSS, el mecanismo de intervención que sustenta el diseño del Pp E011 está definido por el otorgamiento de servicios médicos en especie, derivados de los seguros contra riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad. Estos servicios incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, obstétrica, de rehabilitación y el suministro de aparatos ortopédicos, conforme a lo establecido en los artículos 56, 91 y 94 de la LSS. En el caso de riesgos de trabajo, el artículo 56 señala que el asegurado tiene derecho a recibir asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, hospitalización, prótesis y rehabilitación. Para enfermedades no profesionales, el artículo 91 establece que el Instituto debe otorgar asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el inicio del padecimiento y durante un periodo de hasta 52 semanas. No obstante, el artículo 92 complementa esta disposición al reconocer que, si al término de dicho periodo el asegurado continúa incapacitado para trabajar, podrá ser dictaminado como pensionado por invalidez, lo que permite la continuidad del tratamiento médico bajo una nueva condición jurídica. En el caso de maternidad, el artículo 94 mandata al Instituto a brindar asistencia obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio. Adicionalmente la LSS extiende la cobertura de los servicios médicos a los beneficiarios legales del asegurado. Esta normatividad configura el núcleo operativo del programa, define el tipo de prestaciones que deben garantizarse y delimita el ámbito de competencia institucional, lo que permite afirmar que la teoría del cambio del Pp E011 se encuentra jurídicamente respaldada y estructurada para cumplir con el mandato legal de protección a la salud y, en consecuencia, de la seguridad social.

Con el propósito de optimizar la capacidad de respuesta institucional y garantizar la prestación de servicios bajo criterios de máxima eficacia y eficiencia operativa, el Instituto ha organizado los servicios médicos del Pp E011 a través de un esquema de tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria). Esta estructura escalonada, alineada con los estándares internacionales de gestión sanitaria, permite atender con pertinencia técnica la diversidad de necesidades clínicas de la población derechohabiente, asegurando así una cobertura integral, progresiva y racional de los recursos disponibles.

La atención a la salud organizada en tres niveles constituye un eje estructural del modelo de intervención del IMSS, y parte del reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad constituye una secuencia dinámica de eventos biológicos, sociales y clínicos que configuran la trayectoria de la atención médica del individuo desde la promoción de la salud hasta el tratamiento de complicaciones y la rehabilitación. Tal como lo plantean Leavell y Clark (1965), la atención médica debe responder a tres momentos clave: prevención primaria, que busca evitar la aparición de enfermedades; prevención secundaria, orientada al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; y prevención terciaria, centrada en la rehabilitación y reducción de secuelas. Esta secuencia no es lineal ni rígida, sino que se adapta a la evolución clínica del padecimiento y a las condiciones particulares de cada persona usuaria.



En este tenor, la LSS, establece el marco jurídico para la organización, prestación y financiamiento de los servicios médicos del IMSS. Aunque no utiliza explícitamente la terminología de “primer”, “segundo” o “tercer nivel”, sí delimita funciones que corresponden a cada uno de ellos:

1. Atención primaria (primer nivel)

La LSS contempla esta atención en el artículo 56 y 89, al señalar que el IMSS debe proporcionar “servicios médicos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación”⁶. Esta fracción incluye acciones de medicina general, control prenatal, vacunación, detección oportuna de enfermedades y seguimiento de padecimientos crónicos. Las Unidades de Medicina Familiar (UMF) son el principal dispositivo operativo para este nivel, con énfasis en medicina preventiva y consulta externa.

2. Atención especializada (segundo nivel)

El artículo 56 y 89, fracción II, establece que el IMSS debe otorgar “servicios hospitalarios, quirúrgicos, farmacéuticos y de laboratorio”, lo que corresponde al segundo nivel de atención. Aquí se incluyen hospitales y clínicas con capacidad para atender especialidades básicas como ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía. La LSS también prevé la referencia desde unidades de primer contacto hacia estos servicios, aunque no detalla el mecanismo operativo.

3. Alta especialidad (tercer nivel)

La atención de tercer nivel se infiere en el artículo 277 D, fracción II, que faculta al IMSS para establecer “unidades médicas de alta especialidad” y centros de investigación médica. Estas unidades están destinadas al manejo de patologías complejas, procedimientos quirúrgicos avanzados, cuidados intensivos y tratamientos especializados. Además, el artículo 89, fracción III, menciona la rehabilitación integral, que puede incluir servicios de tercer nivel en casos de alta complejidad.

En complemento, el Modelo de Mejora Institucional del IMSS, establecido en la Norma para la Implementación del Modelo Institucional para la Competitividad (2024), refuerza el modelo de atención a la salud en los tres niveles, que se vinculan mediante redes integradas que permiten canalizar la atención conforme a la complejidad del padecimiento y la capacidad resolutoria de cada unidad médica para una intervención más eficaz y eficiente, que permite optimizar los recursos, así como dar continuidad en la atención y fortalecer la calidad técnica de los servicios médicos otorgados.

En conclusión, del análisis del contenido del Diagnóstico 2024 y de la MIR 2023–2025, principales instrumentos de diseño conforme a la MML, se identifica que ambos documentos incorporan la teoría del cambio del Pp E011 de manera parcial. Por un lado, ello obedece a que la

⁶ Cabe precisar que las acciones de prevención y detección que forman parte de la atención primaria, las realiza el Pp E001, que complementa las acciones de primer nivel realiza el Pp E011.



conceptualización y puesta en marcha del programa anteceden a la adopción de la MML en el ámbito del gobierno federal —pues sus orígenes se remontan a 1943, con la publicación de la primera LSS y la creación del IMSS—, y, por otro, a que el modelo de intervención del Pp implica una alta complejidad técnica y organizativa que dificulta su esquematización simplificada sin perder la integralidad de sus componentes clínicos, administrativos y normativos. En consecuencia, el Diagnóstico aún no logra reflejar de manera sistemática los elementos que sustentan el funcionamiento del programa.

La continuación del análisis como parte integral de la respuesta a este reactivo, se presenta en el Anexo B. Continuación de la respuesta al reactivo 2.



3. Con base en la Metodología de Marco Lógico, ¿los elementos que conforman los árboles de problema y objetivos del Pp son adecuados, consistentes y vinculan el problema público con el diseño operativo del Pp?

A continuación, se presentan los árboles del problema y de objetivos objeto de análisis del presente reactivo, sustentados en el Diagnóstico 2024 del Pp E011, específicamente en sus secciones 5. “Árbol del problema” y 6. “Árbol de objetivos”, y los cuales se han mantenido sin cambios de 2023 a 2025.

Árbol del Problema		Árbol de Objetivos	
Efecto Superior	Pérdida de la salud y disminución de la esperanza de vida.	Mejorar la salud e incremento de la esperanza de vida	Fin Superior
Efectos	Directos: Incremento de complicaciones por enfermedades no transmisibles Aumento de complicaciones intrahospitalarias. Aumento del requerimiento de tratamientos de alta complejidad. Aumento de las secuelas secundarias del embarazo, parto y puerperio.	Directos: Disminución de complicaciones por enfermedades no transmisibles Disminución de complicaciones intrahospitalarias Disminución del requerimiento de tratamientos de alta complejidad. Disminución de las secuelas secundarias del embarazo, parto y puerperio.	Fines
Problema	La población derechohabiente del IMSS adscrita a una Unidad de Medicina Familiar presenta alta morbilidad	La población derechohabiente del IMSS adscrita a una Unidad de Medicina Familiar presenta menor morbilidad	Objetivo
Causas	Directas: Aumento de derechohabientes con descontrol de enfermedades crónico-degenerativas. Aumento de infecciones asociadas a la atención en salud. Disminución de la oportunidad en la atención médica en el área de observación. Diferimiento en la atención médica y hospitalaria. Aumento de las complicaciones obstétricas y perinatales.	Directos: Disminución de derechohabientes con descontrol de enfermedades crónico-degenerativas. Disminución de infecciones asociadas a la atención en salud. Incremento de la oportunidad en la atención médica en el área de observación. Disminución del diferimiento en la atención médica y hospitalaria. Disminución de las complicaciones obstétricas y perinatales.	Medios
	Indirectas: Incremento de derechohabientes con enfermedades crónico degenerativas. Falta de surtimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas. Disminución en el nivel de limpieza y conservación de las unidades médicas. Aumento de la demanda de atención en servicios de urgencia en unidades de segundo nivel. Disminución del número de consultas y cirugías programadas. Disminución en la identificación de factores de riesgo obstétrico. Inicio tardío y falta de continuidad de la vigilancia prenatal.	Indirectos: Disminución de derechohabientes con enfermedades crónico degenerativas. Oportuno surtimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas. Óptimo nivel de limpieza y conservación de las unidades médicas. Disminución de la demanda de atención en servicios de urgencia en unidades de segundo nivel. Incremento del número de consultas y cirugías programadas. Adecuada identificación de factores de riesgo obstétrico. Inicio temprano y continuo de la vigilancia prenatal.	

Fuente: Elaboración propia con base en el Diagnóstico 2024 del Pp E011.



De acuerdo con la Metodología de Marco Lógico (MML), el árbol del problema es la herramienta a través de la cual se presenta de manera esquematizada la lógica causal de la situación negativa o necesidad que el programa busca revertir. Su construcción parte de la identificación de un problema central, expresado en forma negativa y verificable. Para su fundamentación, es indispensable desagregar las causas siguiendo una jerarquía lógica: las causas directas, que explican el origen inmediato del problema central, y las causas indirectas, que determinan la existencia de las primeras. Esta concatenación permite identificar las verdaderas raíces del problema y evitar explicaciones superficiales, asegurando que los efectos describan las consecuencias reales sobre la población. Asimismo, las causas deben plantearse como condiciones negativas existentes (ej. "personal no capacitado") y no como la simple ausencia de una solución o la falta de una actividad (ej. "no hay cursos"), ya que esto generaría una lógica circular que confunde la gestión operativa con el problema público⁷. En contraparte, el árbol de objetivos transforma esta lógica en positivo: el problema central se convierte en objetivo central, las causas en medios (directos e indirectos) y los efectos en fines, garantizando así que la MIR se enfoque en resultados y no solo en la gestión de tareas.

El árbol del problema del Pp E011 "Atención a la Salud", establece como problema central que: "La población derechohabiente del IMSS adscrita a una unidad de medicina familiar presenta alta morbilidad" e identifica como causas directas de la alta morbilidad el descontrol de enfermedades crónicas, la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención, la inoportunidad en la atención médica y hospitalaria, las complicaciones obstétricas y perinatales; y como causas indirectas factores operativos vinculados con el abasto de medicamentos, la limpieza de unidades médicas y su equipamiento, la programación de consultas y cirugías y la demanda en servicios de urgencias. Mientras que identifica como efectos directos de una alta morbilidad las complicaciones clínicas y el incremento de tratamientos de alta complejidad que, a su vez, redundan en el estado de salud general y esperanza de vida de las personas.

Se considera que la estructura del árbol muestra una coherencia causal aceptable, debido a que las causas directas explican de manera razonable el aumento de la morbilidad y los efectos son consecuencia lógica del problema central. No obstante, desde el punto de vista del equipo evaluador, el árbol presenta confusiones en su diseño conceptual al incluir primordialmente factores operativos como causas dentro de su lógica causal.

En particular, las siguientes causas del árbol: "Falta de surtimiento de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas", "Disminución en el nivel de limpieza y conservación de las unidades médicas", "Aumento de infecciones asociadas a la atención en salud", "Disminución de la oportunidad en la atención médica", "Disminución en el número de consultas y cirugías programadas", "Diferimiento en la atención médica y hospitalaria", "Disminución en la

⁷ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2016). Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados. México: SHCP. Pág. 34. (Donde se especifica: "El problema no debe expresarse como la falta de una solución, ya que se terminaría contando con una 'solución faltante' y no con un problema real).



identificación de factores de riesgo obstétrico” e “Inicio tardío y falta de continuidad de la vigilancia prenatal”, aunque se reconoce que son factores que contribuyen a agravar o extender los cuadros clínicos existentes, propiciando complicaciones (lo que contribuye indirectamente a una mayor morbilidad); no debieran incluirse como las únicas causas del árbol por ser limitantes asociadas directamente con la operación del programa, en particular, y del IMSS, en general.

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental subrayar que la lógica de intervención del Pp E011 difiere sustancialmente de programas diseñados para atender crisis coyunturales. El diseño de este Programa presupuestario no parte de una problemática emergente identificada aisladamente, sino que se cimenta en una obligación permanente del Estado mexicano: la garantía del derecho a la salud y al acceso a la seguridad social.

Esta naturaleza estructural implica que su Matriz de Marco Lógico debe trascender la visión autodiagnóstica de las capacidades institucionales para centrarse en los resultados de valor público (lo que necesita la población). En consecuencia, validar brechas operativas —como el desabasto o la falta de aseo— como “causas raíz” equivaldría a reducir el alcance de una política de Estado a solo un instrumento de gestión administrativa, perdiendo de vista su fin último: la contribución efectiva al bienestar colectivo y a la modificación de los determinantes de salud; además de propiciar una interpretación que atribuya el origen del problema público exclusivamente a fallas operativas institucionales.

De acuerdo con la MML, desarrollada en los manuales metodológicos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y en la *Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados* (Guía MIR) de la SHCP⁸, el árbol del problema esquematiza el análisis del problema público y tiene como finalidad identificar el problema central y sus causas y efectos, las cuales explican las condiciones estructurales, sociales, institucionales, o contextuales que dan origen a dicho problema. En particular, se sugiere incluir las causas más relevantes que influyen sobre el problema público, aunque no sean competencia de la entidad (SHCP, 2025). En el contexto específico del Pp E011, en las causas del árbol del problema se deben considerar los factores que originan o agravan el problema de la alta morbilidad, como pudieran ser factores clínicos, demográficos, genéticos ambientales, socioeconómicos, condiciones asociadas a estilos de vida, y no solo elementos que corresponden a limitaciones de implementación, preservando así la distinción entre el diagnóstico del problema y la capacidad de ejecución del programa.

Con respecto al problema central de “alta morbilidad” en la población derechohabiente, esta redacción se ajusta a la MML al expresar una condición negativa, concreta y medible, vinculada con la salud de la población objetivo. En particular, cumple con la sintaxis establecida: Población objetivo + problema público; pues identifica a la población objetivo como “La población

⁸ Consultar las siguientes referencias para una explicación detallada de la MML: (NU, CEPAL & ILPES, 2011) Formulación de programas con la metodología de marco lógico; (NU, CEPAL & ILPES, 2004) Metodología de Marco Lógico; y (NU, CEPAL & ILPES, 2005) Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas.



derechohabiente adscrita a una unidad de medicina familiar del IMSS” que padece el problema de “alta morbilidad” que puede ser atendida mediante una intervención pública. Al analizar las causas identificadas en el árbol del problema y el indicador definido a nivel de Propósito como métrica para evaluar el avance en la atención del problema público, se observa que su formulación es adecuada, dado que incorpora la incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles, así como la presencia de complicaciones, secuelas y recurrencias. No obstante, conforme a la MML, el enfoque asignado a las complicaciones resulta impreciso, ya que éstas se están valorando desde las limitaciones operativas del programa al plantear fallas de gestión (ej. “falta de medicamentos”) como causas raíz, lo que contraviene el principio de la MML de no definir el problema como la “ausencia de una solución” (SHCP, 2016), error que genera una lógica circular donde el objetivo se limita a subsanar la carencia administrativa en lugar de generar un resultado de valor público en la salud de la población.”

Cabe señalar que el Diagnóstico 2024, presenta información relevante sobre la prevalencia de distintas enfermedades en la población derechohabiente y que sustenta parcialmente el problema central definido en el árbol. No obstante, dicha información no se articula de forma suficiente para generar un hilo conductor que permita validar el problema formulado desde la lógica de la MML. El documento presenta áreas de oportunidad para desarrollar con claridad las causas sociales, biológicas, ambientales o estructurales que explican la alta morbilidad, ni sus efectos diferenciados. Si bien se reconoce que el diseño original centró su análisis en las brechas operativas de la oferta de servicios, este enfoque resulta insuficiente para validar el problema formulado desde la lógica de la MML.

En síntesis, al omitir los determinantes sociales de la salud, se limita la construcción de un árbol del problema sólido y la formulación de una teoría del cambio robusta que vincule la gestión institucional con la modificación efectiva del bienestar social, tal como se identificó en la respuesta previa.

Una vez concluida la construcción del árbol del problema, tanto la MML de la CEPAL como la de la SHCP contemplan la elaboración del árbol de objetivos, en el cual los elementos identificados se reformulan como situaciones logradas. En particular, las causas del problema se transforman en medios, entendidos como condiciones o estados deseables cuya existencia permitiría atender el problema público, mientras que los efectos se reformulan como fines. En este tenor, el árbol de objetivos del programa es congruente con su árbol del problema al invertir adecuadamente las condiciones negativas contenidas en el segundo. Asimismo, plantea como objetivo central que “La población derechohabiente del IMSS adscrita a una unidad de medicina familiar presenta menor morbilidad”, y una cadena causal de medios orientados a reducir las complicaciones por enfermedades crónicas, obstétricas y perinatales, así como a lograr la atención oportuna de los servicios médicos. La menor prevalencia de morbilidades genera como fines inmediatos menores complicaciones clínicas y tratamientos complejos, lo que propicia mejorías en el estado de salud y en la esperanza de vida.



Considerando que el objetivo central establecido en el árbol -menor morbilidad- está enfocado en un resultado sanitario o efecto en la salud de los derechohabientes, la estructura del árbol muestra una lógica causal coherente entre medios directos – objetivo central - fines, debido a que los medios directos corresponden a resultados del otorgamiento de servicios médicos que inciden en una menor morbilidad. No obstante, y como reflejo de la estructura actual del árbol del problema, en los medios indirectos se incluyen primordialmente factores institucionales y operativos que permiten concretar dichos servicios, sin desarrollar de manera suficiente otros medios de carácter estructural vinculados a condiciones sociales, demográficas, ambientales o de estilos de vida que también inciden en la morbilidad de la población.

Conforme al proceso secuencial de la MML, concluida la construcción del árbol de objetivos, se identifican posibles acciones para materializar algunos de los medios, así como distintas alternativas de intervención, las cuales se analizan y comparan para seleccionar aquella o aquellas factibles de implementar, considerando criterios de viabilidad, incidencia y ámbito de competencia. En congruencia con este enfoque, la Guía MIR de la SHCP establece que, una vez seleccionada la alternativa de intervención, se construye la Estructura Analítica del Programa (EAPp), a partir de la cual se perfilan los niveles del resumen narrativo de la MIR.

En este proceso, los Componentes de la MIR se definen a partir de los medios seleccionados del árbol de objetivos y corresponden a los bienes o servicios que el programa entregará. En el contexto del Pp E011, para la selección de las alternativas de solución y la configuración de la EAPp, no se perder de vista en ningún momento la obligación legal del IMSS de proveer asistencia médica a su población DH, integrada por servicios de atención médica y hospitalaria, rehabilitación, protección de la maternidad y asistencia farmacéutica, como se establece en la LSS, y configurada en el modelo de tres niveles de atención⁹.

Las Actividades, por su parte, se establecen posteriormente como los procedimientos operativos necesarios y suficientes para generar dichos componentes. Tanto la CEPAL como la SHCP reconocen que estas actividades pueden vincularse con acciones identificadas para materializar los medios, pero no existe una correspondencia automática, exhaustiva ni obligatoria entre las causas del árbol del problema y las actividades de la MIR. La ausencia de determinadas actividades en el árbol del problema no se debe interpretar como una inconsistencia metodológica, siempre que las actividades se deriven de los componentes definidos y sean necesarias y suficientes para su generación. Este criterio busca preservar la distinción entre el diagnóstico del problema público y la ejecución operativa del programa, evitando atribuir el origen del problema exclusivamente a limitaciones en la capacidad de gestión institucional.

⁹ Cabe precisar que, la asistencia médica que brinda el IMSS también incluye la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, mismas que se atienden a través del Pp E001 y, por lo cual, no se consideran en el análisis de los servicios brindados con el Pp E011.



Al comparar el árbol de objetivos del Pp E011 con la MIR 2025, instrumento que presenta la teoría del cambio o cadenas de resultados del programa, se observa una alineación clara y jerárquica: el Fin de la MIR (“Contribuir a incrementar la esperanza de vida en el país”) corresponde al fin superior del árbol; el Propósito (“La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad”) coincide con el objetivo central; y los componentes (control de enfermedades crónicas, prevención y control de infecciones asociadas a la atención, atención médica oportuna en urgencias y en las UMAE, y atención de complicaciones obstétricas) coinciden con los medios directos del árbol. En tanto que las actividades (suministro de medicamentos, limpieza de unidades, otorgamiento de consultas, programación de cirugías y atención prenatal) son adecuadas en la MIR, no por su correspondencia directa o exhaustiva con los medios indirectos del árbol, sino por corresponder a procesos institucionales necesarios para la generación de los componentes (servicios médicos).

En resumen, se identificó que el problema público que atiende el Pp E011 se encuentra formulado de manera clara, concreta y única, al identificar a la población derechohabiente del IMSS adscrita a una UMF como el sujeto de la intervención y a la “alta morbilidad” como el problema central que se busca atender, en apego a la sintaxis establecida por la MML (Población objetivo + problema público). El problema no se define como la ausencia de un servicio o atributo institucional, sino como una condición adversa en el estado de salud de la población que justifica la intervención pública. En este sentido, la prestación de servicios médicos, el suministro de insumos y las acciones operativas asociadas son los medios -directos e indirectos- para incidir sobre el problema público identificado, y no como el problema en sí mismo, lo que refuerza la coherencia conceptual del diseño del Pp E011.

Por otra parte, derivado del cambio de denominación del programa para 2026 como Pp E031 “Servicios de Atención a la Salud” y de la actualización de su Instrumento de Diseño, como Anexo B. Continuación de la respuesta al reactivo 3, elementos 2026, se presenta un análisis sobre los elementos actualizados en los árboles del problema y de objetivos incluidos en el Diagnóstico Ampliado 2025. Asimismo, se deberán considerar los hallazgos de la respuesta al reactivo 5, a fin de armonizar el uso de la definición de la población objetivo dentro del problema público y el objetivo central.



SECCIÓN III. SEGUIMIENTO

4. Con base en la Metodología de Marco Lógico, ¿el Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp permite identificar con claridad sus objetivos y resultados obtenidos?

Para poder determinar si el ISD del Pp E011 permite identificar con claridad sus objetivos y resultados, y tal como se desarrolló en la respuesta al reactivo 3, en primera instancia, se requiere verificar la alineación de la MIR del programa con el árbol de objetivos, ya que, de acuerdo con la MML desarrollada por la CEPAL y la Guía MIR de la SHCP, la MIR debe derivarse de la selección de las alternativas y de la Estructura Analítica del Programa (EAPp), la cual se construye con base en el árbol del problema y el árbol de objetivos. En esta alineación, se espera que el Fin corresponda al efecto superior del árbol, el Propósito al objetivo central, los Componentes a los medios seleccionados del árbol de objetivos que atienden las causas del problema y permiten lograr el propósito. Las Actividades, se definen a partir de los Componentes, como los procedimientos operativos necesarios y suficientes para su generación, pudiendo algunos de ellos corresponder a medios indirectos del árbol de objetivos, sin que exista una correspondencia obligatoria y exhaustiva entre las causas indirectas del árbol del problema y las actividades de la MIR. Asimismo, la relación vertical entre estos niveles debe conservar la secuencia lógica de causalidad (lógica vertical), mientras que la relación horizontal debe asegurar coherencia entre objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos (lógica horizontal).

Con base en esta metodología, se analizó la coherencia entre la MIR 2025 del Pp E011 y su árbol de objetivos incluido en el Diagnóstico 2024. Los resultados muestran que la alineación es adecuada y que los objetivos de la MIR guardan correspondencia con los fines y medios del árbol. El Fin de la MIR “Contribuir a incrementar la esperanza de vida en el país” corresponde con el efecto superior del árbol “Mejorar la salud e incrementar la esperanza de vida” y utilizan la sintaxis recomendada por la SHCP. El Propósito “La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad” está alineado con el objetivo central del árbol al buscar reducir la morbilidad, aunque la MIR amplía el alcance a toda la población usuaria del Instituto y no solo la adscrita a Unidades de Medicina Familiar.

La correspondencia entre los componentes, medios y causas directas es clara. Cada componente de la MIR (control de enfermedades crónicas, programas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud, atención de urgencias, atención hospitalaria oportuna y atención obstétrica) responde directamente a una causa del problema central, plasmadas como medios en el árbol de objetivos. Las actividades de la MIR (suministro de medicamentos, limpieza de unidades médicas, atención médica continua y vigilancia prenatal) son adecuadas en la MIR, no por su correspondencia directa o exhaustiva con los medios indirectos del árbol, sino por corresponder a procesos institucionales necesarios para la generación de los componentes (servicios médicos).



Por lo anterior, se considera que la secuencia causal vertical entre actividades, componentes, propósito y fin de la MIR del Pp está correctamente estructurada conforme a la MML. La redacción de los objetivos de la MIR se apega a la sintaxis establecida por la SHCP: el Fin con el verbo “contribuir”, el Propósito con sujeto y verbo en presente, los Componentes en participio pasado o hecho logrado y las Actividades en sustantivo derivado de un verbo. Sin embargo, se identifican áreas de mejora que provienen desde la conceptualización del árbol del problema -como se analizó en la respuesta al reactivo 3- y que se reflejan en el árbol de objetivos; y de la teoría del cambio presentada de manera acotada en el Diagnóstico -y que se refleja en las Actividades y Componentes de la MIR- al no abarcar la totalidad de los servicios médicos que el IMSS otorga a su población derechohabiente (como la atención en el primer nivel de enfermedades distintas a las crónicas degenerativas, consultas externas y cirugías en segundo nivel, atención de urgencias en tercer nivel y servicios de rehabilitación).

En general, la MIR 2025 del Pp E011 presenta una alineación adecuada y coherente con el árbol de objetivos, cumpliendo los criterios de correspondencia y causalidad establecidos en la MML. No obstante, el alcance conceptual del árbol, como se señaló en la respuesta previa, junto con la propia MIR, requieren fortalecerse para reflejar de una manera más completa la teoría del cambio del programa y su papel integral en la atención a la salud de la población derechohabiente.

Ahora bien, de acuerdo con la MML, la lógica vertical de la MIR considera los distintos niveles del resumen narrativo y los supuestos que permiten el tránsito hacia los niveles superiores; donde los supuestos son factores externos al control del programa relevantes y con alta probabilidad de ocurrencia que deben cumplirse para asegurar la relación causa-efecto entre niveles. Una lógica vertical adecuada establece que: si se completan las actividades y se cumplen los supuestos asociados a ellas, se generarán los componentes; si los componentes se producen y se cumplen los supuestos asociados a ellos, se alcanzará el propósito; si el propósito se logra y se mantienen los supuestos asociados a este, el programa contribuirá al fin; y si se mantienen los supuestos de sostenibilidad asociados al fin, su impacto se sostendrá en el tiempo. Por ello, la correcta ubicación de los supuestos es fundamental para que la cadena de resultados se cumpla y sea verificable.

Considerando lo anterior, se analizó la lógica vertical de la MIR 2025 del Pp E011 y se encontró que esta presenta, en términos generales, una estructura adecuada y coherente con los principios de la MML. Los objetivos definidos en los cuatro niveles guardan la secuencia causal esperada: las actividades de prestación de servicios médicos, provisión de medicamentos y acciones de higiene sustentan los componentes del programa; estos, a su vez, inciden en la reducción de la morbilidad (propósito), lo que contribuye al incremento de la esperanza de vida (fin).

No obstante, al revisar la relación entre los objetivos y los supuestos, se observan áreas de mejora relacionadas con su ubicación y alcance. Por ejemplo, la disminución de los determinantes sociales de la salud y al autocuidado son condiciones necesarias para lograr un efecto directo sobre la morbilidad. El supuesto de medidas de prevención es una condición necesaria a nivel de actividad



para lograr un efecto directo sobre la prevención y control de enfermedades. Los supuestos relativos a la asignación de recursos económicos, infraestructura, personal, provisión de insumos y el acceso a servicios, son condiciones internas de gestión que deben ser garantizadas por el propio programa, o al menos por el Instituto, y no tratadas como factores externos. En tanto que la incorporación de los trabajadores al IMSS por los patrones y la reunión de requisitos para la programación de atención médica y quirúrgica, aunque son factores externos al programa, son condiciones previas que deben cumplirse previo a la realización de las actividades a las que están asociadas.

Se considera que, el ISD o MIR del programa se beneficiaría de incorporar elementos y ajustar otros para reflejar de manera integral la teoría del cambio: completar componentes, reubicar actividades al nivel de componente, y agregar actividades que complementen la cobertura institucional del programa (las sugerencias específicas se presentan al final de la respuesta).

En particular, se observa que el control de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) - correspondiente al componente C2- es una función clave para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de la atención médica. No obstante, el alcance de esta acción su alcance debe ir más allá del enfoque tradicional centrado exclusivamente en infecciones nosocomiales. La experiencia reciente —especialmente durante la pandemia por COVID-19 y ante brotes recurrentes de influenza y sarampión— ha evidenciado la necesidad de una vigilancia epidemiológica hospitalaria integral, capaz de identificar y gestionar tanto los riesgos que se originan al interior de las unidades médicas como aquellos provenientes del entorno comunitario que ingresan al nosocomio y representan amenazas para la seguridad institucional.

Limitar la vigilancia a las IAAS internas implica ignorar los costos económicos y operativos asociados a brotes no detectados oportunamente, lo que se traduce en estancias prolongadas, saturación de servicios y uso ineficiente de recursos (Bearman & Stevens, 2021). La evidencia especializada y los lineamientos internacionales coinciden en que la vigilancia epidemiológica debe concebirse como un sistema de inteligencia sanitaria orientado a la preparación y respuesta ante emergencias, cuya inversión resulta menor que el costo de atender crisis reactivas (Bearman & Stevens, 2021 y Organización Mundial de la Salud, 2022). En este sentido, el componente correspondiente del Pp E011 debiera fortalecerse para consolidarse como un mecanismo preventivo que proteja el valor económico y operativo del Instituto, asegurando que las unidades hospitalarias funcionen como barreras de contención y no como amplificadores de brotes.

Ahora bien, el objetivo del componente C1, actualmente formulado en términos de “control adecuado” de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, remite principalmente a un estado fisiológico observable en el paciente —como cifras tensionales o niveles de glucemia dentro de rangos establecidos—, sin reflejar de manera explícita el conjunto de intervenciones médicas, preventivas y de seguimiento que hacen posible dicho resultado. En contraste, el concepto de “atención adecuada” permite representar de forma más integral la provisión de servicios asociados



a la atención de enfermedades crónicas, que incluye el diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico continuo, la vigilancia de la adherencia terapéutica, la educación para la salud y, cuando es necesario, la referencia oportuna a servicios de mayor complejidad.

Bajo esta lógica, el control metabólico y tensional se entiende como una consecuencia de la calidad, oportunidad y pertinencia de la atención brindada, y no como el servicio en sí mismo. Reformular el componente en estos términos fortalece la coherencia interna de la MIR, al establecer una relación jerárquica clara: el programa provee atención médica adecuada como producto sustantivo y, como resultado directo de dicha atención, se alcanzan los niveles de control clínico medidos por los indicadores C1.1 y C1.2; además de tener una mayor congruencia con los servicios médicos mandatados en la LSS.

Por su parte, el abasto de medicamentos es un producto intermedio clave que materializa la oferta de asistencia farmacéutica prevista en la LSS. Por lo que más que un proceso de gestión representa un resultado intermedio del programa necesario para mantener la continuidad de la atención médica en los tres niveles de atención, por lo que esta función corresponde al nivel de Componente y la cual, debiera complementarse con su o sus respectivas actividades. Para ello, el programa podría considerar aquel o aquellos procedimientos susceptibles de enfrentar mayores riesgos operativos -identificados durante entrevista con las UR- como son: la planeación del abasto a partir de la información reportada por las unidades médicas, la distribución de los insumos determinada por limitaciones estructurales (como la disponibilidad de vehículos, rutas y capacidades diferenciadas entre representaciones estatales), o la oportunidad para la reposición de insumos entre unidades médicas al enfrentar tiempos variables para dicha reposición.

En complemento a la lógica vertical, de conformidad con la MML, la lógica horizontal de una MIR busca asegurar que los indicadores seleccionados midan adecuadamente el grado de cumplimiento de los objetivos del programa en los diferentes niveles. Asimismo, permite verificar si los indicadores son claros, relevantes y adecuados, y si los medios de verificación son necesarios y suficientes para obtener los datos requeridos. En este tenor, a continuación, en las siguientes tablas se presentan los indicadores de la MIR 2025 del Pp E011 y su información, organizados por nivel de objetivos, mientras que el análisis de la lógica horizontal se incluye después de cada tabla.

Tabla 3. Indicadores a nivel de Fin

Nivel: Fin					
Objetivo: Contribuir a incrementar la esperanza de vida en el país.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
F.1 Esperanza de Vida al Nacer	(Total de Años Vividos al nacer de la población derechohabiente del IMSS del año	Años	Estratégico, Eficacia, Anual	Total de Años Vividos al nacer de la población derechohabiente del IMSS del año t-1: Reporte de Población Adscrita. Mensual. A cargo de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS. Disponible en: http://cognos.imss.gob.mx/cubo_cp.asp Para la obtención del total de años vividos al nacer, se utiliza	Los determinantes sociales en salud de impacto



	t-1) / (Número de supervivientes supuestos al nacer de la población derechohabiente del IMSS del año t-1)			una tabla de vida actuarial la cual se encuentra disponible en la siguiente liga http://11.33.41.133/ (Disponible a través de la red interna del IMSS).; Número de supervivientes supuestos al nacer de la población derechohabiente del IMSS del año t-1: Bases de datos de mortalidad. Anual. A cargo del INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Microdatos . Base de datos de SISMOR - SEED. Anual. Para la obtención del número de supervivientes supuestos al nacer, se utiliza una tabla de vida actuarial la cual se encuentra disponible en la siguiente liga http://11.33.41.133/ (Disponible a través de la red interna del IMSS). Información a cargo de la División de Información en Salud en el IMSS.	negativo disminuyen.
--	---	--	--	--	----------------------

Fuente: Elaboración propia con base en las Fichas Técnicas de la MIR 2025 del Pp E011 y el documento de Metodología y Memoria de Cálculo del Pp E031.

El indicador de Fin cumple con los requisitos metodológicos establecidos por la SHCP. Su nombre es claro y describe el resultado de impacto de largo plazo al que el programa contribuye. La definición y el método de cálculo se encuentran estandarizados internacionalmente y son aplicados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). La unidad de medida (años) es adecuada para expresar el impacto sobre la salud poblacional y la frecuencia de medición (anual) resulta suficiente para identificar tendencias significativas en el tiempo. Los medios de verificación empleados —principalmente las estadísticas vitales, censos y encuestas intercensales del INEGI— son necesarios y suficientes para obtener los datos requeridos. Son fuentes confiables, oficiales y de amplia cobertura; aunque la tabla de vida actuarial solo está disponible a través de la red interna del IMSS.

Si bien los cambios en la esperanza de vida no son atribuibles de manera directa al programa, este indicador es pertinente y útil como un *proxy* para reflejar la contribución del Pp E011 al mejoramiento del estado de salud de la población derechohabiente y, a la población en general. Por lo tanto, el indicador cumple con las características de claridad, relevancia y validez metodológica, siendo adecuado para el nivel de Fin.

Tabla 4. Indicadores a nivel de Propósito

Nivel: Propósito					
Objetivo: La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
P.1 Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS	(Total de casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas) / (Población adscrita a médico	Tasa de incidencia	Estratégico, Eficacia, Anual	Total de casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas: Consulta de Diagnósticos Epidemiológicos por OOAD, Año y Semana Epidemiológica del Sistema de Vigilancia Convencional/SIAVE-IMSS a cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS de la Dirección de prestaciones Médicas. Periodicidad: Semanal. Disponible a través de la red interna del IMSS en el apartado Consulta de Diagnósticos de Interés	Los derechohabientes del IMSS se responsabilizan por el autocuidado a la salud y llevan un estilo de vida saludable.



	familiar) X 100, 000			Epidemiológico. La División de Análisis en Salud del IMSS, está ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100. ; Población adscrita a médico familiar: Reporte de Población adscrita a médico familiar al mes de junio. A cargo de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS ubicada en Avenida Paseo de la Reforma 476 Piso 4, ala Oriente Alcaldía Cuauhtémoc CP 06600. Asimismo, también es reportado por la División de Información en Salud, a través de la red interna del IMSS en el apartado de Población. La División de Información en Salud del IMSS está ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	
--	-------------------------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base en las Fichas Técnicas de la MIR 2025 del Pp E011 y el documento de Metodología y Memoria de Cálculo del Pp E031.

El indicador de Propósito mide el cambio directo en la población objetivo del programa, siendo congruente con el propósito de reducir la morbilidad entre los derechohabientes. Su nombre y unidad de medida son claros y apropiados. El método de cálculo es técnicamente sólido. Los medios de verificación provienen de sistemas institucionales como los registros del Sistema de Vigilancia Convencional/SIAVE-IMSS y registros administrativos disponibles a través de la red interna del IMSS. Estas fuentes son necesarias y suficientes para obtener los datos de cálculo. Sería deseable que en la definición se precisaran las enfermedades incluidas bajo la categoría de “crónico-degenerativas seleccionadas” y los criterios clínicos de diagnóstico, con el fin de brindar mayor claridad al lector y asegurar la comparabilidad.

El indicador es claro, relevante y adecuado para medir la reducción de la morbilidad asociada a enfermedades crónico-degenerativas; pero es insuficiente por sí solo para evaluar de manera completa el cumplimiento del objetivo del Pp, considerando que debe abarcar la morbilidad asociada a los distintos grados de complejidad de los padecimientos que son atendidos con los servicios de los tres niveles de atención. Por ello, este indicador debiera complementarse con otros que permitan valorar la integralidad de la atención en salud que ofrece el Pp E011 para cumplir con el mandato legal del IMSS y representar el conjunto de resultados del programa, como pudieran ser indicadores de cobertura, de satisfacción de la población DH -por corresponder a un programa que otorga servicios- y de atención materna, derivado de la contribución sustantiva del programa al ODS 3.

El análisis de los indicadores de Componente y Actividad, así como las recomendaciones a la lógica vertical y horizontal de la MIR vigente del Pp E011 se presentan como anexo a la respuesta (Anexo D. Continuación de la respuesta al reactivo 4).



SECCIÓN IV. POBLACIÓN Y COBERTURA

5. ¿El Pp identifica de manera adecuada a sus poblaciones potencial, objetivo y atendida?

El Diagnóstico vigente del Pp E011 corresponde al Diagnóstico 2024, en el cual se detalla la descripción de las poblaciones en el apartado 3.4 "Cobertura", subapartados 3.4.1 "Identificación y caracterización de la población potencial, objetivo y atendida" y 3.4.2 "Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo". A continuación, se muestra el análisis de estas poblaciones:

Descripción de la población

Población Potencial: Definición, cuantificación y análisis

Definición

Conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la LSS.

Cuantificación

Asegurados directos o cotizantes pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos.

Unidad de medida

Derechohabientes.

A continuación, se presenta la cuantificación anual de derechohabientes reportada por el IMSS:

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
61,986,123	66,086,789	68,158,455	69,342,727	67,162,727	71,579,550	74,045,240

Nota: Elaboración propia con base en el Diagnóstico 2024.

Análisis de la definición

La población potencial se conceptualiza como el conjunto de personas que presentan una necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, en consecuencia, podrían ser elegibles para recibir sus servicios. En el caso del Pp E011, conceptualmente, esta definición debe acotarse para incluir únicamente a quienes tienen derecho, conforme a la LSS, a recibir las prestaciones médicas que ofrece el IMSS. Esto implica que la población potencial del programa deba entenderse como el total de personas con derecho a la atención médica.

De acuerdo con la LSS, las prestaciones médicas constituyen un subconjunto de las prestaciones en especie y se proporcionan tanto a personas inscritas en el régimen obligatorio como en el régimen voluntario. Por ejemplo, las personas que se incorporan al régimen voluntario mediante el Seguro de Salud para la Familia únicamente tienen derecho a recibir las prestaciones en especie previstas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y no el resto de las prestaciones en especie, tales como las previstas en el Seguro de Prestaciones Sociales. Por otro lado, existen modalidades de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, como la Continuación Voluntaria, que solo cubre -a las personas aseguradas- con prestaciones en dinero previstas en los seguros de Invalidez y Vida, y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, pero que no les otorga el derecho a prestaciones en especie durante su aseguramiento, en particular a las prestaciones médicas del Seguro de Enfermedades y Maternidad. De manera general, dadas las distintas modalidades de aseguramiento, no todas las personas que, conforme a la LSS, tienen derecho a recibir prestaciones en dinero, también tienen derecho a recibir prestaciones en especie, y viceversa. Asimismo, es importante reconocer que existen otros tipos de prestaciones en especie distintas a las médicas como los servicios de guarderías o prestaciones sociales, por lo que el término prestaciones en especie no es directamente equiparable a las prestaciones médicas.

Por lo anterior, aun cuando la definición actual es técnicamente válida en tanto se ciñe a lo dispuesto en la LSS, la definición de la población potencial se beneficiaría de una mayor claridad y precisión, a fin de referirse exclusivamente a las personas con derecho a acceder a prestaciones médicas, sin que ello requiera del lector un conocimiento previo sobre las distintas formas de aseguramiento ni sobre el alcance de las prestaciones en dinero o en especie.

Análisis de la cuantificación



En cuanto a la metodología para su cuantificación esta es consistente con la definición vigente, es clara y se encuentra debidamente documentada. No obstante, la vinculación con la fuente y el detalle de las variables que sirven de base para su cuantificación no se incluyen en el Diagnóstico 2024, sino que es necesario extraerlos del banco de datos digital del IMSS denominado Consulta Dinámica (CUBOS). A partir de la información de CUBOS se puede observar que la población derechohabiente potencial utilizada para estimar la población potencial del Pp E011 está conformada por la suma de: asegurados (incluyendo al IMSS como patrón), familiares de asegurados, familiares de pensionados IMSS, familiares de pensionados no IMSS, así como pensionados y jubilados (incluyendo IMSS como patrón).

De acuerdo con el Glosario de Términos de CUBOS, los asegurados comprenden todas las modalidades de aseguramiento, tanto aquellas relacionadas con puestos de trabajo como aquellas modalidades sin empleo asociado, entre las cuales se encuentran las modalidades 32 “Seguro Facultativo”, 33 “Seguro de Salud para la Familia” y 40 “Continuación Voluntaria al Régimen Obligatorio”. Además, se explica que la cifra de asegurados contabiliza a estos en función de cada modalidad de afiliación, por lo que una misma persona podría ser contada más de una vez si mantiene múltiples afiliaciones.

Por otra parte, la información en CUBOS permite identificar que los pensionados y jubilados se componen de la suma de pensionados y jubilados totales que fueron trabajadores del IMSS (IMSS patrón) y de pensiones totales otorgadas bajo la LSS (IMSS asegurador). Es decir, se suman las pensiones (casos) y las personas pensionadas, siendo posible que una misma persona tenga más de una pensión o que desempeñe roles tanto como pensionado del IMSS asegurador y pensionado del IMSS patrón.

Por lo anterior, se reconoce que existen áreas de oportunidad para mejorar la precisión en la estimación de la población potencial del Pp E011, en especial, en la identificación de personas únicas con derecho a las prestaciones médicas. Conviene precisar que, de acuerdo con el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2024-2025, la CURP sí permite identificar a los derechohabientes que tienen más de un tipo de afiliación dentro de las bases de datos institucionales, lo que podría servir para evitar la duplicidad al momento de la integración de los registros, independientemente de su origen o área generadora. Asimismo, conforme al referido Glosario, los componentes de familiares asociados a asegurados o a pensionados se determinan en función de coeficientes relacionados con el promedio del número de familiares por hogar que tienen derecho a los beneficios otorgados por el IMSS, de acuerdo con la afiliación del titular. Esta consideración es relevante, ya que el 58.72 % de la población potencial para 2024 corresponde a familiares, por lo que parte de la estimación no proviene de registros administrativos directos, sino de aproximaciones estadísticas que requieren una validación periódica para asegurar su consistencia y confiabilidad conforme a los principios de la MML.

El Diagnóstico 2024 señala que la cuantificación de la población potencial se actualiza anualmente por parte de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS, aunque existen mediciones mensuales reportadas en CUBOS; en este sentido, se considera que su medición es oportuna. El referido diagnóstico no señala las variables para la desagregación de la información, sin embargo, esta población se presenta en CUBOS por OOAD de adscripción y tipo de DH (asegurados, familiares, pensionados y jubilados).

Finalmente, la cantidad de personas que formaron parte de la población potencial entre los años 2016 y 2022, con corte a diciembre, está documentada en el Diagnóstico 2024. Esta información es consistente con los datos disponibles en CUBOS para la mayoría de los años, con excepción de 2016, 2019 y 2020. Además, coincide con lo reportado en la Memoria Estadística 2024 (Capítulo II: Población Derechohabiente) para los años 2017-2018 y 2021-2022. La actualización más reciente se realizó en agosto de 2025 y solamente está disponible en CUBOS.

Población Objetivo: Definición, cuantificación y análisis

Definición

Población derechohabiente del IMSS Adscrita a Unidad de Medicina Familiar (PAU).

Cuantificación

Número de derechohabientes vigentes en un mes en particular y adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar. Incluye a los derechohabientes titulares con más de un puesto de trabajo, los que reciben más de un pago por concepto de pensión y a los adscritos como titulares y como beneficiarios de otro titular, los cuales se contabilizan dos veces.

Unidad de medida

Derechohabientes.

A continuación, se presenta la cuantificación anual de derechohabientes reportada por el IMSS:

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
53,302,594	55,813,923	57,221,796	59,179,060	57,073,874	59,321,565	61,141,849

Nota: Elaboración propia con base en el Diagnóstico 2024.



Análisis de la definición

La población objetivo se formula como el conjunto total de personas que el programa pretende atender en un periodo determinado. En este contexto, se considera que la población objetivo del Pp E011 debe conceptualizarse para incluir a todos los derechohabientes que, dentro de la población potencial, requieran atención por parte de los servicios médicos del IMSS. La definición actual es una adecuada aproximación de la población que presenta la necesidad de atención a la salud a través de los servicios que ofrece el Pp E011. No obstante, al incorporar la condición de adscripción, la población objetivo queda acotada a las personas cuya adscripción se encuentra registrada y validada, lo que no necesariamente coincide, en todos los casos, con el universo de derechohabientes que pueden requerir y recibir atención médica en un periodo determinado, como ocurre en situaciones de urgencia. Bajo esta lógica, la adscripción constituye un criterio operativo para la identificación y cuantificación de la población, pero no un elemento constitutivo de la necesidad de atención que da origen a la intervención pública.

Análisis de la cuantificación

Respecto a la metodología para su cuantificación, esta, al igual que la definición de población potencial, es consistente, clara y está bien documentada. Nuevamente, la vinculación con la fuente y el detalle de las condiciones de las variables para su cuantificación no se expresa en el Diagnóstico 2024, sino que es necesario extraerlos de CUBOS. De acuerdo el Glosario de CUBOS, se trata de la población adscrita a las UMF y hospitales con medicina familiar, con atención en primer nivel, calculada a partir de los registros administrativos del IMSS y que refleja el número de derechohabientes vigentes al cierre del periodo.

En línea con los comentarios sobre la definición, se considera que esta metodología es una adecuada aproximación para estimar la población que el Pp E011 pretende atender. Sin embargo, se debe reconocer que no contempla a las personas tratadas en urgencias que no están adscritas a una UMF; y que puede duplicarse la contabilización de personas —por ejemplo, cuando tienen más de un puesto de trabajo, son trabajadores activos y pensionados al mismo tiempo, o son titulares y beneficiarios de otro titular—.

Por otra parte, en CUBOS, la población derechohabiente adscrita a la UMF se presenta segmentada por grupos de edad, tipo de DH (titulares o beneficiarios) y sexo, cada uno de ellos distribuido por OOAD de adscripción.

La cantidad de personas que formaron parte de la población objetivo entre los años 2016 y 2022, con corte a diciembre, está documentada en el Diagnóstico 2024. Esta información es consistente con los datos disponibles en CUBOS para el periodo 2017-2022, y coincide con lo reportado en la Memoria Estadística 2024 (Capítulo II: Población Derechohabiente) para los años 2017 a 2022. La actualización más reciente se realizó en agosto de 2025 y solamente está disponible en los CUBOS.

En conclusión, la definición vigente y su cuantificación se aplican de manera coherente en relación con la necesidad pública y el objetivo central del Pp E011; no obstante, presentan algunas limitaciones para que dichos elementos de diseño se apeguen en su totalidad a la MML.

Grupo de población / territorio / medio ambiente	Descripción del enfoque transversal	¿Cómo se diferencia la intervención en estos grupos?
El Pp E011 proporciona atención médica a personas derechohabientes en todo el país de manera no diferenciada. Sin embargo, esta población se reporta en las estadísticas oficiales de forma desagregada por sexo, grupos etarios y OOAD. No obstante, dentro de la atención médica, existen servicios que son específicos para mujeres en edad reproductiva y personas trabajadoras. Las mujeres, reciben atención obstétrica dentro del Seguro de Enfermedades y Maternidad, mientras que las personas trabajadoras reciben aparatos de prótesis y ortopedia, además de servicios de rehabilitación como cobertura del Seguro de Riesgos de Trabajo.	En los documentos consultados se describen protocolos o criterios operativos para la atención médica de los derechohabientes por tipo de padecimiento o atención. En consecuencia, dentro del Pp E011 el enfoque transversal podría entenderse como los protocolos de atención médica por tipo de padecimiento que se implementan de forma homogénea en las unidades médicas, con base en criterios como la Norma para la Atención Integral a la Salud en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, las Guías de Práctica Clínica o los Protocolos de Atención Médica.	No existe una diferenciación explícita en el diseño operativo para la atención médica que distinga a los derechohabientes según sus condiciones sociodemográficas, antes de que sufran un accidente o enfermedad. La única excepción son las mujeres en edad reproductiva y los trabajadores, en cuyo caso se consideran las disposiciones establecidas en los seguros de Enfermedades y Maternidad y Riesgos de Trabajo de la LSS. No obstante, lo anterior no implica que operativamente el Pp E011 no implemente acciones de intervención diferenciada dependiendo del padecimiento que enfrenta el paciente bajo un marco atención como el proceso Salud – Enfermedad.



En cuanto a la población atendida, la cual corresponde al subconjunto de la población objetivo-atendida en un ejercicio fiscal, el Pp E011 la define en el Diagnóstico 2024 como la “Población derechohabiente adscrita a médico familiar” (PAMF), y se calcula como la proporción de la población objetivo “Población Adscrita a Unidad (PAU)” que tiene una inscripción en un consultorio médico. Dado que esta definición se deriva directamente de la conceptualización y estimación de la población objetivo, comparte las mismas limitaciones en cuanto a la identificación de personas únicas y la consideración de las personas atendidas en los servicios de urgencias que aún no cuentan con una adscripción. Además, la definición y su cuantificación son imprecisas, toda vez que no dejan claro si corresponden a las personas adscritas a un consultorio médico en el ejercicio fiscal reportado; al acumulado de personas adscritas —sin importar el ejercicio fiscal de adscripción— hayan recibido o no atención médica en el ejercicio fiscal reportado; o bien, a las personas adscritas a un médico familiar que efectivamente recibieron atención en un consultorio durante el ejercicio fiscal reportado, en apego a la MML.

Tabla 5. Estimación de Población Atendida

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
43,093,922	48,118,552	49,874,155	51,676,407	50,014,154	51,996,266	54,004,580

Fuente: Elaboración propia con base en el Diagnóstico 2024.

Con base en el análisis presentado, se recomienda que el Pp E011 realice una revisión integral de la definición y la metodología de cálculo de sus poblaciones. Este ejercicio debe enmarcarse en la MML, de modo que su conceptualización se fundamente en criterios técnicos, en el marco normativo aplicable y en la contribución pública del programa. La definición de las poblaciones debe mantener coherencia con el diseño del Pp y asegurar su trazabilidad entre los distintos instrumentos de planeación y seguimiento, en particular el ISD. La delimitación de estas poblaciones no debe depender de la disponibilidad o estructura de los registros institucionales, sino derivar de una construcción conceptual clara que, a su vez, oriente la selección de las fuentes de información y los procedimientos más adecuados para su estimación. La MML reconoce que la información estadística o administrativa puede ser limitada, por lo que permite aproximaciones basadas en la mejor información disponible.

En este marco, una de las áreas prioritarias para fortalecer la cuantificación de las poblaciones potencial, objetivo y atendida del Pp E011 es la precisión en la identificación de personas únicas dentro de los universos definidos. Para ello, el análisis integral debe orientarse a formalizar procesos institucionales de deduplicación analítica, con base en la información ya disponible en los sistemas del IMSS, que permitan distinguir con mayor certeza a las personas que tienen derecho a recibir atención médica, a aquellas que constituyen la población objetivo del programa y a quienes efectivamente han recibido servicios de salud. Dichos procesos no suponen la creación inmediata de un padrón único ni la modificación de los sistemas operativos vigentes, sino la consolidación y el tratamiento periódico de los registros administrativos existentes, con fines de análisis, planeación y mejora de la medición de la cobertura. En este contexto, existen diversas herramientas que



pueden apoyar este ejercicio analítico —incluidas soluciones de software libre como R Studio— cuya aplicación controlada permite validar la consistencia de los registros sin interferir en la operación cotidiana de los servicios.

En particular, el uso combinado de identificadores institucionales como la CURP, el Número de Seguridad Social y el Agregado Médico en los distintos sistemas informáticos del IMSS constituye una base técnica suficiente para avanzar de manera gradual hacia una identificación más confiable de personas únicas a nivel institucional. Esta aproximación favorece no solo una estimación más precisa de las poblaciones de enfoque, sino también una mayor coherencia de los indicadores de cobertura y una mejor alineación entre el diseño formal del programa y su operación efectiva.

Desde una perspectiva institucional, el Pp E011 debe analizar de manera sistemática la disponibilidad, calidad y consistencia de los datos que generan sus distintos sistemas, estableciendo una estrategia de mejora continua que fortalezca progresivamente la precisión de las estimaciones. En el mediano y largo plazos, resulta estratégico trazar una ruta que permita aprovechar de forma más integral los registros administrativos del IMSS —con independencia del área generadora o responsable— y que, a partir de la experiencia acumulada en estos procesos analíticos, sirva como insumo para valorar eventuales ajustes graduales a los sistemas de información. Ello resulta particularmente relevante si se considera que, conforme al Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2024–2025, actualmente se dispone de información de adscripción con CURP para el 94.5 % de los casos y que el Historial Clínico consolida la información de las atenciones médicas en los tres niveles de atención.

Para orientar el análisis de las UR del Pp E011, en la siguiente tabla se proponen definiciones de poblaciones y criterios conceptuales para su cuantificación. Asimismo, reconociendo las posibles limitaciones en la recopilación de datos, se incluyen metodologías de estimación aproximada, que deberán acompañarse de una justificación documentada sobre la imposibilidad de realizar una medición directa. Estas aproximaciones deberán entenderse como mecanismos transitorios, en tanto se fortalecen de manera gradual los procesos analíticos de identificación y control de registros repetidos con base en la información disponible en los sistemas institucionales.



Tabla 6. Propuesta de definición de poblaciones

Población	Definición	Criterios teóricos para guiar la metodología de cálculo integral	Metodología para aproximar la cuantificación
Potencial	Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a lo establecido en la LSS.	Considerar a la población derechohabiente (personas únicas) inscrita en el régimen obligatorio y/o el voluntario, excluyendo aquellos casos que no tienen derecho a la atención médica, así como adicionar a aquellas personas que tienen derecho a la atención médica por encontrarse dentro del periodo de conservación de derechos conforme al artículo 109 de la LSS.	Número de derechohabientes inscritos en el régimen obligatorio y voluntario que tienen derecho a recibir prestaciones en especie.
Objetivo	Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS que requieren atención médica.	Identificar el subconjunto de personas únicas dentro de la población potencial que requieren de atención médica.	Número de derechohabientes vigentes en un mes en particular y adscritos a UMF y hospitales con medicina familiar (PAU).
Atendida	Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS, y que reciben atención en las unidades médicas del IMSS.	Identificar el total de personas únicas que recibieron al menos un servicio de atención médica durante el periodo, en cualquiera de los tres niveles de atención.	Proporción de la población objetivo (PAU) que tiene una inscripción en un consultorio médico y recibió atención en el ejercicio fiscal.

Nota: Elaboración propia.

Por su parte, como se ha señalado previamente, para el ejercicio fiscal 2026 el Pp E011 cambiará de denominación a E031 "Servicios de Atención a la Salud", mismo que cuenta con una actualización de su Instrumento de Diseño, el Diagnóstico Ampliado elaborado en 2025 (Diagnóstico Ampliado 2025), mismo que entrará en vigor en 2026. En dicho documento, las poblaciones son definidas en el apartado 4 "Análisis de poblaciones", con los subnumerales 4.1 "Población potencial", 4.2 "Población Objetivo" y 4.3 "Fuentes de información y frecuencia de actualización", además del apartado 10 "Diseño Operativo", subnumeral 10.5 "Registro de población atendida". Las definiciones presentadas en el Diagnóstico Ampliado 2025 coinciden con las del Diagnóstico 2024. Asimismo, la cuantificación de las poblaciones 2016-2024 reportada en el Diagnóstico Ampliado 2025 es consistente con la señalada en el Diagnóstico 2024. Por último, el Diagnóstico Ampliado 2025 incorpora mayor detalle de las fuentes de información para la estimación de las poblaciones, lo que permite vincular el origen de la información a CUBOS.

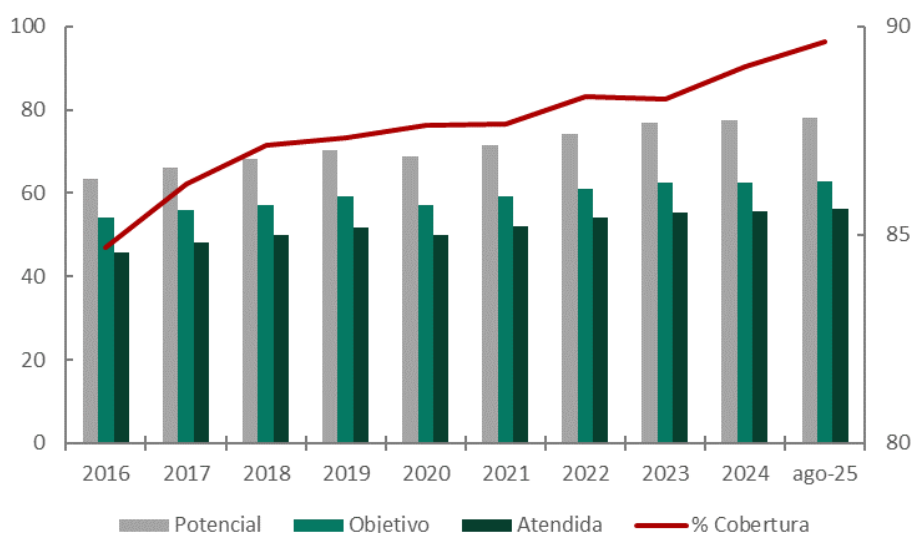
Derivado del análisis realizado con base en el Diagnóstico Ampliado 2025, las recomendaciones relativas a la definición de las poblaciones y su cuantificación realizadas con base en el análisis del Diagnóstico 2024, persisten.

6. Con base en la definición de la población potencial y objetivo, ¿la cobertura del Pp es adecuada?

De acuerdo con la información presentada en el Diagnóstico 2024 y la información de CUBOS, a continuación, se presenta una gráfica que ilustra la cobertura del Pp E011 estimada por el equipo evaluador a partir de las definiciones y cuantificaciones vigentes de sus poblaciones:

GRÁFICA 1. Población y Cobertura del Pp E011

(Millones de personas y Porcentaje -escala ajustada-)



Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS (cifras a diciembre de cada año).

A partir de esta información, se puede interpretar que la cobertura del Pp E011 es elevada, ya que, en promedio, para el periodo 2016 - agosto 2025, aproximadamente el 87.7% de la población objetivo ha sido atendida, evidenciando una tendencia de crecimiento sostenido en el periodo. Asimismo, la cobertura es operativamente amplia, pues se estima que el Pp E011 atendió a más de 55 millones de personas en 2024, lo que representó alrededor del 42% de la población total de México. En conjunto, estas cifras confirman que el Pp E011 constituye el principal programa de atención médica del país en términos de cobertura.

Dado el carácter presencial de los servicios médicos que brinda el Pp E011, el análisis de la cobertura debe considerar la dimensión física o territorial, con el propósito de asegurar una cobertura poblacional acorde con las necesidades de atención y garantizar el acceso efectivo de la población objetivo a servicios médicos oportunos y de calidad. Si bien, la planeación y construcción de las unidades médicas que conforman la infraestructura sanitaria del IMSS están a cargo del Pp K012 “Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social”, son un elemento clave para garantizar el acceso efectivo a los servicios. Hasta diciembre de 2024, el IMSS contaba con 1,544 unidades de primer nivel, 254 de segundo nivel y 36 de tercer nivel distribuidas en todo el país. Sin



embargo, no existen indicadores disponibles que permitan analizar si esta infraestructura responde adecuadamente a las necesidades de atención según el ámbito territorial. Aunque la atención del IMSS se concentra principalmente en regiones urbanas y en áreas de mayor actividad económica, en muchas localidades rurales la presencia de unidades médicas puede ser limitada, lo que restringe el acceso efectivo a los servicios por parte de toda la población objetivo. En este sentido, la cobertura del 100% de la población objetivo puede no ser un objetivo factible para el Pp E011, ya que la creación y expansión de infraestructura médica no depende del programa.

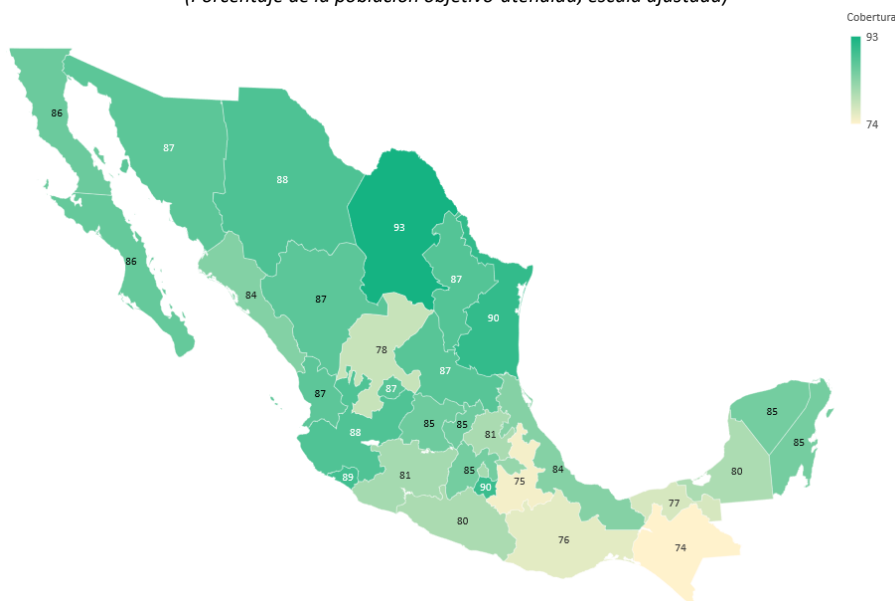
Considerando el contexto, el Pp E011 está estrechamente vinculado con el Pp K012, “Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social”, enfocado en la creación y ampliación de infraestructura médica, lo cual, puede contribuir a ampliar la cobertura territorial. En particular, las estrategias previstas para 2025, divulgadas a través del comunicado de prensa No. 062/2025¹⁰, incluyen la construcción de nueve hospitales y seis UMF. De implementarse oportunamente, estas acciones tienen el potencial de reducir las brechas en la cobertura territorial y mejorar el acceso efectivo en zonas previamente desatendidas.

En los siguientes mapas, se puede observar que la mayor cobertura de la población objetivo se registró en las entidades federativas al norte de país, tanto en 2016 como en agosto de 2025, liderados por Coahuila; por su parte, algunas entidades al sur han reportado los menores porcentajes, siendo Chiapas el de menor cobertura en ambos años. Si bien, la cobertura ha mejorado en todas las entidades, se destaca que Chiapas ha sido la que más ha crecido, cambiando del 74% en 2016 al 84% en agosto de 2025, en tanto que Coahuila subió un punto porcentual en el mismo periodo (aunque partiendo de una cobertura mayor, en 93%).

¹⁰ <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202502/062>

MAPA 1. Cobertura del Pp E011 en 2016

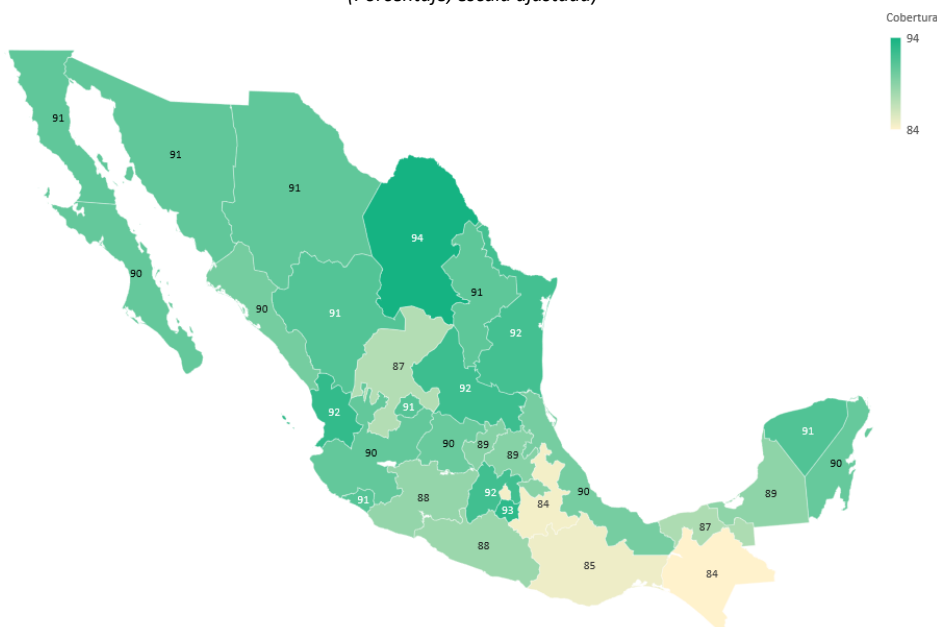
(Porcentaje de la población objetivo-atendida, escala ajustada)



Fuente: Elaboración propia con base en la Memoria Estadística 2024 y CUBOS del IMSS. Los OOAD regionales de CDMX, Estado de México y Veracruz se suman para obtener una distribución por entidad federativa.

MAPA 2. Cobertura del Pp E011 en agosto 2025

(Porcentaje, escala ajustada)



Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS del IMSS. Los OOAD regionales de CDMX, Estado de México y Veracruz se suman para obtener una distribución por entidad federativa.

A pesar de este incremento observado en la cobertura de la población objetivo en el periodo 2016-2025, no se identificó alguna estrategia documentada para, al menos, los próximos tres ejercicios



fiscales, que incluyera la proyección de las poblaciones y la estimación de los recursos requeridos para establecer metas claras, y valorar su factibilidad. Esto no significa que el IMSS no tenga considerado como un objetivo estratégico la ampliación de la cobertura de los servicios médicos y en consecuencia del Pp E011. El PIIMSS 2019- 2024, incluyó el “Objetivo Prioritario 2. Garantizar la calidad y cobertura de los servicios y prestaciones institucionales, privilegiando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud” y la “Estrategia prioritaria 2.1 Ampliar la cobertura institucional de servicios de salud para los derechohabientes, privilegiando a los grupos más desprotegidos”. Adicionalmente, el PIIMSS 2025 – 2030 también incorpora el “Problema público 1: Falta de oportunidad en los servicios” y el “Objetivo 1. Asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente”, en donde se exponen estrategias y líneas generales de acción para ampliar la cobertura. En específico, destaca la estrategia “2-30-100” que inició el 18 de abril de 2025, con la que se busca incrementar la productividad en servicios de salud, de tal manera que para finales de 2025 se puedan alcanzar 2 millones de cirugías, 30 millones de consultas de especialidad y 100 millones de consultas de Medicina Familiar; hasta el mes de octubre de 2025 se reportó un avance del 65%, 73% y 81%, respectivamente¹¹.

Además, en el Informe Financiero y Actuarial 2023 se presenta una evaluación integral de la suficiencia financiera de los seguros que administra el Instituto, particularmente los de Riesgos de Trabajo (SRT) y Enfermedades y Maternidad (SEM). En lo relativo al primero, el informe señala que el SRT otorga prestaciones en especie orientadas a garantizar la atención médica integral de las personas trabajadoras que enfrentan accidentes o enfermedades profesionales, comprendiendo asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, y servicios de rehabilitación. En 2023, el gasto en estas prestaciones ascendió a 15,864 millones de pesos, lo que representa un incremento nominal de 12.5% respecto de los 14,101 millones registrados en 2022. Este crecimiento refleja la expansión operativa de la cobertura y el mayor costo unitario de los servicios médicos asociados a la atención de lesiones y secuelas laborales. Aun con ello, el informe confirma que el SRT mantiene una situación superavitaria y sostenibilidad financiera de largo plazo, sustentada en ingresos patronales suficientes para cubrir las obligaciones del seguro. Por su parte, el SEM conserva una tendencia estructuralmente deficitaria, atribuida al incremento sostenido del gasto en prestaciones en especie. En 2023, los gastos de funcionamiento del SEM (asociados a la atención médica) ascendieron a 362,138 millones de pesos, lo que representa el 64.8 % del gasto total del seguro (558,787 millones) y un incremento nominal de 12.1 % respecto de los 323,077 millones observados en 2022. El informe identifica como principal factor de presión las enfermedades crónicas no transmisibles, que consumen una proporción creciente del gasto médico institucional. Conforme a las proyecciones actuariales, esta tendencia persistirá en el horizonte de largo plazo, configurando al SEM como el principal riesgo financiero del Instituto. En este contexto, aunque no se presentan análisis financieros o actuariales específicos para el Pp

¹¹ <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202510/535>



E011, dada su significativa proporción dentro de los recursos del SEM, hay una conexión directa con los riesgos financieros identificados.

Asimismo, como se desprende del PIIMSS 2025-2030 y del informe referido, conviene considerar que la cobertura del Pp E011 se encuentra estrechamente vinculada al tipo de servicios médicos que requiere la población objetivo. En este sentido, la sola vinculación entre un médico familiar y un derechohabiente como mecanismo de cuantificación de la cobertura —en la forma en que actualmente se mide— podría no garantizar, por sí misma, que dicha persona, aun cuando cuente con el derecho, tenga acceso efectivo a la totalidad de los servicios que requiere. Ya sea que la aproximación a la cobertura se realice por grupos de padecimientos (morbididades y comorbilidades), por tipo de servicios o por nivel de atención, resulta relevante articular estos distintos ámbitos para favorecer una atención médica integral. En este contexto, la referencia a indicadores estandarizados —como el número de médicos especialistas, camas censables o quirófanos por cada 10 o 100 mil derechohabientes— se plantea con fines analíticos, como un insumo que permite profundizar el análisis de la cobertura al aproximar la capacidad instalada y la capacidad real del sistema para atender las necesidades de la población, sin que ello implique su incorporación como indicadores formales de desempeño del programa.

Por otra parte, la medición actual de la cobertura, entendida como la proporción de la población objetivo-atendida, presenta todavía limitaciones, ya que no se encuentra alineada con definiciones precisas y técnicamente correctas de la población potencial y objetivo. Aun cuando existan restricciones en los sistemas de información y la forma en que se registran las atenciones, se considera que evidencia discrepancias entre el diseño formal del Pp y su operación real. Por ello, aún existe margen para mejorar en la estimación del alcance real del programa y en la precisión de la medición.

En conclusión, aunque las tendencias indican un aumento en la población atendida y en la expansión de los servicios, la medición precisa de la cobertura sigue enfrentando desafíos, relacionados con problemas de conceptualización de poblaciones, así como integración y deduplicación de datos de personas en los conteos a nivel nacional. Esto se vincula directamente con los hallazgos y recomendaciones de las respuestas a los reactivos 4 y 5 relativos a la incorporación de un indicador de cobertura en la MIR y la necesidad de revisar las definiciones de las poblaciones, mejorando los mecanismos de recopilación y análisis de datos para evitar duplicidades y reflejar gradualmente con mayor precisión el porcentaje de la población objetivo efectivamente cubierta.

Por todo lo anterior, y considerando la relevancia estratégica de contar con una visión de cobertura que oriente la ampliación de los servicios médicos —tanto en términos del número de personas atendidas como de la calidad y oportunidad de la atención—, se considera que disponer de una estrategia de cobertura de servicios médicos del IMSS constituye un elemento deseable de planeación en el mediano plazo. Dada la complejidad que implica su desarrollo en el corto plazo,



particularmente en lo relativo a los insumos técnicos, financieros y de coordinación requeridos, su realización no se plantea como una acción inmediata. Idealmente, este documento debiera contener proyecciones para varios ejercicios fiscales, tanto de poblaciones y de servicios, así como estimaciones de recursos necesarios, y su relación con los riesgos operativos y financieros, con el fin de establecer metas claras y evaluar su viabilidad.

Desde la perspectiva del equipo evaluador, se considera pertinente que una eventual estrategia de cobertura tuviera un alcance institucional que trascienda al Pp E011 e integre la provisión de servicios vinculados con la atención a la salud por parte de otros Pp del IMSS, como el E001 y el K012, dado que, en la práctica operativa, la atención médica brindada por el IMSS se da de manera concurrente en los mismos espacios físicos. Este enfoque institucional permitiría incorporar indicadores territoriales, por tipo de servicio y grupo de padecimientos, que complementen el análisis de cobertura -aunque no todos se incluyan como indicadores en el ISD del Pp E011-, y facilitaría su alineación con las estrategias institucionales vigentes, como la iniciativa "2-30-100".

Para el análisis de las poblaciones que eventualmente podrían considerarse dentro de la estrategia de cobertura, podrían retomarse los criterios conceptuales expuestos en la respuesta al reactivo 5 de la evaluación. En particular, para la estimación y proyección de las poblaciones, y con el fin de mantener consistencia con la información institucional publicada, podría utilizarse la metodología y los supuestos empleados por la Dirección de Finanzas del IMSS en la elaboración del Informe Financiero y Actuarial anual, los cuales permiten estimar el crecimiento de la población derechohabiente y la siniestralidad asociada. De manera central, la estrategia de cobertura debería enfocarse en la evolución de las poblaciones, tanto en términos del porcentaje de la población objetivo atendida, como en la profundidad y calidad de la atención, considerando los distintos grupos de población derechohabiente, así como la prevalencia por tipo de enfermedad y tratamiento requerido.



SECCIÓN V. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

7. ¿Los procedimientos operativos del Pp para la entrega de bienes y servicios se encuentran institucionalizados y adaptados a la población objetivo?

Para dar respuesta a este reactivo, se analizó la operación del Pp E011, el cual constituye el eje central para la prestación de servicios médicos en el IMSS a través de sus tres niveles de atención. El análisis se sustentó en la revisión del marco normativo y operativo que rige la entrega de estos servicios, y se complementó con evidencia cualitativa obtenida a través de entrevistas grupales con integrantes de las seis coordinaciones normativas responsables del Pp. Las consideraciones metodológicas sobre el levantamiento de dicha información se presentan en el Anexo G.

Tomando como base los hallazgos de este ejercicio integral, se considera que los procedimientos operativos se encuentran, en su gran mayoría, sólidamente institucionalizados y adaptados a las características generales de la población objetivo (derechohabientes). Sin embargo, la evidencia empírica revela una dualidad operativa, en la que coexisten procesos estandarizados con el uso recurrente de mecanismos alternos de gestión (herramientas ofimáticas de registro y control local —principalmente hojas de cálculo y bases de datos independientes—, comunicación vía mensajería instantánea y validaciones manuales), como respuesta necesaria para superar la falta de interoperabilidad entre sistemas y niveles de atención.

Asimismo, se identifican retos operativos para estandarizar los procesos de transición entre niveles de atención y asegurar la eficiencia en la logística de la “última milla”¹². Si bien los procesos de entrada al sistema son accesibles, la atención de mayor complejidad y la gestión de contingencias dependen de gestiones internas que requieren adaptación. La evidencia empírica, derivada del análisis de la información obtenida de las entrevistas con las áreas responsables del programa, indica que, para mover recursos o pacientes entre niveles (por ejemplo, ante un desabasto o necesidad de especialidad), se recurre a procesos administrativos internos no automatizados, tales como:

- 1) Traspasos manuales: Gestionados frecuentemente vía telefónica o mensajería instantánea y formalizados a posteriori mediante correo electrónico u oficio para asegurar la oportunidad de la atención.
- 2) Cruces de información manuales: Si bien existe una interconexión técnica entre los sistemas financieros (FINAT antes PREI) y de abasto (SAI), la operación diaria requiere de ciertos procesos de validación y cruces manuales adicionales derivado de la infraestructura de dichos sistemas. Por ello, el personal usuario refiere la necesidad de nuevos desarrollos que

¹² Concepto logístico que refiere al tramo final de la cadena de suministro, el cual abarca desde la salida de los insumos del almacén delegacional (OOAD) o UMAE, hasta su recepción física en la farmacia de la unidad médica. En el contexto del programa, este tramo presenta desafíos particulares de orografía y capacidad operativa que requieren soluciones locales.



permitan un intercambio de información más ágil y oportuno para optimizar los procesos operativos de abasto. Por lo que el Instituto se encuentra realizando trabajos para identificar mejoras y/o ajustes que promuevan un intercambio de información eficiente y oportuno entre ambos sistemas.

- 3) Logística artesanal: Una distribución final que depende de acuerdos locales y procesos de picking y packing manuales para subsanar las brechas en la cadena de suministro institucional.

A fin de sustentar lo expuesto en el párrafo anterior, la siguiente tabla muestra la distribución de los procesos operativos clave mediante los cuales se otorgan los servicios de salud del Pp E011, su relación con los grupos poblacionales específicos a la que están dirigidos y los mecanismos para su otorgamiento. Es importante destacar que, si bien las Coordinaciones Normativas de nivel central definen y regulan estos procesos, su implementación operativa a nivel nacional recae en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) – tanto estatales como regionales – y en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), así como la red de servicios conformada por las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y los Hospitales Generales de Zona (HGZ) o Regionales (HGR).

La integración de la tabla toma como base la información disponible en los Manuales de Organización, Normas y Procedimientos vigentes a los que tuvo acceso el equipo evaluador, al respecto se observó una heterogeneidad en la actualización del marco normativo, mientras que buena parte de los procesos estratégicos como la organización de las UMAE, o la de Vigilancia Epidemiológica cuentan con instrumentos renovados en 2024, coexisten instrumentos normativos de servicios de apoyo tales como los manuales de servicios de ropería (2010) y nutrición (2014).

Cabe señalar que la tabla no pretende ser una relación exhaustiva de todas las intervenciones clínicas del Pp E011 -lo que correspondería a una evaluación de procesos-, sino una muestra representativa de los macroprocesos sustantivos, seleccionando aquellos que concentran la mayor carga operativa en los tres niveles de atención para ilustrar la cadena de valor.



Tabla 7. Procesos operativos clave para los servicios de atención a la salud del Pp E011

#	Proceso / Servicio Clave	Población a la que va dirigida	Mecanismo de atención (requisitos, plazos, formatos, etc.)	Área Responsable	Documentos Normativos relacionados
Procesos relacionados directamente con la Atención a la Salud					
1	Atención Médica Integral en Medicina Familiar	Derechohabientes adscritos a UMF.	Pasos: Solicitud de cita (presencial, aplicación digital, telefónica) o demanda espontánea (Atención Médica Continua); validación de derechos en ventanilla; toma de signos vitales; consulta médica y acciones preventivas integradas. Requisitos: Identificación oficial, Carnet de citas, vigencia de derechos activa. Formato: Expediente Clínico Electrónico (SIMF), Receta Médica. Sistemas de Información: SIMF 6.0. Plazo: Variable según demanda y tipo de cita (programada vs. espontánea).	Primer Nivel (UMF) / Médico Familiar.	~Procedimiento para otorgar atención integral a la salud en las Unidades de Medicina Familiar (Clave 2250-003-002). ~Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001). ~Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (Arts. 7, 9, 23). ~Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención (Clave 2650-A03-005). ~NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. ~NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. ~NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. ~IMSS-076-08, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. ~IMSS-006-08, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. ~Protocolo de Atención Integral (PAI) de Enfermedades Crónicas (Diabetes e Hipertensión)
2	Atención Médica de Urgencias (Triage)	Derechohabientes con urgencia sentida y población general en caso de urgencia calificada (riesgo vital).	Pasos: Arribo del paciente al servicio de Urgencias; valoración inicial en filtro (Triage) para clasificar prioridad; registro y validación de derechos (posterior a la estabilización en casos críticos); atención médica según clasificación. Requisitos: Presencia física del paciente.	Segundo Nivel (HGZ/HGR) / Servicios de Urgencias	~Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001). ~Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención (Clave 2660-003-045).



			Formato: Sistema de Triage, Hoja de Urgencias. Plazo: Inmediato (Clasificación rojo/naranja) a horas (Clasificación verde/azul).		~Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención (Clave 2650-A03-005). ~NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud en urgencias. ~ IMSS-363-10, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los servicios de Urgencias Médicas.
3	Atención Médica Especializada (Hospitalización/ Consulta)	Derechohabientes referidos desde el Primer Nivel o Urgencias.	Pasos: Recepción de paciente con hoja de referencia; validación administrativa y médica de la procedencia; programación de cita de especialidad o ingreso hospitalario; valoración, diagnóstico y tratamiento especializado. Requisitos: Formato de Referencia (4-30-8) autorizado, estudios previos, vigencia de derechos. Formato: Expediente Clínico (ECE/físico), órdenes de internamiento. Plazo: Variable según especialidad y disponibilidad de camas.	Segundo Nivel (HGZ/HGR) / Jefaturas de Servicio	~Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001). ~Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención (Clave 2650-A03-005). ~Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades de Segundo Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (2000-001-016) ~NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. ~NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. ~NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales.
4	Atención Médica de Alta Especialidad (UMAE)	Derechohabientes con padecimientos complejos referidos exclusivamente del Segundo Nivel.	Pasos: Recepción documental de la solicitud de referencia en la UMAE; evaluación de procedencia por área médica; aceptación o rechazo; programación de ingreso para procedimientos de alta complejidad. Requisitos: Formato de Referencia (4-30-8) autorizado por directivo de 2º Nivel, resumen clínico completo, estudios de alto nivel. Formato: Expediente clínico. Plazo: No definido explícitamente, sujeto a capacidad instalada y prioridad clínica.	Tercer Nivel (UMAE) / Dirección Médica	~Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001). ~Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (Genérico) (0500-002-002). ~NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. ~NOM-048-SSA2-2003, Para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.



					~IMSS-176-09, Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel. ~IMSS-722-14, Diagnóstico y tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica
Procesos transversales relacionados con la Atención a la Salud					
5	Gestión de Referencia y Contrarreferencia	Pacientes en tránsito entre niveles de atención.	Pasos: Determinación médica de la necesidad de traslado; llenado del formato por médico tratante; gestión administrativa en módulos de control (MRE); envío del paciente y documentos a la unidad receptora. Requisitos: Criterio médico justificado, resumen clínico. Sistemas de información: Sistema de Referencia (SIMF / ARIMAC). Formato: Formato 4-30-8 (Referencia/Contrarreferencia). Plazo: Variable, depende de la aceptación de la unidad receptora.	Coordinaciones Médicas de los tres niveles (ARIMAC y Jefaturas)	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (Capítulo IV, De la Atención Médica). ~Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001). Procedimiento para otorgar atención integral a la salud en las Unidades de Medicina Familiar (Clave 2250-003-002) <i>(Regula el envío desde el 1er Nivel)</i>. Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel (Clave 2660-003-045) <i>(Regula la referencia de urgencia)</i>. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades de Segundo Nivel (Clave 2000-001-016).
6	Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (IAAS)	Pacientes hospitalizados en riesgo de infecciones asociadas a la atención.	Pasos: Búsqueda activa de casos por personal de epidemiología (rondas, revisión de cultivos); notificación por parte del personal de salud médico y de enfermería a la UVEH, aplicación de criterios RHOVE; notificación al CODECIN; implementación de medidas de control. Requisitos: Resultados de laboratorio, evolución clínica. Formato: Estudios epidemiológicos, Sistemas de Información: Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), y Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Plataforma IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.). Plazo: Notificación diaria o inmediata según el evento.	Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) / Coordinación de Vigilancia Epidemiológica	~Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (RHOVE), junio 2024. ~Manual de Usuario Plataforma IAAS, Versión 2, 2025. ~NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. ~NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.



7	Soporte Operativo y de Seguridad a la Atención Médica	Unidades Médicas (infraestructura) y Pacientes (usuarios finales de dietas, ropa limpia, instalaciones seguras).	Pasos: Mantenimiento preventivo/correctivo de inmuebles y equipo médico; higiene y limpieza (RPBI); nutrición y dietética (elaboración de dietas); servicios de ropería; vigilancia y protección civil. Requisitos: Programas anuales de mantenimiento, censos de dietas, solicitudes de reparación. Formato: Órdenes de trabajo, bitácoras de limpieza, censo de pacientes. Plazo: Continuo (24/7) y según programa anual.	Dirección de Administración / Coord. de Conservación y Servicios Generales	~Manual de Organización de la Dirección de Administración (Clave 1000-002-001) ~Procedimiento para la elaboración del informe del nivel integral de conservación (Clave 14C2-003-005). ~NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales.
8	Control de Abasto y Farmacia	Usuarios con receta médica.	Pasos: Recepción de insumos, almacenamiento, dispensación a paciente (colectiva/unidosis) y control de inventarios. Plataforma: SAI / Sistema de Farmacia.	Coordinación de Control de Abasto	~Manual de Organización de la Dirección de Administración (Clave 1000-002-001) ~Procedimiento administrativo para Farmacias con sistema automatizado y manual (Clave 1832-003-004). ~Procedimiento para la evaluación contable de los inventarios y el levantamiento del inventario físico (Clave 1821-A03-002).

Nota: La tabla recupera los elementos principales para el análisis, no es exhaustiva de todos los pasos y subprocesos.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional.

Con base en la información presentada en la tabla previa y la revisión documental realizada, es posible sustentar que los principales procedimientos operativos del Pp E011 se encuentran institucionalizados. Para la totalidad de los macroprocesos sustantivos analizados (desde la atención integral en la UMF hasta la alta especialidad en la UMAE, incluyendo procesos de soporte como la vigilancia epidemiológica), existe un andamiaje normativo definido.

Este marco se compone de instrumentos de alto nivel como los Manuales de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (2023) y de la Dirección de Administración (2025), que facultan las atribuciones operativas; así como de instrumentos técnicos específicos como las Normas de Atención Integral (2000-001-029) y los Procedimientos Estandarizados (ej. Atención en Urgencias y Manual RHOVE 2024). Estos documentos señalan las políticas, las áreas responsables y las actividades secuenciales que regulan la entrega del servicio en los tres niveles de atención

Ahora bien, para el análisis de la estandarización, requisitos y adaptación a las características de la población objetivo, así como su accesibilidad, es necesario distinguir entre los servicios de acceso primario y los procesos de continuidad de la atención.



Respecto al grupo de los servicios de acceso primario (Procesos 1 y 2: Consulta de Medicina Familiar y Urgencias), se observa que su diseño operativo contempla una adaptación masiva a la población derechohabiente. Los mecanismos de atención son primordialmente presenciales, dada la naturaleza del acto médico, pero se han complementado con modalidades no presenciales para la gestión de la demanda, destacando la implementación de la Cita Médica Digital (App IMSS Digital y portal web) que mejora la accesibilidad. En este sentido, el análisis documental indica que los requisitos de entrada se encuentran estandarizados en la normativa institucional (vigencia de derechos e identificación), estableciendo criterios homogéneos para el acceso a los servicios.

Por otra parte, del análisis de los procesos de atención especializada y continuidad (Procesos 3, 4 y 5: Segundo Nivel, Tercer Nivel y Referencia), se identifica que, si bien están técnicamente estandarizados mediante formatos únicos a nivel nacional (Formato 4-30-8) y protocolos clínicos, el mecanismo de atención no es accionado directamente por el usuario, sino por el personal de salud a través de gestiones internas entre unidades. Aunque esto asegura el filtro técnico necesario, la adaptación a la "experiencia del usuario" presenta retos, ya que los plazos de atención para una cita de especialidad o un traslado a UMAE no están definidos con precisión de cara al usuario en la normativa de procedimientos, dependiendo de la capacidad instalada variable de las unidades receptoras. Esta situación puede generar incertidumbre a la población objetivo durante el tránsito entre niveles; por lo anterior, se considera pertinente que, en el mediano plazo, se realice un análisis exhaustivo que contraste los tiempos establecidos en la normatividad (el deber ser) frente a la operación actual, con el fin de establecer mecanismos de mejora que permitan avanzar hacia una mayor oportunidad en el servicio y brindar certidumbre a la población.

Respecto a la información pública disponible, se reconoce que el IMSS cuenta con diversos mecanismos formales de difusión, como en el portal institucional, incluyendo el sitio "Acercando el IMSS al Ciudadano", en el cual se presentan trámites y servicios organizados principalmente por etapas de vida e integrando servicios médicos y no médicos. Asimismo, en las unidades médicas se exhiben los requisitos básicos para el acceso y la Carta de Derechos de los Pacientes. No obstante, durante el análisis, se identificó que, tratándose de recorridos de atención que implican varias etapas o gestiones administrativas -como las referencias a UMAE o el surtimiento de recetas cuando alguna clave no se encuentra disponible-, la información existente no siempre se presenta bajo esquemas pedagógicos tipo "paso a paso" o mediante descripciones gráficas que permitan visualizar de manera integral el flujo esperado por parte del usuario.

De acuerdo con los enfoques internacionales en materia de alfabetización en salud promovidos por la OMS, la accesibilidad efectiva de la información implica no sólo su disponibilidad, sino también su presentación en formatos comprensibles y accionables para la población usuaria. En el mismo sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha señalado, en sus principios de diseño de servicios públicos centrados en el usuario, que la simplificación y estructuración clara de procesos complejos contribuye a reducir barreras de acceso y carga cognitiva. En este contexto, la oportunidad identificada no radica en la ausencia de información,



sino en su fortalecimiento mediante esquemas de integración, sistematización y reorganización que faciliten su consulta y comprensión, particularmente para personas en situación de vulnerabilidad o con menor familiaridad con los procedimientos institucionales.

En consecuencia, resulta deseable que, en el mediano plazo, el Instituto valore fortalecer los mecanismos de difusión sobre los servicios de atención a la salud mediante un esquema de consulta más integrado y fácilmente localizable dentro del portal institucional, priorizando la reorganización de información ya existente. Bajo esta lógica, se trataría de un ajuste incremental de comunicación institucional, sujeto a la validación correspondiente, con requerimientos de recursos marginales y sin implicar el desarrollo de una nueva plataforma tecnológica.

Por otra parte, con base en la revisión de los Manuales de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y la evidencia recabada sobre la operatividad en los tres niveles de atención, se identificó la interacción de Coordinaciones de Soporte Estratégico que, si bien no siempre figuran como titulares presupuestarios directos en la Estructura Programática del Pp E011, ejecutan funciones indispensables para la integralidad y calidad del servicio.

La participación de estas áreas se define como crítica dado que proveen los insumos transversales (conocimiento, normatividad técnica, logística de diagnóstico y datos) necesarios para que la atención médica directa opere bajo estándares de seguridad. Estas áreas incluyen:

- Coordinación de Educación en Salud: Responsable de la formación de residentes y capacitación continua del personal operativo.
- Coordinación de Investigación en Salud: Generadora de protocolos clínicos y evidencia científica.
- Coordinación de Innovación en Salud: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) y nuevos modelos de atención.
- Coordinación de Información en Salud: Administración de plataformas (SIMF, ECE) y validación de la productividad médica.
- Coordinación de Enfermería: Gestión del cuerpo más grande de atención directa y cuidados al paciente.
- Coordinación de Gestión de Recursos Humanos (Nivel Central y OOAD): Responsable de la administración de los recursos destinados al pago de la nómina médica.
- Coordinación de Ingeniería Biomédica (Distinta de Conservación): responsable del soporte técnico del equipo médico, especialmente el de alta tecnología.
- Servicios Jurídicos (Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación / Contencioso): Responsable de dar soporte al acto médico en cuanto a los riesgos legales.
- Coordinación de Trabajo Social: Gestiona el egreso hospitalario, la localización de familiares y redes de apoyo.



Cabe señalar que la revisión realizada por el equipo evaluador se centró en la estructura normativa y los flujos de proceso "deber ser" de los niveles de atención y áreas clave. Por consiguiente, los hallazgos presentados se circunscriben a la consistencia del diseño institucional, diferenciándose de una medición de la implementación en campo o de los tiempos de espera efectivos, aspectos que exceden el alcance metodológico documental de esta evaluación.

El Anexo 2 -Diagramas de flujo de los procesos de esta evaluación presenta la descripción general de los macroprocesos señalados en este reactivo y adicionalmente aquellos procesos tangenciales que dan soporte a la Atención a la Salud.

Sistemas de Información y herramientas Operativas

A modo de complemento y como parte de los hallazgos relevantes derivados de las entrevistas con las coordinaciones involucradas en la operación del programa, a continuación, se desglosan las tecnologías de la información identificadas en la operación del Pp E011, clasificándolas en *sistemas institucionales* (oficiales) y herramientas alternas/ internas (soluciones *ad hoc* implementadas por las áreas para cubrir brechas funcionales).

Tabla 8. Sistemas informáticos y herramientas utilizadas en los Procesos de Atención Médica (Nivel 1, 2 y 3)

Proceso Clave	Sistema Institucional (Oficial)	Herramienta Alterna / Brecha Detectada
Atención Integral (1er Nivel)	• SIMF 6.0: Sistema de Información de Medicina Familiar (Expediente, Agenda y Programas Integrados). • AccEDER: Sistema de vigencia de derechos. • Cita Médica Digital: App IMSS Digital.	• Disociación de Padrones: Brecha entre la población adscrita en sistema y la población real demandante, requiriendo validaciones manuales. • Registros Paralelos: Uso de libretas o Excel para el seguimiento nominal de pacientes en control (Diabetes/Hipertensión) que no siempre se refleja en tiempo real en los tableros centrales.
Urgencias (Triage)	• Sistema Triage: Modelo Institucional de Triage. • PHEDS: Plataforma Hospitalaria del Ecosistema Digital en Salud. • ARIMAC: Registro de ingresos y egresos hospitalarios.	• Gestión de Camas Manual: Uso de "Censos de Pizarrón" en las jefaturas para gestionar la disponibilidad de camas en tiempo real, debido a que el sistema no siempre refleja el alta física vs. el alta administrativa (Laguna de tiempo).
Atención Especializada y UMAE	• ECE: Expediente Clínico Electrónico. • PHEDS: Plataforma Hospitalaria del Ecosistema Digital en Salud. • Plataforma IAAS (V2 2025): Para vigilancia epidemiológica hospitalaria. • Laboratorio/Banco de Sangre.	• Falta de Interoperabilidad Vertical: Los sistemas de UMAE (Tercer Nivel) no visualizan automáticamente el historial clínico del Primer Nivel (SIMF), obligando al paciente a portar su resumen clínico impreso. • Reportes Ad-Hoc: Necesidad de generar reportes manuales para la toma de decisiones directivas (Cuerpo de Gobierno).
Referencia y Contrarreferencia	• Módulo de Referencia (SIMF/ECE): Generación digital del formato 4-30-8. • Censo de Pacientes Referidos: Módulo de seguimiento.	• Transmisión Híbrida (Papel/Voz): Aunque el formato se genera digitalmente, la <i>aceptación</i> del paciente en el nivel superior frecuentemente requiere gestión telefónica o por chat (WhatsApp) y el traslado físico del documento impreso para su validación.

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas realizadas a servidores públicos de las distintas coordinaciones que participan de la operación del Pp E011.



Tabla 9. Sistemas informáticos y herramientas utilizadas en los procesos de soporte, vigilancia y seguridad de la Atención Médica

Proceso Clave	Sistema Institucional (Oficial)	Herramienta Alterna / Brecha Detectada
Vigilancia Epidemiológica (IAAS)	• RHOVE: Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. • SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. • Plataforma IAAS (V2 2025): Nuevo sistema concentrador.	Sistemas de Respaldo Local: Ante la intermitencia de conectividad en zonas rurales o saturación del portal, las unidades mantienen registros paralelos en bases de datos locales (Excel) para asegurar la integridad de la información antes de la carga oficial. • Falta Concentrador: Se requiere desarrollar una plataforma específica para seguimiento de brotes que hoy se hace manual.
Abasto e Insumos	• SAI: Sistema de Abasto Institucional. Sistema Financiero Institucional: Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (Cumplimiento LGCG).	Conciliación Operativa Manual: Si bien el sistema financiero cumple con la normativa contable (LGCG), los usuarios operativos reportan la necesidad de utilizar hojas de cálculo intermedias para cruzar la información logística (lo que hay en farmacia) con la financiera en tiempo real, buscando una funcionalidad operativa que agilice la toma de decisiones diaria.
Conservación y Servicios	• Sistema Financiero Institucional: Gestión Financiera y Presupuestal. • Sistema NIC: Sistema de Evaluación del Nivel Integral de Conservación • Sistema de Residuos (RPBI).	Tableros de Mando en Excel: Para el seguimiento táctico del gasto (ej. mantenimiento menor o partidas específicas), las áreas gestoras llevan controles propios en hojas de cálculo. Esto no sustituye el registro oficial, sino que cubre la necesidad de un monitoreo más ágil y desagregado que facilite la gestión de contratos y convenios antes de los cortes contables. • Gestión por Correo: Convenios modificatorios y seguimiento de contratos se gestionan por email/oficio, sin trazabilidad en sistema.

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas realizadas a servidores públicos de las distintas coordinaciones que participan de la operación del Pp E011.

Luego del análisis, se observa que parte de la efectividad institucional depende de la fluidez en el intercambio de información entre las diversas plataformas. Por ejemplo, en una visión amplia de la interoperabilidad, la vigilancia epidemiológica (RHOVE/SUIVE) representa el primer reto de integración; para que esta sea preventiva y no reactiva, requiere alimentarse en tiempo real de los datos clínicos (ECE y SIMF), permitiendo identificar riesgos externos antes de que impacten la operación hospitalaria.

Bajo esta misma lógica de oportunidad, se observó la interconexión técnica entre los sistemas informáticos; sin embargo, la operación institucional conlleva a realizar cruces de información para el cumplimiento operativo. En particular, existe una distinción natural entre la dimensión contable y la dimensión operativa del gasto. Mientras que los sistemas financieros (como FINAT) garantizan la trazabilidad y el registro conforme a ciclos presupuestarios definidos, la gestión operativa en las unidades médicas —vinculada a la logística de abasto (SAI).

El Instituto continúa realizando trabajos para la identificación de mejoras y/o ajustes que promuevan un intercambio de información eficiente y oportuno entre ambos sistemas. Es importante señalar que esta evaluación no tuvo por objetivo analizar la funcionalidad de los



sistemas involucrados y la pertinencia de las interfaces existentes. Por lo que los hallazgos corresponden a conclusiones derivadas de las entrevistas realizadas en cuanto a las necesidades de eficiencia de procesos y desarrollos tecnológicos.

Es fundamental destacar los significativos avances en la transformación digital del Instituto, impulsados por la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT). Un ejemplo claro de este compromiso es la evolución de los sistemas financieros hacia plataformas como FINAT, cuya actualización responde de manera robusta a los requerimientos de armonización previstos en la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG).

Finalmente, con base en el análisis realizado a los procedimientos, se recomienda al Pp E011 para el corto plazo realizar un análisis conjunto entre la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Administración, con la asesoría técnica de la Dirección de Finanzas, para identificar e integrar en el diseño operativo del Pp E011 a aquellas Coordinaciones Normativas que, de acuerdo con las funciones establecidas en sus Manuales de Organización vigentes y la trazabilidad de su ejercicio del gasto, participan directamente o brindan soporte indispensable en la provisión de los servicios médicos del programa, utilizando las funciones establecidas en dichos manuales y la asignación de recursos como insumos para la identificación de las áreas participantes y sin que ello implique la modificación de los Manuales de Organización vigentes ni la realización de adecuaciones presupuestarias. El resultado de este análisis deberá reflejarse en el ID y, en su caso, en el resto de los documentos de planeación y seguimiento del programa, a fin de reconocer explícitamente la intervención de estas áreas en la provisión de los servicios a cargo del Pp E011.

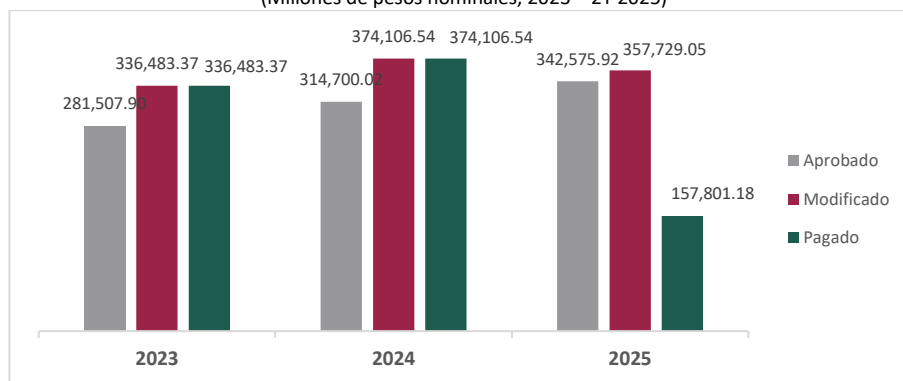
SECCIÓN VI. RESULTADOS Y DESEMPEÑO

8. De acuerdo con el ISD del Pp, ¿qué avances han realizado en el cumplimiento de metas del Pp?

El Pp E011 cuenta con una MIR como ISD, en la que se establece que el objetivo central o Propósito que el programa busca alcanzar mediante la prestación de servicios de atención a la salud, en el marco de los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo previstos en la LSS, es que “la población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad”. Dado que tanto el objetivo central del programa como la MIR se han mantenido sin modificaciones durante el periodo 2023–2025, resulta pertinente analizar el comportamiento de sus indicadores en dicho lapso. Como referencia para contextualizar la eficiencia en el cumplimiento de metas y su relación con los recursos ejercidos por el programa, la siguiente gráfica muestra la evolución presupuestaria del periodo evaluado.

Gráfica 2. Presupuesto asignado al Pp E011

(Millones de pesos nominales, 2023 – 2T 2025)



Nota: El presupuesto pagado para 2025, corresponden al Segundo Trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Como se puede observar, entre 2023 y 2024, en términos nominales, el presupuesto aprobado para el programa aumentó 11.8%, mientras que entre 2024 y 2025 se registró un incremento de 8.9%, lo que permite identificar una tendencia de crecimiento sostenido en la asignación inicial de recursos. Aunado a ello, en 2023, el presupuesto modificado superó en 19.5% al aprobado, alcanzando una ejecución del 100%; mientras que, en 2024, se registró un incremento del 18.9% respecto del presupuesto aprobado, así como una ejecución del 100% del presupuesto modificado. Para 2025, el presupuesto modificado se incrementó en 4.4% respecto al aprobado, mientras que el pagado al segundo trimestre del año permite observar que se ha ejercido el 44.1% del modificado anual, avance congruente con el semestre. La tendencia creciente de los presupuestos aprobado y modificado del Pp E011 durante el periodo 2023–2025 ha permitido ampliar su capacidad operativa y refleja la alta prioridad que la institución otorga al programa, considerando que, como se señaló



previamente, constituye el principal instrumento de salud pública tanto dentro del IMSS como a nivel nacional.

Durante el periodo 2023–2025 (con información al segundo trimestre de 2025), el análisis del presupuesto por capítulo de gasto muestra que el Pp E011 concentra, la mayor proporción del gasto pagado en el Capítulo 1000, al destinar, en promedio durante el periodo, el 60.9% de los recursos al pago del personal que brinda los servicios de atención a la salud. Le sigue el Capítulo 2000, con 26.7% del gasto pagado, en promedio, correspondiente a materiales y suministros necesarios para la operación; el Capítulo 3000, con 11.8%, en promedio, destinado a servicios generales; y finalmente el Capítulo 4000, con 0.6%, que representa un componente mínimo dentro de la estructura del gasto. Esta distribución confirma que el costo del personal constituye el insumo estratégico más relevante para garantizar la prestación de los servicios, seguido de los bienes y servicios indispensables para la operación cotidiana de los OOAD y las unidades médicas.

En cuanto a los incrementos del presupuesto modificado respecto al aprobado, se observa que en 2023 y 2024 el mayor crecimiento se registró en el Capítulo 2000 (40.3% y 22.9%, respectivamente), lo cual sugiere mayores necesidades operativas asociadas a insumos médicos y materiales. Para 2025, el mayor incremento se presenta en el Capítulo 3000 (17.6%), lo que refleja un aumento en los requerimientos de servicios generales. Al analizar la evolución del presupuesto total aprobado en el periodo 2023–2025, así como la variación del presupuesto modificado del Capítulo 1000, se identifica que para 2025 el presupuesto aprobado ya incorpora, desde el inicio del ejercicio, los recursos necesarios para cubrir el componente de personal, lo que explica la ausencia de incrementos posteriores en dicho capítulo. Finalmente, el ejercicio total de los recursos asignados en 2023 y 2024 evidencia la capacidad del programa para absorber mayores montos y sugiere un uso eficiente del presupuesto —particularmente en los capítulos 2000, 3000 y 4000— contribuyendo a consolidar y dar continuidad a los servicios que proporciona.

A continuación, se presenta un análisis del comportamiento y cumplimiento de las metas de los indicadores que conforman la MIR para el periodo 2023–2025, así como una revisión de la suficiencia de dichas metas y de su correspondencia con el presupuesto asignado al Pp E011.

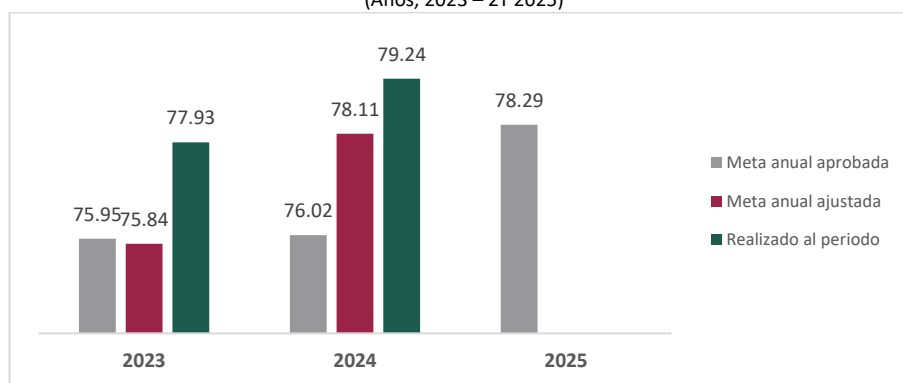


Indicador de Fin F.1 Esperanza de Vida al Nacer

a) Análisis de metas

Gráfica 3. Metas y avances del Indicador F1

(Años, 2023 – 2T 2025)



Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas aprobadas del indicador para 2023, 2024 y 2025 son 75.95, 76.02 y 78.29 años, respectivamente, mientras que las metas ajustadas para 2023 y 2024 son 75.84 y 78.11 años. La meta 2023 (aprobada y ajustada) se ubica por debajo de la línea base (77.2 años en 2008) y del valor realizado, en tanto que la meta ajustada 2024 incorpora un incremento más consistente con el comportamiento ascendente del indicador (77.93 años en 2023 y 79.24 años en 2024). En conjunto, las metas 2023–2025 mantienen un nivel superior a la línea base y son congruentes con un objetivo de mejora gradual de la esperanza de vida, aunque con un ajuste al alza más marcado a partir de 2024.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (77.93 años) supera las metas aprobadas (75.95) y ajustada (75.84), con un avance de cumplimiento satisfactorio de 102.8 % respecto de la meta. En 2024, el valor realizado (79.24 años) también se sitúa por encima de las metas aprobadas (76.02) y ajustadas (78.11), con un cumplimiento de 101.4 % respecto de la meta ajustada, igualmente dentro del rango satisfactorio. Para 2025, el indicador registra una meta anual aprobada de 78.29 años, sin valor realizado ni porcentaje de avance al segundo trimestre, lo que coincide con la frecuencia de medición anual del indicador y por lo que todavía no es posible valorar la eficacia del indicador.

Eficiencia:

En el contexto de la contribución indirecta del programa a los resultados alcanzados por el indicador en relación con sus metas, se considera que su comportamiento es consistente con la gestión ordinaria del programa, por lo que su operación sostenida coadyuva de manera estable a la generación de condiciones que inciden en el resultado de Fin, en congruencia con el carácter agregado y de largo plazo del indicador.

Relevancia:

El indicador es relevante para el objetivo de Fin, ya que mide directamente la esperanza de vida al nacer de la población derechohabiente y la contribución del Pp E011 al incremento de la esperanza de vida en el país. De acuerdo con la MML y la Guía de Indicadores de la SHCP, este tipo de indicador de impacto permite valorar los resultados de más largo plazo y su alineación con los objetivos nacionales de salud, por lo que resulta adecuado y pertinente como indicador estratégico del nivel Fin, como se señaló en la respuesta al reactivo 4.

b) Suficiencia

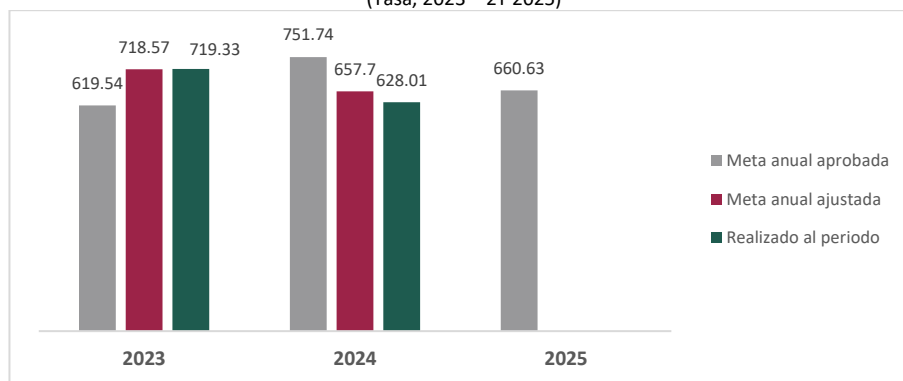
Los avances observados en 2023 y 2024, con valores por encima de las metas ajustadas y dentro del rango satisfactorio, sugieren que el desempeño del indicador es consistente con una mejora sostenida de la esperanza de vida respecto de la línea base. Las justificaciones otorgadas señalan que la actualización de la serie del indicador refleja una mejora respecto de los años previos, debido, entre otros factores, a la disminución de la mortalidad por COVID-19 y a la recuperación de servicios de salud, lo que es consistente con el incremento observado. Sin embargo, no se debe perder de vista que la esperanza de vida, al estar influenciado por determinantes sociales y la acción de múltiples programas, el Pp E011 solo contribuye a su logro.

Indicador de Propósito. P.1 Tasa de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS

a) Análisis de metas

Gráfica 4. Metas y avances del Indicador P1

(Tasa, 2023 – 2T 2025)



Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas aprobadas anuales del indicador P1 son 619.54 (2023), 751.74 (2024) y 660.63 (2025), mientras que las metas ajustadas anuales son 718.57 (2023) y 657.70 (2024). Todas las metas se ubican por debajo de la línea base (838 por 100 mil derechohabientes), lo que es congruente con el sentido descendente del indicador. Sin embargo, las metas aprobadas siguen una trayectoria no monotónica (aumento en 2024 y disminución en 2025), mientras que las metas ajustadas se acercan a los valores realizados, lo que sugiere que se han realizado ajustes a la programación para reflejar mejor la dinámica observada de la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas.



Eficacia:

En 2023, el valor realizado (719.33) se ubicó prácticamente en el nivel de la meta anual ajustada (718.57), lo que representó un avance porcentual de 99.9%, dentro del rango de cumplimiento satisfactorio (95%–105%). En 2024, el valor observado (628.01) fue inferior a la meta ajustada (657.70), con un avance porcentual de 104.5%, lo que refleja un cumplimiento adecuado y consistente con el comportamiento descendente esperado del indicador. En conjunto, los resultados de 2023 y 2024 muestran un cumplimiento satisfactorio de las metas y un desempeño congruente con el objetivo del indicador a nivel de Propósito.

Eficiencia:

A partir de los resultados alcanzados por el indicador, se observa que su comportamiento es consistente con la provisión regular de servicios de salud que articula el Pp E011 en los distintos niveles de atención. Los avances reportados reflejan la continuidad de los procesos clínicos y operativos asociados a la atención de enfermedades crónico-degenerativas dentro de la operación institucional del IMSS. En este sentido, el comportamiento del indicador es congruente con la operación integrada de los servicios de salud, sin atribuirse a intervenciones aisladas o coyunturales, en línea con el alcance institucional del programa.

Relevancia:

El indicador es relevante para el nivel de Propósito, al reflejar un cambio directo en la población objetivo del Pp E011 que es atendida con los servicios del programa, pues capta la evolución de la morbilidad por padecimientos que explican una parte importante de la carga de enfermedad y del uso de los servicios médicos, por lo que proporciona información estratégica sobre el efecto del programa en la salud de los derechohabientes y su aportación al objetivo central de reducir la morbilidad.

b) Suficiencia

Los avances de 2023 y 2024 muestran que la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas se ha mantenido por debajo de la línea base, con resultados satisfactorios respecto de las metas ajustadas. Las justificaciones asocian este comportamiento con la operación regular de acciones institucionales orientadas a la detección y control de enfermedades crónicas, así como con la recuperación progresiva de los servicios de salud. En este sentido, los resultados 2023–2024 se alinean con el objetivo de disminuir la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas en la población DH, sin perder de vista que su desempeño también depende de factores ajenos al ámbito de control del programa, como son los demográficos y conductuales.

La valoración de los indicadores y sus metas del nivel de Propósito y se presentan como anexo a esta respuesta.



9. De la Información de desempeño del Pp disponible, ¿Cómo se han empleado sus resultados?

Desde su creación en 2016, el Pp E011 ha sido objeto de distintos ejercicios de evaluación: una Evaluación de Diseño en 2016, una Evaluación de Procesos en 2020 y siete Fichas de Monitoreo y Evaluación (FM&E) 2016 – 2023; a partir de estos ejercicios se generaron recomendaciones y Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM). A continuación, se presenta un resumen de los principales resultados de estas evaluaciones, así como de los ASM que se formalizaron como parte del SED.

En el caso de la Evaluación de Diseño 2016, de acuerdo con la Posición Institucional del IMSS se identificaron ocho recomendaciones consideradas como competencia de la Dirección de Prestaciones Médicas. Derivado de estas recomendaciones se encuentra documentado un ASM dentro del portal institucional del IMSS y el de Transparencia Presupuestaria, mismo que se presenta en la Tabla 10, relativo a la actualización del ID del Pp E011. En el Avance del Documento Institucional a septiembre de 2019 se observa que, tras la publicación del Diagnóstico en el portal institucional del IMSS, se reportó un cumplimiento del 100% del ASM. En este sentido, se documenta que el programa incorporó algunos de los resultados de esta evaluación para la mejora del desempeño. Adicionalmente, algunos de los elementos señalados en las recomendaciones y los ASM podrían mantener vigencia desde el punto de vista del equipo, particularmente aquellos relacionados con: los instrumentos normativos del programa (recomendación que sugería un documento que incluyera cálculo de poblaciones, alineación con objetivos y estrategias, resumen narrativo de MIR y su mecánica operativa), el ajuste de la MIR, el replanteamiento de metas y la publicación efectiva de medios de verificación de los indicadores.

Por otra parte, la Evaluación de Procesos 2020 generó 12 recomendaciones generales (seis estratégicas y seis operativas) de acuerdo con el Informe Final. Asimismo, dentro de la Posición Institucional, el IMSS listó dieciséis recomendaciones específicas por proceso y señaló acciones de mejora para cada una de ellas. Tales acciones incluyen reuniones con áreas normativas, elaboración de diagnósticos situacionales y fortalecimiento de estrategias operativas. Sin embargo, no todas las acciones de mejora se transformaron en ASM. Particularmente, derivado de esta evaluación, como se presenta en la Tabla 10, se registraron tres ASM relativos a la gestión de citas de especialidad, la planeación de plantillas de personas y la generación de información para reporte de avance de indicadores. Cabe señalar que estos ASM se comprometieron hasta el año 2023, presumiblemente por el impacto de la pandemia por COVID-19, los dos primeros se reportaron con un cumplimiento al 100% en el tercer trimestre de 2023, mientras que el segundo se concluyó en el primer trimestre de 2024. La evidencia de estos avances se presenta en el Avance al Documento de Trabajo y el Avance al Documento Institucional de los referidos periodos, publicados en el portal institucional del IMSS. Asimismo, varias de las recomendaciones también podrían mantener vigencia y relacionarse con áreas de oportunidad identificadas en la presente evaluación, entre ellas la articulación entre niveles de atención, la vinculación de sistemas de información y la planeación basada en la MML.



En cuanto a las FM&E, el programa cuenta con ejercicios anuales desde 2016 y hasta 2023, con excepción de la ficha correspondiente al periodo 2018-2019. En estas fichas se identifican 13 recomendaciones, a partir de las cuales se han registrado dos ASM, conforme a la información pública tanto en el portal del IMSS como en el de Transparencia Presupuestaria, los cuales se presentan en la Tabla 10. Un ASM deriva de la FM&E 2020-2021 y corresponde a una nueva actualización del ID, mientras que el segundo se estableció en la FM&E 2021- 2022 y se relaciona con la documentación de la metodología para la definición de metas de indicadores. El primer ASM, se reportó concluido al 100% dentro del Avance al Documento de Trabajo del tercer trimestre de 2022, mientras que el segundo se atendió al 100% conforme al Avance al Documento de Trabajo del tercer trimestre de 2023. De manera general, las recomendaciones de las FM&E refieren aspectos que mantienen vigencia sobre mejoras y actualización del Diagnóstico del Pp E011, elaboración de documentos normativos y procedimientos, planeación para el establecimiento de metas, modificación de indicadores de desempeño, fortalecimiento de las estrategias de atención de los servicios de salud, factibilidad de evaluaciones específicas orientadas a la calidad de los servicios que ofrece el programa. Asimismo, en la Ficha de Evaluación 2020-2021 se recomienda dar seguimiento puntual a las recomendaciones factibles que derivaron de la Evaluación de Proceso realizada al Pp E011.

En la siguiente tabla, se presentan los ASM que se reportan tanto en el portal de Transparencia Presupuestaria como en el portal institucional del IMSS a través de micrositio del Pp E011:

Tabla 10. Aspectos Susceptibles de Mejora del Pp E011 al tercer trimestre de 2025

#	Aspecto Susceptible de Mejora	Tipo	Tema	Avance	Establecido en	Disponible en
1	Inclusión a las áreas generadoras de información médica en la comunicación del reporte de avances de indicadores.	Específico	Diseño, Operación, Indicadores, Planeación.	100 %	Evaluación de Procesos 2020	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
2	Institucionalización de procedimiento de planeación y definición de plantillas de personal de la Dirección de Prestaciones Médicas y en las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas.	Institucional	Diseño, Operación, Indicadores.	100 %	Evaluación de Procesos 2020	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
3	Elaboración de documento normativo con las directrices para llevar el registro, control y administración del otorgamiento de citas para la consulta externa de especialidades de primer a segundo nivel de atención.	Específico	Diseño, Operación.	100 %	Evaluación de Procesos 2020	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
4	Planeación en el establecimiento de las metas para los indicadores de desempeño del Pp.	Específico	Diseño, Operación, Indicadores, Planeación.	100 %	Ficha de evaluación 2021-2022.	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
5	Actualización del Diagnóstico del Programa presupuestario E011 "Atención a la Salud".	Específico	Diseño.	100 %	Ficha de evaluación 2020-2021	Portal de Transparencia Presupuestaria



						y Portal oficial del IMSS.
6	Actualizar el Diagnóstico del Pp E011 "Atención a la salud".	Institucional	Diseño.	100 %	Evaluación de Diseño 2016	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
7	Se trabajará en capacitar a las áreas de finanzas en PbR y programas presupuestarios para el uso y registro adecuado de los centros de costo y las cuentas, con el fin de hacer más eficientes los procesos de atención médica a través de solventar las insuficiencias e inconexiones entre los procesos de programación y presupuestación y el registro de las operaciones.	Institucional	Operación.	100 %	Evaluación de Procesos 2013 al Pp E002	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.
8	Se trabajará en capacitar a las áreas de finanzas en PbR y programas presupuestarios para el uso y registro adecuado de los centros de costo y las cuentas, con el fin de ir solventando las insuficiencias e inconexiones entre los procesos de programación y presupuestación y el registro de las operaciones. Eso reflejará un mejor registro del gasto, lo que ayudará a revelar la situación de la asignación de recursos, su ejercicio y por consiguiente, áreas con necesidades en el Instituto.	Institucional	Operación.	100 %	Evaluación de Procesos 2013 al Pp E002	Portal de Transparencia Presupuestaria y Portal oficial del IMSS.

* Elaboración propia con base en la información publicada en el Portal de Transparencia Presupuestaria y en el Portal oficial del IMSS. Los ocho ASM se encuentran disponibles en ambos portales.

Si bien los ocho ASM se reportan como concluidos, lo que da cuenta de las acciones emprendidas por el Pp E011 para atender las recomendaciones derivadas de las evaluaciones, la evidencia documental disponible en el portal institucional del IMSS no permite identificar de manera directa y ágil el origen ni la fecha de atención de cada ASM. Para realizar dicha identificación, es necesario consultar diversos documentos y efectuar una revisión comparativa con la información publicada en el Portal de Transparencia Presupuestaria, el cual presenta los ASM de forma más estructurada, aunque con un menor nivel de detalle respecto de los elementos específicos que documentan su atención. Adicionalmente, la información pública disponible no permite identificar de forma sencilla la correspondencia entre las recomendaciones emitidas en las evaluaciones y aquellas que fueron formalmente incorporadas como ASM, así como aquellas que, por su naturaleza o alcance, no derivaron en un ASM específico o institucional. En este contexto, se identifica un área de oportunidad para fortalecer la trazabilidad del proceso que va de la evaluación a la definición de compromisos de mejora.

En particular, dentro de los Avances al Documento Institucional y al Documento de Trabajo, se identifican casos en los que los enlaces asociados a la evidencia de atención remiten a carpetas o vínculos de uso interno, así como otros en los que la atención del ASM se sustenta en referencias a comunicaciones internas. En este sentido, no toda la evidencia de atención de los ASM es directamente consultable en los portales públicos, lo cual no implica, por sí mismo, una omisión, siempre que el Programa cuente con la documentación correspondiente y, en su caso, con una



justificación administrativa sobre la naturaleza y el alcance de la información que no se difunde públicamente.

Respecto de las auditorías practicadas al Pp E011, se identificó la Auditoría de Desempeño 2024-1-19GYR-07-0199-2025, realizada por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en el marco de la Cuenta Pública 2024. Su objetivo fue “fiscalizar la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes en el IMSS, a fin de verificar su diseño y el cumplimiento de sus objetivos y metas”. La auditoría abarcó el periodo 2020–2023 y consideró las acciones operadas a través de los Pp E001 “Prevención y control de enfermedades”, E011 “Atención a la salud” y E012 “Prestaciones sociales”.

Con base en la información disponible del Informe Individual de Auditoría, la auditoría identificó inconsistencias en los sistemas de información institucionales, tales como diferencias entre registros administrativos, discrepancias entre poblaciones diagnosticadas y atendidas, así como valores atípicos en la edad de derechohabientes. Durante el desarrollo de la auditoría, el IMSS acreditó la realización de diversas acciones de control —como hechos posteriores— destinadas a mejorar el registro oportuno y consistente de la información, reforzar la reintegración a tratamiento de personas remisas con diabetes y avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de información. La generación, resguardo y atención de la evidencia vinculada a las observaciones y recomendaciones preliminares de la auditoría es responsabilidad del Pp, por lo que su análisis no forma parte del alcance de la presente evaluación.

Como resultado de la auditoría, se emitieron dos recomendaciones de desempeño, que se presentan en la Tabla 11. La información pública disponible no permite verificar, a la fecha, la atención correspondiente; no obstante, se considera que estas recomendaciones también se relacionan con los hallazgos de la presente evaluación, particularmente en lo que corresponde a la calidad de los registros administrativos, la consistencia de los sistemas de información médicos y la capacidad institucional para evaluar resultados en materia de enfermedades crónicas.



Tabla 11. Recomendaciones al Pp E011 derivados de la Auditoría Núm. 199

#	Recomendación
1	2024-1-19GYR-07-0199-07-001 Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca mecanismos de control que le permitan asegurar que el diseño de los indicadores de su manual metodológico de indicadores médicos de mediano plazo, relacionados con la detección y la incidencia de invalidez por diabetes, incluya los parámetros a emplear para establecer las metas para evaluar el desempeño del instituto en la prevención y el control de la diabetes de su población derechohabiente, a fin de garantizar la producción de información útil, confiable y oportuna que permita determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos y las metas institucionales relacionadas con la atención de dicho padecimiento y, con ello, se realice una adecuada rendición de cuentas, en términos del artículo 1, párrafo segundo, y del artículo 2, fracción II, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y del Artículo Segundo. Disposiciones en Materia de Control Interno, Título Segundo. Modelo Estándar de Control Interno, Capítulo I Estructura del Modelo, Disposición 9 Normas Generales, Principios y Elementos de Control Interno, Tercera Norma. Actividades de control, Principio 10. Diseñar actividades de control, y Cuarta Norma. Información y comunicación, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
2	2024-1-19GYR-07-0199-07-002 Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca mecanismos de control que le permitan acreditar la oportunidad en la entrega, el procesamiento y el envío de la información registrada en sus diversos sistemas de salud, a fin de garantizar la producción de información útil, confiable y oportuna que permita determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos y las metas institucionales en materia de la disminución de la mortalidad de sus derechohabientes a causa de diabetes y, con ello, se realice una adecuada rendición de cuentas de los procesos de atención médica para la prevención de dicha enfermedad, en términos del artículo 1, párrafo segundo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; del numeral "7. Funciones Sustantivas", subnumeral "7.1.3.3. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica", función 7, y del Artículo Segundo. Disposiciones en Materia de Control Interno, Título Segundo. Modelo Estándar de Control Interno, Capítulo I Estructura del Modelo, Disposición 9 Normas Generales, Principios y Elementos de Control Interno, Tercera Norma. Actividades de control, Principio 10. Diseñar actividades de control, y Cuarta Norma. Información y comunicación, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

* Elaboración propia con base en la Auditoría de Desempeño 2024-1-19GYR-07-0199-2025.

Con base en la información pública analizada, se identifica que el IMSS hace uso de los resultados de las evaluaciones y las FM&E del Pp E011 para orientar su desempeño, a partir de la atención y seguimiento de las recomendaciones formuladas. Dicho uso se materializa mediante mecanismos institucionales formales, entre los que destaca el “Procedimiento para el registro y difusión de recomendaciones derivadas de informes y evaluaciones de los programas presupuestarios del Instituto Mexicano del Seguro Social” (clave 6BB2-003-001), el cual regula el intercambio de información entre la unidad de evaluación y las Unidades Responsables de la Operación, así como el registro, seguimiento y difusión de recomendaciones y Aspectos Susceptibles de Mejora.

Este procedimiento contempla instrumentos específicos para documentar la atención de las recomendaciones, entre los que se encuentra el Anexo 3 “Instrumento de seguimiento de ASM”, que permite sistematizar información clave como el origen de la recomendación, su clasificación como ASM (sí/no), la justificación correspondiente y los elementos asociados a su seguimiento. No obstante, dicho Anexo 3 es un instrumento de uso interno y no constituye un documento de carácter público, por lo que, a partir de la información publicada en los portales institucionales, no resulta posible identificar de manera directa y ágil la trazabilidad completa entre las recomendaciones emitidas, aquellas que se convirtieron en ASM y aquellas que fueron atendidas mediante otras acciones de mejora. Asimismo, la evidencia documental disponible no permite identificar de forma inmediata el origen ni la fecha de atención de cada ASM, siendo necesario



consultar diversos documentos y realizar ejercicios comparativos con la información publicada en el Portal de Transparencia Presupuestaria, que presenta la información de manera más estructurada, aunque con un menor nivel de detalle sobre los elementos probatorios. En particular, dentro de los Avances al Documento Institucional y al Documento de Trabajo, se identifican casos en los que los enlaces asociados a la evidencia de atención remiten a rutas o vínculos de uso interno, así como otros en los que se hace referencia a comunicaciones internas; en este sentido, no toda la evidencia es directamente consultable en fuentes públicas, lo cual no implica, por sí mismo, una omisión, siempre que el Programa cuente con la documentación correspondiente y, en su caso, con una justificación administrativa sobre la naturaleza y el alcance de la información que no se difunde públicamente.

Derivado de lo anterior, se identifica un área de oportunidad para fortalecer la trazabilidad, accesibilidad y sistematización de la información relativa al uso de las recomendaciones derivadas de evaluaciones y auditorías. En este sentido, se recomienda que el Pp E011 consolide una relación integral de observaciones y recomendaciones históricas vinculadas al desempeño del Programa, tomando como referencia la lógica del Anexo 3 del procedimiento 6BB2-003-001, e identificando al menos su origen, el tipo de instrumento del que derivan (ASM, acción de mejora, observación, recomendación u otra análoga), sus características, el área o áreas responsables de su atención, mecanismo de atención y las referencias a la evidencia que acredite su cumplimiento, precisando si se trata de información de uso interno o de carácter público. Esta consolidación se concibe como una integración operativa de la información existente, sin implicar la creación de nuevos sistemas o procesos normativos. Adicionalmente, sería deseable que esta información se ponga a disposición a través del micrositio institucional existente del programa, mediante un mecanismo de consulta dinámico basado en desarrollos tecnológicos marginales a partir de las herramientas ya disponibles, que permita conocer la última actualización disponible sobre la atención o seguimiento de recomendaciones, observaciones o ASM. Dada la escala presupuestal del Pp E011 y la infraestructura tecnológica y operativa con la que cuenta el IMSS, el ajuste propuesto implicaría requerimientos presupuestarios de carácter marginal y absorbible dentro de las capacidades institucionales existentes, sin representar una presión relevante sobre el presupuesto del Pp ni sobre los recursos que el Instituto destina de manera regular a tecnologías de la información. Lo anterior contribuiría a fortalecer la rendición de cuentas, mejorar la transparencia programática y consolidar el uso sistemático de los ejercicios de evaluación como herramientas para la mejora continua del desempeño del Pp E011.



SECCIÓN VII. TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

10. ¿Qué tan accesible y comprensible es la información pública del Pp para garantizar la transparencia y fomentar la rendición de cuentas?

En el portal institucional del IMSS existe un apartado denominado “IMSS Transparente”, que concentra información orientada a la rendición de cuentas y la apertura gubernamental. Este apartado agrupa elementos vinculados con obligaciones de transparencia, protección de datos personales, datos abiertos, mecanismos de denuncia y contenidos generales de interés público aplicables a todo el quehacer institucional del IMSS. Desde esta sección se puede acceder a información relevante para los derechohabientes usuarios de los servicios institucionales y el seguimiento de los programas presupuestarios del Instituto, incluida la relativa al Pp E011. En términos generales, la arquitectura de la sección de Transparencia integra distintos espacios que, en conjunto, contienen información normativa, programática, estadística y financiera del programa. A continuación, se presenta una tabla que relaciona los principales componentes de transparencia que se vinculan con el Pp E011.

Tabla 12. Componentes principales del apartado “IMSS Transparente” del portal institucional del IMSS

Subsección	Contenido
Acceso a Información	• Unidad de Transparencia: datos de contacto tales como domicilio, responsables de la unidad, coordinación y división de transparencia, teléfonos, horario, etcétera. • Comité de Transparencia: datos de contacto de las personas que integran el Comité, e información sobre el Comité de Información. • Portal de Obligaciones de Transparencia: <i>el enlace presenta error</i>. • Solicitudes de Información: enlace que dirige a la Plataforma Nacional de Transparencia, para el registro de solicitudes de información. • Índice de Expedientes Clasificados como Reservados: enlace que dirige a archivos descargables de los expedientes clasificados como reservados por semestre.
Protección de Datos Personales	Enlace para consultar información relacionada con el tratamiento de los datos personales en posesión del IMSS: • Avisos de Privacidad Integrales. • Información relevante en materia de protección de datos personales. • Guías y materiales de consulta.
Apertura Gubernamental	• Información Socialmente útil: dirige a sección “Conocer al IMSS” en donde se presenta la misión y visión del Instituto, así como su marco normativo, estructura orgánica, sala de prensa, estadísticas e informes, seguros y prestaciones, entre otros. • Transparencia proactiva: dirige a enlaces para la descarga o consulta del directorio de funcionarios (<i>enlace roto</i>), programas de salud y principales enfermedades atendidas (<i>información de 2021</i>), sección de Datos Abiertos, estadísticas generales, información sobre los derechos y obligaciones de los derechohabientes, entre otros. • Información de Interés General: – Salud en Línea: información sobre directorios de hospitales, calendario de salud, infografías entre otros. – Información y trámites para derechohabientes del IMSS: direcciona hacia el apartado para derechohabientes en donde dependiendo de la etapa de vida se presenta información sobre los trámites y servicios del IMSS. • Participación ciudadana: presenta información sobre los canales de participación ciudadana como el Aval Ciudadano. • Información Financiera: – Contable: información 2013-2025. – Presupuestal: información 2013-2025. – Programática: información 2014-2025.



	– Cuenta Pública: información 2019-2024.
Gobierno Abierto	• Mecanismos de diálogo y colaboración con la Ciudadanía. – Plataforma Interactiva VIH – IMSS. – Aplicación de Pacientes Oncológicos. – Sistema de Percepción Social. – Mecanismos de Participación Ciudadana. • Información de Programas Presupuestarios del IMSS: – Indicadores de programas presupuestarios. – Evaluaciones de los Programas Presupuestarios del IMSS. – Información Financiera – Programática. • Órgano Interno de Control. • Participación de México en la Alianza para el Gobierno Abierto (<i>enlace roto</i>).
Datos Abiertos	• Portal de Datos Abiertos del IMSS: enlace al portal para la consulta y descarga de información del IMSS dentro de la que se encuentra la Información en Salud. • Portal de Datos Abiertos del Gobierno de México: enlace a la Plataforma Nacional de Datos Abiertos.
Guiando tu denuncia	Esta plataforma promueve información sobre los distintos canales para denunciar delitos de corrupción, faltas administrativas y/o infracciones a los Códigos de Ética y Conducta, que involucran personas servidoras públicas o particulares que tienen relación con el IMSS.

Fuente: Elaboración propia con base en la información pública en el portal institucional del IMSS (consultado en noviembre de 2025).

Se estima que la información que el IMSS pone a disposición del público a través del apartado “IMSS Transparente” es amplia y pertinente para efectos de transparencia y rendición de cuentas, ya que integra herramientas y mecanismos que facilitan el ejercicio del derecho de acceso a la información, permiten a las personas derechohabientes y al público en general conocer los servicios que brinda el Instituto y favorecen su participación informada en las decisiones y en el seguimiento de acciones y programas prioritarios. Asimismo, este apartado ofrece elementos para identificar el uso y destino de los recursos públicos, así como el desempeño de los programas presupuestarios. A continuación, se presenta un análisis de aquellos componentes que guardan una relación más directa con el Pp E011.

Como se señala en la Tabla 12, dentro del componente de Gobierno Abierto se encuentra el acceso a la Información de programas presupuestarios del IMSS, que se divide en tres espacios: a) Indicadores de programas presupuestarios, b) Evaluaciones de los programas presupuestarios del IMSS y c) Información Financiera–Programática. Respecto del Pp E011:

En el primer espacio a), al seleccionar el Pp E011, se presenta un enlace hacia la ficha informativa del programa en el portal de Transparencia Presupuestaria —a cargo de la SHCP y actualizada al tercer trimestre de 2025— que muestra información del presupuesto aprobado, pagado y modificado, la MIR vigente, el Índice de Seguimiento al Desempeño, las evaluaciones realizadas y los ASM derivados de ellas.

El segundo espacio b) se refiere a una sección que concentra la siguiente información:

- Diagnóstico: versiones 2015–2016, 2019, 2021 y 2024;



- Matriz de Indicadores para Resultados (MIR): versiones anuales 2016-2025;
- Programa Anual de Evaluación (PAE): se muestran los resultados de la Evaluación de Procesos 2020 (incluida mediante tres viñetas, dos de ellas con enlaces hacia el Informe Final y su Anexo AOAA-2) y de la Evaluación de Diseño 2016 (enlace que dirige a un sitio dentro del portal del IMSS con la información desagregada sobre esta evaluación);
- Fichas de Monitoreo y Evaluación (FM&E): 2016- 2023¹³, con sus respectivas Posiciones Institucionales;
- Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM): incluye el seguimiento de los ASM en el periodo 2016–2024, mediante Documentos Institucionales y Documentos de Trabajo. También presenta la Posición Institucional respecto de la Evaluación de Diseño y de la FM&E 2019–2020. El Documento de Trabajo más reciente corresponde al avance a marzo 2024 mientras que el Documento Institucional más reciente es septiembre 2023; ambos señalan que no se identifican ASM con avance menor al 100%. Estos elementos se analizaron con mayor detalle en la respuesta al reactivo 9.

Cabe señalar que se identificaron diferencias entre la información disponible en el portal institucional del IMSS y la incluida en la ficha informativa del Pp E011 en el portal de Transparencia Presupuestaria a cargo de la SHCP. Mientras que la ficha del portal de Transparencia Presupuestaria muestra la Evaluación de Procesos 2020, pero no la Evaluación de Diseño 2016; el portal institucional sí presenta ambas. Asimismo, en la ficha informativa sólo se listan dos FM&E (2019–2020 y 2022–2023), a diferencia del portal institucional, que presenta la serie desde 2016. Por lo que el portal institucional del IMSS permite una trazabilidad más completa del desempeño programático, en comparación con el portal de la SHCP.

Respecto del tercer espacio c), la sección de Información Financiera–Programática permite consultar, para el Pp E011, los Reportes Trimestrales de Indicadores de Desempeño 2018–2025, los Reportes de Cuenta Pública 2018–2024, los reportes de avance físico y financiero de programas y proyectos de inversión desde 2020 hasta 2025 y el gasto por categoría programática desde 2015.

Por otro lado, destaca el apartado “Conoce al IMSS”, que presenta información estadística e informes institucionales, como el Informe Financiero y Actuarial (disponible para cada año desde 2001 hasta 2023), el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2024–2025, la Memoria Estadística (anualmente de 2012 a 2024), los CUBOS del IMSS, entre otros. En conjunto, estos insumos reflejan un esfuerzo institucional para generar información que permite contar con una visión amplia del ejercicio presupuestario asociado al programa, identificar la tendencia de la población potencial, objetivo y atendida del Pp E011, así como vislumbrar riesgos y retos a mediano y largo plazo asociados a los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo, bajo los cuales opera el Pp E011.

¹³ No se cuenta con FM&E para el ejercicio fiscal 2019, porque no fue mandatada en el PAE 2019.



En cuanto a la puesta a disposición del padrón de beneficiarios, el IMSS no tiene la obligación de publicar listados nominales de personas derechohabientes atendidas por el Pp E011, dado que se trata de datos personales protegidos y los servicios se financian mediante aportaciones tripartitas al Seguro Social conforme a la LSS, y no con recursos públicos provenientes de la federación. No obstante, el Instituto sí pone a disposición del público información estadística -desagregada por OOAD, sexo y subgrupo (para algunos casos)- sobre la cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida -conforme a las actuales definiciones- mediante los CUBOS institucionales.

En relación con la información disponible para las personas derechohabientes usuarias de los servicios del Pp E011, a través de la ruta <https://www.imss.gob.mx/derechoH>, el IMSS ofrece contenidos específicos clasificados por etapa de vida (nacimiento, niñez, adolescencia, adultez, empleo, matrimonio, paternidad, incapacidad laboral, jubilación o pensión, adulto mayor y fallecimiento). Desde este espacio es posible consultar trámites como incorporación al Seguro de Salud para la Familia, alta en UMF, actualización de UMF, atención médica en UMF o atención quirúrgica especializada, entre otros. De una revisión general de estos trámites, se observa que contienen información detallada sobre el procedimiento, requisitos, documentación, disponibilidad en línea, mecanismos de contacto y fundamento jurídico.

En cuanto a la accesibilidad, el portal del IMSS incorpora un “Botón de Accesibilidad” disponible en todas sus secciones, que considera tres modos: a) protección contra epilepsia (disminuye color y elimina parpadeos), b) modo para discapacidad visual (mejora contraste y lectura) y c) modo para discapacidad cognitiva (permite focalizar contenidos). Con ello, el IMSS muestra un compromiso con la inclusión de personas con epilepsia, discapacidad visual y cognitiva. En este tenor, sería deseable avanzar hacia mecanismos adicionales, como lectores de pantalla especializados.

A pesar de la amplitud y pertinencia de la información pública disponible del IMSS y del Pp E011, se identificaron áreas de oportunidad relacionadas con la accesibilidad y la experiencia del equipo evaluador en la navegación entre secciones. Entre los hallazgos más relevantes destacan:

- Dependencia de documentos PDF estáticos: por ejemplo, la información disponible en el espacio de Evaluaciones de programas presupuestarios del Pp E011 (Diagnósticos, evaluaciones del PAE, FM&E, ASM) se muestra en documentos PDF, con excepción de las MIR del Programa. Si bien cumplen una función informativa, limitan la explotación ciudadana de la información al no estar en formatos abiertos;
- Presencia de la misma información desde distintos apartados, lo que puede generar confusión con respecto a cómo está estructurada la información dentro del portal del IMSS y su navegación, por ejemplo:
 - El apartado de Plataforma Nacional de Transparencia es referido en las subsecciones “Acceso a la Información”, “Apertura Gubernamental” y “Gobierno Abierto”.
 - La Información Financiera Programática se muestra desde “Apertura Gubernamental” y “Gobierno Abierto”.



- La información sobre “Derechohabientes, pensionados y público en general” se puede consultar desde las rutas: a) “Inicio”, “Derechohabientes, pensionados y público en general”; b) “IMSS Transparente”, “Transparencia”, “Apertura Gubernamental”, “Transparencia proactiva”, “Información sobre los derechos y obligaciones de los derechohabientes”; c) “IMSS Transparente”, “Transparencia”, “Apertura Gubernamental”, “Transparencia proactiva”, “Pensiones y Jubilaciones”; d) “IMSS Transparente”, “Transparencia”, “Apertura Gubernamental”, “Pensiones y Jubilaciones (Requisitos).
- Divergencias puntuales entre datos estadísticos contenidos en la Memoria Estadística, el Diagnóstico y los CUBOS institucionales, por ejemplo, la población potencial en 2016, 2019 y 2020, conforme a lo señalado en la respuesta al reactivo 5 de este documento.

En síntesis, se considera que la información pública disponible del Pp E011 es amplia y permite conocer sus elementos centrales de diseño, operación y desempeño, así como el contexto institucional en el que opera. La información financiera-programática, en particular, se presenta de manera organizada y accesible una vez que se identifica la ruta de consulta. Sin embargo, de manera general, la accesibilidad efectiva de la información del IMSS podría verse limitada por la dispersión entre portales, la existencia de enlaces inactivos, la falta de formatos abiertos y la divergencia en algunos datos reportados. Asimismo, no se identificaron herramientas de gobierno abierto orientadas específicamente a la explotación de datos o a la participación ciudadana en el seguimiento del programa.

Por lo anterior, y en atención a lo dispuesto en los artículos 54 y 55 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se identifica como un ámbito de mejora deseable en el mediano plazo el fortalecimiento gradual de la información pública del IMSS en materia de atención a salud. En particular, sería pertinente avanzar, de acuerdo con las capacidades institucionales y prioridades vigentes, hacia una revisión integral de la sección de transparencia del IMSS, orientada a simplificar, depurar y actualizar la información relativa a los servicios institucionales, las obligaciones de transparencia, la información estadística y los informes institucionales, privilegiando criterios de consistencia, accesibilidad y uso de formatos de datos abiertos¹⁴.

De manera específica para el Pp E011, sería deseable priorizar, de forma progresiva, la revisión, depuración y actualización de la información estadística disponible en materia de atención a la salud, con el propósito de mejorar su calidad, comparabilidad y utilidad para el público en general. En este contexto, la eventual creación de un sitio especializado para el consumo y la gestión de dicha información en formatos de datos abiertos, se identifica como una opción a valorar de manera gradual y condicionada a la disponibilidad presupuestaria, la interoperabilidad de los

¹⁴ Conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública los datos abiertos tienen la característica de ser: accesibles, integrales, gratuitos, no discriminatorios, oportunos, permanentes, primarios, legibles por máquinas, en formatos abiertos y de libre uso.



sistemas institucionales y la definición de responsabilidades para la gestión de los datos. En este marco, se considera que los conjuntos de datos de mayor relevancia y demanda pública son aquellos vinculados con la cobertura y utilización de los servicios médicos, la oportunidad en la atención —incluidos los tiempos de espera y los flujos de referencia entre niveles—, la capacidad instalada y operación de las unidades médicas, los resultados generales de la atención en padecimientos de alta prevalencia y la información agregada sobre el ejercicio de los recursos asociados a la provisión de servicios.

En caso de que la creación de un sitio especializado no resultara viable, una alternativa a considerar consistiría en concentrar los esfuerzos en la estandarización y mejora de los conjuntos de datos actualmente publicados, asegurando en todo momento el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de transparencia y protección de datos.



CONCLUSIONES

La ECyR al Pp E011 "Atención a la Salud" confirma que este instrumento constituye el pilar de la atención a la salud que forma parte de la seguridad social en México, el cual, cuenta con alta pertinencia pública. En este sentido, el Pp E011 es la intervención de mayor relevancia social y presupuestaria del IMSS, ejerciendo el 47.8% del gasto programable para garantizar el derecho a la salud de más de 55 millones de usuarios potenciales. Su diseño no responde a una coyuntura temporal, sino que materializa el mandato constitucional de protección social, alineándose de manera directa y sustantiva con los objetivos prioritarios del PND y los ODS, lo que valida su indiscutible valor público como eje del bienestar nacional. En este marco, los siguientes hallazgos estratégicos presentan las fortalezas del programa:

- **Solidez normativa y estandarización de la práctica clínica.** A diferencia de los desafíos administrativos detectados, el "núcleo duro" del programa —la atención médica— opera bajo un marco normativo maduro y altamente estructurado. La evaluación identificó que los procesos clínicos en los tres niveles de atención (desde la consulta familiar hasta la alta especialidad) cuentan con manuales de procedimientos, Guías de Práctica Clínica y protocolos estandarizados que brindan certeza técnica al actuar médico. Este hallazgo valida la consistencia del diseño operativo ('el deber ser') y cumple con el objeto de la presente evaluación, distinguiéndose de una revisión exhaustiva de la ejecución en campo propia de una evaluación de procesos, al confirmar que el Instituto dispone de los instrumentos rectores necesarios para garantizar una homogeneidad técnica en la atención.
- **Resiliencia operativa y capacidad de respuesta masiva.** Pese a las brechas tecnológicas y las limitaciones en la gestión de insumos, el programa demuestra una alta resiliencia operativa que le permite sostener la prestación de servicios a escala masiva e ininterrumpida. La estructura funcional del programa ha logrado mantener niveles de cobertura reportada cercanos al 87% de su población objetivo, desplegando una capacidad de respuesta que absorbe la demanda diaria de urgencias, hospitalización y consulta, lo que evidencia la fortaleza de su capital humano y su infraestructura instalada para sostener la operación incluso en condiciones de estrés administrativo.

Si bien su pertinencia es inobjetable y su operación es robusta en términos de volumen de servicios, la evaluación muestra que el diseño actual del programa presenta limitaciones para medir y gestionar resultados de valor en salud (salud efectiva), en contraste con su mayor orientación hacia resultados de producción, como el volumen de consultas. A continuación, se presentan los hallazgos estratégicos que sintetizan la situación del programa y sus desafíos estructurales:

- **Necesidad de fortalecimiento en la Lógica Vertical y Horizontal de la MIR.** Si bien el programa cuenta con una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) alineada



normativamente, su estructura actual requiere ajustes de fondo para reflejar con precisión la cadena de valor institucional. Se identificó que la lógica vertical subordina elementos estratégicos —como el suministro de medicamentos— al nivel de actividad, cuando por su impacto deberían constituir Componentes propios. Asimismo, la lógica horizontal presenta áreas de mejora en la construcción de indicadores, limitando la capacidad del instrumento para monitorear el desempeño real en los distintos niveles de atención.

- **Redefinición estratégica de la Cobertura y las Poblaciones.** Aunque el programa reporta una amplia cobertura, las definiciones actuales de Población Potencial y Objetivo dependen de registros administrativos que presentan algunas duplicidades y no permiten identificar con precisión a "personas únicas". La evaluación detectó la ausencia de una estrategia de cobertura de mediano plazo documentada que proyecte las necesidades demográficas y de recursos para los próximos ejercicios fiscales, si bien, existen elementos al respecto identificados en el IMSS, como la actual Estrategia 2-30-100. Por lo que el programa y la Institución, podrían beneficiarse de transitar hacia mecanismos de cuantificación más depurados y diseñar un documento rector de cobertura que permita planear la expansión de los servicios con base en evidencia poblacional y no solo en la inercia de la demanda.
- **Pertinencia incuestionable con necesidad de evolución conceptual hacia resultados sanitarios.** El Pp E011 no es una intervención de coyuntura, sino una obligación del Estado que concentra el 47.8% del gasto programable del Instituto. No obstante, su diseño lógico (reflejado en los árboles del problema, de objetivos y la MIR) presenta limitaciones en su enfoque conceptual, al concentrar el análisis causal de la morbilidad primordialmente a problemas operativos internos, sin incorporar de manera suficiente determinantes epidemiológicos y de atención clínica que inciden de manera más directa en la población. Esta separación analítica es consistente con la lógica causal de la MML y resulta fundamental para evitar interpretaciones que atribuyan el origen del problema público a fallas operativas institucionales, preservando así la distinción entre el diagnóstico del problema y la capacidad de ejecución del programa.
- **Vinculación entre la gestión clínica y el soporte administrativo.** El personal entrevistado sobre los procesos de soporte identificó la necesidad de fortalecer la vinculación entre la logística operativa y las finanzas institucionales mediante herramientas tecnológicas que promuevan la automatización. Si bien, el sistema financiero institucional se enfoca al cumplimiento de la normativa contable (LGCG), se documentó que la toma de decisiones operativas en tiempo real (como la reposición inmediata de insumos en unidades específicas) podría requerir de conciliaciones manuales o herramientas alternas para cruzar la información del consumo logístico (SAI) con la disponibilidad presupuestal, lo que tendería a restar agilidad a la respuesta operativa ante la demanda fluctuante.
- **Subestimación programática y limitado nivel de exigencia.** El mecanismo de establecimiento de metas muestra áreas de oportunidad para reflejar el potencial real del



Instituto. Se identificó que múltiples indicadores mantienen metas estáticas o inferiores al desempeño histórico, lo que deriva en cumplimientos superiores al 100%.

- **Brecha en la integralidad de la experiencia del usuario entre niveles de atención.** El análisis documental de los procedimientos operativos evidencia que, si bien los protocolos de atención clínica están debidamente normados, persiste una brecha en la continuidad operativa que genera fricciones en los puntos de transición (referencia y contrarreferencia), de acuerdo con lo obtenido a través de las entrevistas. La evaluación detectó que la información pública sobre flujos de gestión complejos —como la validación de derechos para el acceso a la Alta Especialidad— carece de mecanismos de difusión simplificados o guías ciudadanas claras. Esta asimetría de información genera incertidumbre sobre los pasos a seguir, lo que constituye un riesgo para la calidad percibida por la población usuaria, a pesar de la solvencia técnica del acto médico.
- **Áreas de oportunidad en la trazabilidad del desempeño y Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).** El análisis del uso de la información evidencia que, si bien el programa atiende las recomendaciones derivadas de evaluaciones externas, la trazabilidad y documentación de estos procesos presenta áreas de oportunidad. No existe un repositorio integral público que vincule claramente los hallazgos históricos con las acciones de mejora implementadas (más allá de los ASM formales), lo que debilita la memoria institucional y la rendición de cuentas sobre cómo la evaluación se traduce en mejoras concretas en la operación.

En conclusión, el Pp E011 es un programa de alta relevancia institucional y con una sólida consolidación operativa, cumpliendo de manera consistente con su función de proveer servicios de salud a gran escala y sostener la continuidad de la atención para la población derechohabiente. No obstante, su orientación a resultados permanece limitada por un diseño inclinado a la medición del volumen de servicios y al impacto sanitario, y por herramientas de gestión que no han evolucionado al ritmo de la creciente complejidad operativa del Instituto. Esta situación limita la capacidad del programa para demostrar plenamente los cambios que genera en la salud de la población y para aprovechar el potencial del ISD como instrumento estratégico para la mejora continua, la toma de decisiones y la asignación eficiente de recursos.



HALLAZGOS

En esta sección, se presentan los hallazgos derivados del análisis realizado por Idea Consultores para dar respuesta a cada uno de los reactivos de la ECyR del Pp E011. Asimismo, se incluye la sección y la página en la que se identifica el hallazgo, la propuesta de mejora formulada por parte del equipo consultor, y el efecto positivo esperado a partir de su implementación.

Hallazgo	Página	Recomendación	Efecto positivo esperado
Las referencias a los instrumentos de planeación (PND, PIIMSS, ODS) presentan oportunidad para fortalecer su profundidad analítica para explicar cómo los servicios específicos del programa contribuyen al cumplimiento de metas y objetivos.	Reactivo 1 Sección I. Planeación pp 11-14, 105-110	Fortalecer la argumentación técnica en el Diagnóstico, desarrollando justificaciones detalladas que articulen las intervenciones del programa (clínicas, preventivas, hospitalarias) con las metas específicas de los instrumentos de planeación.	Robustecer la pertinencia estratégica del programa y evidenciar su valor público mediante una narrativa sólida basada en su contribución real a las metas nacionales e internacionales.
El Diagnóstico Ampliado 2025 omite referencias a la misión del IMSS, elemento indispensable para validar la congruencia entre el propósito del programa y los objetivos nacionales.	Reactivo 1 Sección I. Planeación pp 11-14, 105-110	Incorporar en el Diagnóstico un análisis explícito de la misión del programa, integrándola como parte fundamental de la revisión de la alineación estratégica con los instrumentos de planeación nacional.	Fortalecer la coherencia del diseño institucional y asegurar que el propósito del programa responda directamente al mandato fundacional del IMSS.
El diagnóstico omite la vinculación con la Estrategia 2.7.7, relativa a la consolidación de infraestructura y equipamiento médico, a pesar de que el programa contempla acciones directas en la gestión de estos recursos.	Reactivo 1 Sección I. Planeación pp 11-14, 105-110	Incorporar explícitamente en el Diagnóstico la vinculación sustantiva del Pp E031 que estará vigente a partir de 2026 con la Estrategia 2.7.7 del PND 2025–2030, reconociendo las acciones de equipamiento y gestión tecnológica que realiza el programa.	Visibilizar la contribución integral del programa al fortalecimiento de la capacidad instalada del sistema de salud nacional.
El análisis de vinculación se limita a las estrategias 1.1 y 1.4 del PIIMSS 2025–2030, dejando fuera otras estrategias clave con las que el programa tiene relación: 1.2 (atención continua), 1.3 (calidad primer nivel), 1.5 (personal) y 1.6 (tiempos de espera)	Reactivo 1 Sección I. Planeación pp 11-14, 105-110	Ampliar el análisis de vinculación en el Diagnóstico del Pp E011 para incluir de manera explícita las estrategias 1.2, 1.3, 1.5 y 1.6 del PIIMSS 2025–2030, clasificando su contribución específica a cada una de ellas (sustantiva, de soporte o de entorno) e incorporando las justificaciones correspondientes que sustenten dicha vinculación. En particular, se recomienda precisar que la aportación del programa es de carácter sustantivo, al materializarse a través de la provisión de servicios médicos integrales en los tres niveles de atención orientados a reducir la morbilidad y mejorar el acceso efectivo a la atención a la salud de la población derechohabiente. Si bien la estructura del Diagnóstico Ampliado limita la alineación explícita a un número acotado de estrategias sustantivas, se considera pertinente valorar esta ampliación dada la naturaleza estratégica del Pp E011, cuya provisión integral de servicios de salud en los tres niveles incide de manera directa en múltiples estrategias institucionales.	Reflejar con precisión el alcance multidimensional del programa en la atención continua, la calidad en el primer nivel y la gestión del talento humano.



El Diagnóstico 2024 no describe ni sistematiza técnicamente los servicios médicos organizados por nivel de atención (primario, especializado, alta especialidad), ni su relación con la complejidad clínica y los dispositivos operativos del IMSS (UMF, HGZ, UMAE).	Reactivo 2 Sección II. Diseño pp 15-20, 11-113	Incorporar en el apartado de Diseño Operativo del Diagnóstico una descripción clara y estructurada de los servicios médicos organizados conforme a los tres niveles de atención, basándose en los criterios clínicos, operativos y normativos de la LSS y modelos institucionales.)	Mejorar la comprensión del diseño del programa y clarificar su lógica de intervención y articulación operativa.
La descripción del diseño operativo y el análisis de similitudes y complementariedades incluidos en el Diagnóstico no permite discernir las fronteras funcionales entre el Pp E011 y otros Pp del IMSS (como el E001, E009 y K012) con los que se complementa para brindar una atención médica integral a la población derechohabiente.	Reactivo 2 Sección II. Diseño pp 15-20, 11-113	Explicitar la complementariedad programática del Pp E011 y clarificar su delimitación funcional en el Diagnóstico, mediante el fortalecimiento del apartado de Análisis de similitudes o complementariedades con la incorporación de los Pp del IMSS con los que el Pp E011 mantiene relaciones de complementariedad (E001, E009 y K012). Este ajuste permitirá clarificar las fronteras funcionales entre los programas, delimitar con mayor claridad el alcance del Pp E011 y mejorar la comprensión de su diseño operativo para actores ajenos a su operación cotidiana, como dependencias de la APF, instancias evaluadoras y la ciudadanía.	Eliminar la ambigüedad en la delimitación del mecanismo de intervención y asegurar la comprensión en el alcance presupuestario y operativo real del programa.
El Diagnóstico presenta la teoría del cambio de manera incompleta, limitándose a los árboles de problemas y objetivos sin una integración robusta hacia la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).	Reactivo 2 Sección II. Diseño pp 15-20, 11-113	Fortalecer el desarrollo de la teoría del cambio dentro de los instrumentos del Diagnóstico y asegurar que esta lógica causal ampliada se refleje directamente en la estructura de la MIR.	Alinear la lógica causal del programa con sus instrumentos de seguimiento, asegurando que la MIR refleje fielmente la estrategia de intervención.
Se identificó la inclusión de factores operativos (abasto, limpieza, diferimiento) como causas estructurales del problema de "alta morbilidad", lo cual contraviene la Metodología de Marco Lógico.	Reactivo 3 Sección II. Diseño pp 21-25, 114-121	Reestructurar el árbol del problema excluyendo las fallas operativas como causas directas e incorporando determinantes epidemiológicos y estructurales (curso clínico, factores de riesgo) que originan la morbilidad en la población derechohabiente. Para el análisis de los determinantes estructurales, se sugiere consultar el sustento teórico y bibliográfico de la respuesta al reactivo en la Sección II. En este se desarrolla la aplicación de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) al Pp E011 y se cita la literatura necesaria para transitar de fallas operativas hacia factores de riesgo y curso clínico. Dicha base documental justifica la reestructuración del árbol de problemas conforme a la realidad epidemiológica.	Alinear el diseño del programa con la lógica causal de la MML, enfocando la intervención en las causas raíz de la morbilidad y no solo en las limitaciones de gestión.
Al derivarse de un árbol de problemas con fallas metodológicas, el árbol de objetivos incluye medios operativos (abasto, limpieza) como fines en sí mismos, en lugar de corresponder a la lógica de intervención clínica necesaria para reducir la morbilidad.	Reactivo 3 Sección II. Diseño pp 21-25, 114-121	Reestructurar la secuencia lógica del árbol de objetivos para que sea congruente con el árbol del problema ajustado conforme a la MML, asegurando que los medios reflejen la secuencia completa de intervenciones de salud (prevención secundaria, tratamiento, rehabilitación) necesarias para reducir la morbilidad según la complejidad clínica y evitando que medios operativos o insumos institucionales se presenten como fines en sí mismos.	Garantizar la coherencia interna del diseño programático y asegurar que los objetivos planteados sean pertinentes y suficientes para alcanzar el propósito del programa.



		La adecuación del árbol de objetivos debiera realizarse sin incorporar nuevos procesos operativos ni generar requerimientos adicionales de información o reporte. Al respecto, los ajustes propuestos al ISD asociado al árbol de objetivos -tal como se propone en las recomendaciones derivadas de la respuesta al reactivo 4-, privilegian el uso de indicadores ya existentes en la MIR vigente y en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, y, cuando se identificaron oportunidades para fortalecer la medición de resultados a nivel Propósito, se propone el análisis de su factibilidad para su implementación gradual.	
La información sobre prevalencia y carga de la enfermedad presentada en el Diagnóstico no se articula de forma narrativa para sustentar sólidamente la definición del problema central ni la selección de causas.	Reactivo 3 Sección II. Diseño pp 21-25, 114-121	Fortalecer el Diagnóstico profundizando en la descripción de la situación actual con base en determinantes epidemiológicos, recurrencia y carga financiera, estableciendo una narrativa lógica que fundamente el problema de “alta morbilidad” y justifique las intervenciones seleccionadas.	Facilitar la comprensión de la pertinencia del programa, consolidar su diseño técnico y mejorar la justificación de la asignación de recursos públicos hacia las intervenciones prioritarias.
El análisis de la MIR 2025 de Pp E011 permite señalar que el instrumento presenta una estructura metodológicamente sólida y una alineación general con la MML. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en la formulación de la lógica vertical que permitirían reflejar con mayor precisión la integralidad de la atención médica otorgada por el IMSS en sus tres niveles a través del programa.	Reactivo 4 Sección III. Seguimiento pp 26-30, 122-135	Realizar un análisis conjunto entre las distintas Coordinaciones Normativas que participan en la gestión del programa para determinar la factibilidad de implementación de las siguientes recomendaciones a la lógica vertical de la MIR: a) Elevar el suministro de medicamentos del nivel de actividad al de componente por su carácter estratégico para la continuidad del tratamiento. b) Ajustar la redacción de los componentes sustantivos para describir con mayor precisión los resultados directos de los servicios institucionales y su correspondencia con los distintos niveles de atención. c) Incorporar o desagregar actividades en algunos componentes cuando ello contribuya a fortalecer la coherencia operativa presentada en la MIR. En la respuesta al reactivo 4 se presenta una propuesta de MIR con fines orientativos y que presenta las sugerencias de mejora a la lógica vertical para reflejar de manera más precisa la cadena de resultados o teoría del cambio del programa.	La implementación de las mejoras a la lógica vertical permitirá fortalecer la coherencia causal del programa, clarificar la relación entre actividades, componentes y objetivos, y asegurar que la estructura responda a la organización y operación real de los servicios del IMSS. Con ello, se incrementa la claridad operativa, se facilita la identificación de responsabilidades y se mejora la capacidad institucional para gestionar y monitorear los resultados inmediatos e intermedios del programa.
El análisis de la MIR 2025 de Pp E011 permite señalar que el instrumento presenta una estructura metodológicamente sólida y una alineación general con la MML. Sin embargo, se identifican áreas de	Reactivo 4 Sección III. Seguimiento pp 26-30, 122-135	Realizar un análisis conjunto entre las distintas Coordinaciones Normativas que participan en la gestión del programa para determinar la factibilidad de implementación de las siguientes	Las mejoras a la lógica horizontal permitirán contar con indicadores más pertinentes, comparables y alineados con el



oportunidad en la lógica horizontal, relativas a la formulación y ubicación de diversos indicadores para fortalecer la capacidad de la MIR de ser un sistema de indicadores más coherente en apego a los criterios de la MML y más representativo de la complejidad del programa.		recomendaciones a la lógica horizontal de la MIR: a) Fortalecer el nivel de Propósito incorporando indicadores adicionales vinculados con cobertura y calidad de la atención. b) Actualizar indicadores clave utilizando versiones armonizadas del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), particularmente para oportunidad quirúrgica, consulta especializada y estancia prolongada. c) Reubicar y ajustar indicadores de actividad, priorizando el uso de indicadores relativos y asegurando su coherencia con la capacidad instalada y procesos operativos. d) Incorporar mediciones complementarias relacionadas con procesos prioritarios de atención -incluida la salud materna y neonatal-, y con los niveles de atención, utilizando indicadores ya existentes en la MIR vigente y en el MMIM. En la respuesta al reactivo 4 se incluyen las propuestas de indicadores y se presenta una propuesta de MIR con fines orientativos y que presenta las sugerencias de mejora a la lógica horizontal para fortalecer el seguimiento los resultados del programa.	modelo actual de prestación de servicios. Esto fortalecerá la calidad técnica del seguimiento del desempeño, facilitará la identificación de avances y rezagos para la toma de decisiones basada en métricas más sólidas, incrementando la utilidad del instrumento como herramienta de gestión y rendición de cuentas.
El análisis de la MIR 2025 del Pp E011 muestra que el instrumento cuenta con una estructura metodológicamente sólida y mantiene una alineación general con la MML. No obstante, se identifican áreas de oportunidad tanto en la lógica vertical como en la lógica horizontal, particularmente en la delimitación y articulación de los objetivos, componentes, actividades e indicadores. Asimismo, se observa que el diseño operativo del programa no incorpora de manera explícita la participación de todas las Coordinaciones Normativas que intervienen en el otorgamiento de los servicios médicos. El fortalecimiento de estos elementos permitiría reflejar con mayor precisión la integralidad de la atención médica que el IMSS proporciona en los tres niveles de atención a través del programa.	Reactivo 4 Sección III. Seguimiento pp 26-30, 122-135	En su caso, y como resultado del ejercicio de análisis conjunto entre la Dirección de Prestaciones Médicas, la Dirección de Administración y la Dirección de Finanzas, valorar la incorporación formal de las Coordinaciones Normativas que participan en el otorgamiento de los servicios médicos al diseño operativo del Pp E011. Lo anterior, con el propósito de identificar y, en su caso, integrar actividades sustantivas a cargo de dichas áreas dentro de la MIR, así como sus respectivos indicadores de desempeño, los cuales podrían alinearse o derivarse del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) vigente.	La incorporación de ajustes a la lógica vertical y horizontal de la MIR, junto con la integración formal de las Coordinaciones Normativas que participan en la prestación de los servicios médicos, permitirá contar con una MIR más representativa de la operación real del Pp E011. Ello fortalecerá la coherencia interna del diseño, mejorará la trazabilidad entre objetivos, servicios e indicadores, y facilitará el seguimiento integral del desempeño del programa, incrementando su utilidad como herramienta de planeación, gestión y rendición de cuentas.



Las poblaciones potencial, objetivo y atendida se encuentran definidas y cuentan con una metodología de cálculo consistente dentro del ID del Pp E011. No obstante, las definiciones presentan limitaciones conceptuales e imprecisiones en su cuantificación.	Reactivo 5 Sección IV. Población y Cobertura pp 31-36	Realizar una revisión integral de la definición y la metodología de cálculo de las poblaciones del Pp E011, sin depender de la disponibilidad o estructura de los registros institucionales, incorporando de manera gradual procesos de desduplicación analítica con base en la información existente, que permitan fortalecer la identificación de personas únicas sin implicar ajustes inmediatos a los sistemas operativos. El equipo evaluador propone las siguientes definiciones: Potencial: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a lo establecido en la LSS. Objetivo: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS y que requieren atención médica. Atendida: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS, y que reciben atención en las unidades médicas del IMSS. El detalle de las recomendaciones para la cuantificación se presenta en la respuesta del reactivo 5.	Contar con una identificación de poblaciones conceptualmente sólida y apegada a la MML que permita dar seguimiento al desempeño del Pp E011 adecuadamente. En particular, permitir aproximar la cobertura real del Pp E011 a fin de adaptar y mejorar el diseño operativo del Pp E011.
Se identificó la participación crítica de otras coordinaciones adscritas a la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) que actualmente no se visualizan explícitamente en la estructura programática o el diseño operativo del Pp E011, pero cuyos procesos son indispensables para la integralidad del servicio.	Reactivo 7 Sección V. Procedimientos Operativos pp 42-51	Realizar un análisis conjunto entre la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Administración, con la asesoría técnica de la Dirección de Finanzas, para identificar e integrar en el diseño operativo del Pp E011 a aquellas Coordinaciones Normativas que, de acuerdo con las funciones establecidas en sus Manuales de Organización vigentes y la trazabilidad de su ejercicio del gasto, participan directamente o brindan soporte indispensable en la provisión de los servicios médicos del programa.	Alinear la estructura presupuestaria con la realidad operativa de la atención médica y reconocer la integralidad de la cadena de valor del programa.
Se identificó que, en diversos indicadores del Pp E011, las metas definidas no reflejan de manera consistente el comportamiento real observado ni las condiciones actuales de operación del programa. En algunos casos, las metas se sitúan por debajo del desempeño alcanzado; en otros, se ubican por encima de niveles técnicamente deseables, particularmente en indicadores de comportamiento descendente. Asimismo, se observa que varias metas permanecen sin cambios durante varios ejercicios fiscales, pese a las modificaciones en las estrategias operativas y en la demanda de servicios médicos. Adicionalmente, se detectan inconsistencias entre metas aprobadas y metas ajustadas, así como una limitada consideración de la capacidad instalada y de factores institucionales que influyen en el comportamiento de las personas usuarias.	Reactivo 8 Sección VI. Resultados y Desempeño pp 52-56, 140-169	Realizar una revisión integral y coordinada de las metas de los indicadores de la MIR del Pp E011, con el fin de valorar su actualización y ajuste, considerando el comportamiento histórico de los indicadores, los cambios en las estrategias operativas, la demanda de servicios médicos y la capacidad operativa del instituto. En su caso, este ejercicio debería permitir: a) actualizar metas anuales para que reflejen tendencias observadas y condiciones reales de operación; b) ajustar metas insuficientemente exigentes o técnicamente incongruentes, tanto en indicadores de comportamiento ascendente como descendente; c) revisar metas que permanecen sin cambios durante varios ejercicios fiscales; y d) asegurar la coherencia técnica entre metas aprobadas y metas ajustadas, con sustento metodológico documentado.	La revisión coordinada de metas y umbrales es una oportunidad para fortalecer la calidad técnica del Instrumento de Seguimiento del Desempeño del Pp E011. Su actualización permitirá: Asegurar que los indicadores reflejen cambios reales en la operación. Mejorar la coherencia entre metas, umbrales y tendencias observadas. Incrementar la capacidad del programa para identificar rezagos y orientar acciones de mejora.



			Apoyar la toma de decisiones institucionales con información más precisa y funcional.
El Pp E011 ha hecho un uso parcial de los resultados derivados de las evaluaciones (Diseño 2016 y Procesos 2020), las FM&E (2016-2023) y la auditoría de desempeño (2025) practicada por la ASF. Aunque el Pp ha generado acciones derivadas de los distintos ejercicios de revisión, no se advierte un uso sistemático ni plenamente documentado de sus resultados para establecer y dar seguimiento a ASM o acciones de mejora continua.	Reactivo 9 Sección VI. Resultados y Desempeño pp 57-61	Consolidar, con base en el Procedimiento 6BB2-003-001, un registro integral de observaciones y recomendaciones vinculadas al desempeño del Pp E011, que identifique su origen, tipo y clasificación (ASM, acción de mejora, observación, recomendación), área responsable, mecanismo de atención y evidencia de cumplimiento, precisando su carácter interno o público, mediante una integración operativa de la información y el aprovechamiento de los medios institucionales existentes.	Mejorar la transparencia y rendición de cuentas a través del seguimiento de las observaciones y recomendaciones orientadas a mejorar el desempeño del E011.

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis desarrollado para la evaluación.



RECOMENDACIONES

Con base en las recomendaciones descritas en la sección de hallazgos, el AE del IMSS, en coordinación con las UR del Pp E011, deberá realizar un análisis para determinar su viabilidad, conforme a un análisis de los criterios de claridad, justificación, relevancia y factibilidad. Para ello, se deberá llenar el siguiente cuadro:

Recomendación	Claridad	Relevancia	Justificación	Factibilidad
Fortalecer la argumentación técnica en el Diagnóstico, desarrollando justificaciones detalladas que articulen las intervenciones del programa (clínicas, preventivas, hospitalarias) con las metas específicas de los instrumentos de planeación.	<i>Cumple.</i> La recomendación es clara, específica y comprensible. Identifica de manera precisa la necesidad de fortalecer la narrativa causal entre las intervenciones del programa y los instrumentos de planeación nacional e institucional.	<i>Cumple.</i> Contribuye directamente a fortalecer la pertinencia estratégica del Pp E011 y su alineación con los objetivos institucionales y nacionales.	<i>Cumple.</i> La recomendación se sustenta en un hallazgo relevante: la alineación existente es principalmente descriptiva y requiere mayor profundidad analítica.	<i>Cumple.</i> Puede atenderse mediante ajustes documentales al Diagnóstico, dentro de las atribuciones del AE y las UR del programa.
Incorporar en el Diagnóstico un análisis explícito de la misión del programa, integrándola como parte fundamental de la revisión de la alineación estratégica con los instrumentos de planeación nacional	<i>Cumple</i> Define con precisión el elemento a incorporar y su finalidad.	<i>Cumple</i> Fortalece la coherencia institucional del diseño, aunque no modifica la lógica operativa del programa.	<i>Cumple</i> Al identificarse la omisión de un referente institucional clave en el Diagnóstico.	<i>Cumple.</i> Es un ajuste de carácter conceptual y documental.
Incorporar explícitamente en el Diagnóstico la vinculación sustantiva del Pp E031 que estará vigente a partir de 2026 con la Estrategia 2.7.7 del PND 2025–2030, reconociendo las acciones de equipamiento y gestión tecnológica que realiza el programa.	<i>Cumple</i> Se valida la claridad de la recomendación, dado que es fácilmente comprensible.	<i>Cumple</i> Se valida la relevancia de la recomendación, siempre y cuando se reconozca la adquisición de equipamiento dentro de los objetivos, de lo contrario las acciones serían de soporte.	<i>Cumple</i> Se valida la recomendación, derivado a que el hallazgo identificó la falta de esta estrategia que no muestra la contribución del programa hacia la capacidad instalada del del sistema de salud nacional.	<i>Cumple</i> Se valida la recomendación como factible, quedando a expensas que el plazo para que se realice no se alargue a más del 31 de diciembre de 2026.
Ampliar el análisis de vinculación en el Diagnóstico del Pp E011 para incluir de manera explícita las estrategias 1.2, 1.3, 1.5 y 1.6 del PIIMSS 2025–2030, clasificando su contribución específica a cada una de ellas (sustantiva, de soporte o de entorno) e incorporando las justificaciones correspondientes que sustenten dicha vinculación. En particular, se recomienda precisar que la aportación del programa es de carácter	<i>Cumple</i> Clara y estructurada, al identificar estrategias específicas y proponer su clasificación.	<i>Cumple</i> Permite reflejar el carácter multidimensional del programa.	<i>Cumple</i> El hallazgo identifica una vinculación parcial que puede fortalecerse.	<i>No cumple</i> Debido a que la estructura del Diagnóstico Ampliado establecida por la UPER solo contempla la alineación con 3 estrategias y son solo sustantivas. Se limita a un ajuste analítico del Diagnóstico.



sustantivo, al materializarse a través de la provisión de servicios médicos integrales en los tres niveles de atención orientados a reducir la morbilidad y mejorar el acceso efectivo a la atención a la salud de la población derechohabiente. Si bien la estructura del Diagnóstico Ampliado limita la alineación explícita a un número acotado de estrategias sustantivas, se considera pertinente valorar esta ampliación dada la naturaleza estratégica del Pp E011, cuya provisión integral de servicios de salud en los tres niveles incide de manera directa en múltiples estrategias institucionales.				
Incorporar en el apartado de Diseño Operativo del Diagnóstico una descripción clara y estructurada de los servicios médicos organizados conforme a los tres niveles de atención, basándose en los criterios clínicos, operativos y normativos de la LSS y modelos institucionales.	<i>Cumple</i> Define con precisión el contenido esperado y el marco normativo de referencia.	<i>Cumple</i> Mejora la comprensión del diseño y la lógica de intervención del programa.	<i>Cumple</i> Al identificarse una omisión relevante en la sistematización de los servicios.	<i>Cumple</i> Es factible, pero se deberán describir solo los servicios médicos contemplados en el Pp E011, no los correspondientes a todo el Instituto. Puede atenderse con información institucional ya existente.
Explicitar la complementariedad programática del Pp E011 y clarificar su delimitación funcional en el Diagnóstico, mediante el fortalecimiento del apartado de Análisis de similitudes o complementariedades con la incorporación de los Pp del IMSS con los que el Pp E011 mantiene relaciones de complementariedad (E001, E009 y K012). Este ajuste permitirá clarificar las fronteras funcionales entre los programas, delimitar con mayor claridad el alcance del Pp E011 y mejorar la comprensión de su diseño operativo para actores ajenos a su operación cotidiana, como dependencias de la APF, instancias evaluadoras y la ciudadanía.	<i>Cumple</i> Clara y bien estructurada, al desagregar la recomendación en acciones concretas.	<i>Cumple parcialmente</i> Se observa que al momento de especificar los servicios del E011, se descartarían a aquellos que se generan a través del Pp E001. Esto permitiría no duplicar la información. Contribuye a la transparencia operativa y presupuestaria.	<i>No cumple</i> Se pueden describir los servicios que otorga el E011, pero no con enfoque de delimitación con el E001, porque al ser programas diferentes es innecesario.	<i>Cumple parcialmente</i> A nivel documental puede realizarse la desagregación del E011 (E031), aunque requiere consensos entre las coordinaciones normativas.



Fortalecer el desarrollo de la teoría del cambio dentro de los instrumentos del Diagnóstico y asegurar que esta lógica causal ampliada se refleje directamente en la estructura de la MIR.	<i>Cumple</i> Clara, aunque de alcance amplio.	<i>Cumple</i> Es central para la coherencia metodológica del programa.	<i>Cumple</i> Derivada de un diagnóstico de integración incompleta de la lógica causal.	<i>Cumple</i> Es posible reflejar el problema del Pp E011 y su relación con las causas directas e indirectas mediante la descripción del panorama epidemiológico desde otra perspectiva. Requiere trabajo técnico especializado y coordinación entre áreas normativas.
Reestructurar el árbol del problema excluyendo las fallas operativas como causas directas e incorporando determinantes epidemiológicos y estructurales (curso clínico, factores de riesgo) que originan la morbilidad en la población derechohabiente. Para el análisis de los determinantes estructurales, se sugiere consultar el sustento teórico y bibliográfico de la respuesta al reactivo en la Sección II. En este se desarrolla la aplicación de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) al Pp E011 y se cita la literatura necesaria para transitar de fallas operativas hacia factores de riesgo y curso clínico. Dicha base documental justifica la reestructuración del árbol de problemas conforme a la realidad epidemiológica.	<i>Cumple</i> Muy clara y metodológicamente precisa.	<i>Cumple parcialmente</i> Es importante considerar que existen factores de riesgo sobre los que se puede incidir y otros en los que no, no es conveniente considerar factores subjetivos o que dependen totalmente del paciente, ya que no podría ser cuantificable con veracidad y precisión. Corrige una incongruencia metodológica relevante.	<i>Cumple parcialmente</i> En apego a la MML.	<i>Cumple</i> Es factible considerar solamente algunos determinantes. Es un ajuste conceptual y metodológico viable.
Reestructurar la secuencia lógica del árbol de objetivos para que sea congruente con el árbol del problema ajustado conforme a la MML, asegurando que los medios reflejen la secuencia completa de intervenciones de salud (prevención secundaria, tratamiento, rehabilitación) necesarias para reducir la morbilidad según la complejidad clínica y evitando que medios operativos o insumos institucionales se presenten como fines en sí mismos. La adecuación del árbol de objetivos debiera realizarse sin incorporar nuevos procesos operativos ni generar requerimientos adicionales de información o reporte. Al	<i>Cumple</i> Clara y congruente con la recomendación anterior.	<i>Cumple</i> Asegura coherencia interna del diseño.	<i>Cumple</i> Cualquier ajuste en las causas directas o indirectas, invariablemente modifica el árbol del problema y de objetivos. Al derivarse de un problema metodológico identificado.	<i>Cumple</i> Es factible considerar solamente algunos determinantes. Asociado con el anterior.



respecto, los ajustes propuestos al ISD asociado al árbol de objetivos -tal como se propone en las recomendaciones derivadas de la respuesta al reactivo 4-, privilegian el uso de indicadores ya existentes en la MIR vigente y en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, y, cuando se identificaron oportunidades para fortalecer la medición de resultados a nivel Propósito, se propone el análisis de su factibilidad para su implementación gradual.				
Fortalecer el Diagnóstico profundizando en la descripción de la situación actual con base en determinantes epidemiológicos, recurrencia y carga financiera, estableciendo una narrativa lógica que fundamente el problema de "alta morbilidad" y justifique las intervenciones seleccionadas.	<i>Cumple</i> Clara, aunque amplia en su alcance.	<i>Cumple</i> Fortalece la justificación técnica del programa.	<i>Cumple</i> Al identificarse debilidades narrativas y analíticas.	<i>Cumple</i> Es posible reflejar el problema del Pp E011 y su relación con las causas directas e indirectas mediante la descripción del panorama epidemiológico desde otra perspectiva. Requiere integración de información existente y capacidades analíticas.
Realizar un análisis conjunto entre las distintas Coordinaciones Normativas que participan en la gestión del programa para determinar la factibilidad de implementación de las siguientes recomendaciones a la lógica vertical de la MIR: a) Elevar el suministro de medicamentos del nivel de actividad al de componente por su carácter estratégico para la continuidad del tratamiento. b) Ajustar la redacción de los componentes sustantivos para describir con mayor precisión los resultados directos de los servicios institucionales y su correspondencia con los distintos niveles de atención. c) Incorporar o desagregar actividades en algunos componentes cuando ello contribuya a fortalecer la coherencia operativa presentada en la MIR. En la respuesta al reactivo 4 se presenta una propuesta de MIR con fines orientativos y que presenta las sugerencias de	<i>Cumple</i> La recomendación plantea de manera clara la necesidad de revisar la lógica vertical del programa para fortalecer la alineación entre servicios, componentes y actividades en los distintos niveles de atención; sin embargo, requiere precisar la naturaleza de cada elemento de la cadena de resultados para distinguir entre procesos operativos y resultados directos. Clara, aunque técnicamente compleja.	<i>Cumple</i> La revisión de la lógica vertical es relevante para mejorar la consistencia del diseño de la MIR y fortalecer el seguimiento del desempeño del programa, particularmente en la provisión de servicios médicos y su medición por resultados. Mejora la coherencia causal del programa.	<i>Cumple</i> Cualquier ajuste en las causas directas o indirectas, invariablemente modifica el árbol del problema y de objetivos. Resulta pertinente revisar la congruencia entre los distintos niveles de la MIR para asegurar que los componentes representen resultados directos de los servicios médicos y que las actividades correspondan a procesos operativos que los habilitan. En este sentido, si bien el suministro de medicamentos es un elemento estratégico para la continuidad del tratamiento, su	<i>Cumple</i> No obstante, y derivado de lo que resulte de este análisis se verá la posibilidad de implementar la totalidad de las recomendaciones o no de la lógica vertical. No obstante, la reubicación del suministro de medicamentos a nivel de componente no resulta viable, ya que generaría inconsistencias en la lógica vertical de la MIR por lo que se propone mantenerlo como actividad estratégica con seguimiento específico.



mejora a la lógica vertical para reflejar de manera más precisa la cadena de resultados o teoría del cambio del programa.			naturaleza corresponde a un proceso operativo de soporte y no a un resultado sustantivo del programa, por lo que no resulta viable su elevación al nivel de componente.	
Realizar un análisis conjunto entre las distintas Coordinaciones Normativas que participan en la gestión del programa para determinar la factibilidad de implementación de las siguientes recomendaciones a la lógica horizontal de la MIR: a) Fortalecer el nivel de Propósito incorporando indicadores adicionales vinculados con cobertura y calidad de la atención. b) Actualizar indicadores clave utilizando versiones armonizadas del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM), particularmente para oportunidad quirúrgica, consulta especializada y estancia prolongada. c) Reubicar y ajustar indicadores de actividad, priorizando el uso de indicadores relativos y asegurando su coherencia con la capacidad instalada y procesos operativos. d) Incorporar mediciones complementarias relacionadas con procesos prioritarios de atención -incluida la salud materna y neonatal-, y con los niveles de atención, utilizando indicadores ya existentes en la MIR vigente y en el MMIM. En la respuesta al reactivo 4 se incluyen las propuestas de indicadores y se presenta una propuesta de MIR con fines orientativos y que presenta las sugerencias de mejora a la lógica horizontal para fortalecer el	<i>Cumple</i> La recomendación define de manera precisa las acciones para fortalecer la lógica horizontal del programa, al identificar ajustes específicos en el nivel de Propósito, la actualización metodológica de indicadores, la revisión de indicadores de actividad y la incorporación de mediciones complementarias por tipo de servicio y nivel de atención.	<i>Cumple parcialmente</i> A nivel de propósito se encuentra el objetivo central del Pp, por lo que se analizará la relevancia de incluir un indicador de calidad de la atención para este nivel de la MIR. La recomendación contribuye a mejorar la calidad, consistencia y utilidad de los indicadores de desempeño, fortaleciendo la medición de cobertura, calidad y oportunidad de los servicios médicos otorgados por el programa.	<i>Cumple parcialmente</i> A nivel de propósito se encuentra el objetivo central del Pp, por lo que se analizará la inclusión de un indicador de calidad de la atención para este nivel de la MIR. El documento sustenta la necesidad de armonizar indicadores conforme al Manual Metodológico de Indicadores Médicos, revisar la pertinencia de los indicadores de actividad y fortalecer el nivel de Propósito, a fin de asegurar coherencia metodológica y una medición más integral del desempeño institucional.	<i>Cumple parcialmente</i> No obstante, y derivado de lo que resulte de este análisis se verá la posibilidad de implementar la totalidad de las recomendaciones o no de la lógica horizontal. Por otro lado, la atención de la recomendación es factible mediante un análisis coordinado entre las Coordinaciones Normativas, utilizando información institucional y marcos metodológicos vigentes, sin requerir modificaciones estructurales inmediatas al programa.



seguimiento los resultados del programa.				
En su caso, y como resultado del ejercicio de análisis conjunto entre la Dirección de Prestaciones Médicas, la Dirección de Administración y la Dirección de Finanzas, valorar la incorporación formal de las Coordinaciones Normativas que participan en el otorgamiento de los servicios médicos al diseño operativo del Pp E011. Lo anterior, con el propósito de identificar y, en su caso, integrar actividades sustantivas a cargo de dichas áreas dentro de la MIR, así como sus respectivos indicadores de desempeño, los cuales podrían alinearse o derivarse del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) vigente.	<i>Cumple</i> Define de manera precisa la necesidad de revisar y/o ajustar de forma integral las actividades y alcance incorporadas en la MIR. Clara, pero de alcance institucional.	<i>Cumple</i> La revisión y/o incorporación de otras coordinaciones normativas, permitirá reflejar la importancia del programa para el Instituto.	<i>Cumple</i> Derivado del análisis que resulte de las adecuaciones anteriores, se reflejará la necesidad de incorporar a otras Coordinaciones Normativas que participen en el Programa presupuestario. Esto igualmente, permitirá formalizar a las que actualmente se encuentran.	<i>Cumple</i> La recomendación es factible de atender mediante un análisis coordinado entre las áreas normativas, con base en información histórica y sin requerir cambios estructurales a los sistemas de información Trasciende las atribuciones directas del programa.
Realizar una revisión integral de la definición y la metodología de cálculo de las poblaciones del Pp E011, sin depender de la disponibilidad o estructura de los registros institucionales, incorporando de manera gradual procesos de desduplicación analítica con base en la información existente, que permitan fortalecer la identificación de personas únicas sin implicar ajustes inmediatos a los sistemas operativos. El equipo evaluador propone las siguientes definiciones: Potencial: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a lo establecido en la LSS. Objetivo: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS y que requieren atención médica. Atendida: Personas con derecho a recibir prestaciones médicas conforme a la LSS, y que reciben atención en las unidades médicas del IMSS. El detalle de las recomendaciones para la cuantificación se presenta en la respuesta al reactivo 5.	<i>Cumple</i> Clara y conceptualmente sólida.	<i>Cumple</i> Especialmente para el tercer nivel de atención.	<i>Cumple</i> Desde la MML.	<i>Cumple</i> Es factible, pero es importante considerar que, si en la población atendida se contemplará al derechohabiente que haya recibido al menos alguna atención en cualquier de los 3 niveles, actualmente no existe alguna forma de poder contabilizar solamente una atención e invalidar en la suma las demás que haya recibido. Requiere desarrollos analíticos graduales y coordinación interinstitucional.



Realizar un análisis conjunto entre la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Administración, con la asesoría técnica de la Dirección de Finanzas, para identificar e integrar en el diseño operativo del Pp E011 a aquellas Coordinaciones Normativas que, de acuerdo con las funciones establecidas en sus Manuales de Organización vigentes y la trazabilidad de su ejercicio del gasto, participan directamente o brindan soporte indispensable en la provisión de los servicios médicos del programa.	<i>Cumple</i> Define de manera precisa la necesidad de revisar y/o ajustar de forma integral las actividades y alcance incorporadas en la MIR. Clara, pero de alcance institucional.	<i>Cumple</i> La revisión y/o incorporación de otras coordinaciones normativas, permitirá reflejar la importancia del programa para el Instituto.	<i>Cumple</i> Derivado del análisis que resulte de las adecuaciones anteriores, se reflejará la necesidad de incorporar a otras Coordinaciones Normativas que participen en el Programa presupuestario. Esto igualmente, permitirá formalizar a las que actualmente se encuentran.	<i>Cumple</i> La recomendación es factible de atender mediante un análisis coordinado entre las áreas normativas, con base en información histórica y sin requerir cambios estructurales a los sistemas de información Trasciende las atribuciones directas del programa.
Realizar una revisión integral y coordinada de las metas de los indicadores de la MIR del Pp E011, con el fin de valorar su actualización y ajuste, considerando el comportamiento histórico de los indicadores, los cambios en las estrategias operativas, la demanda de servicios médicos y la capacidad operativa del instituto. En su caso, este ejercicio debería permitir: a) actualizar metas anuales para que reflejen tendencias observadas y condiciones reales de operación; b) ajustar metas insuficientemente exigentes o técnicamente incongruentes, tanto en indicadores de comportamiento ascendente como descendente; c) revisar metas que permanecen sin cambios durante varios ejercicios fiscales; y d) asegurar la coherencia técnica entre metas aprobadas y metas ajustadas, con sustento metodológico documentado.	<i>Cumple</i> Muy clara y detallada.	<i>Cumple</i> Es relevante su realización integral.	<i>Cumple</i> Dado que se observa la necesidad del ajuste.	<i>Cumple</i> Es factible, realizar el ajuste en el cálculo de las metas para el ejercicio fiscal 2026. Mediante trabajo técnico coordinado.
Consolidar, con base en el Procedimiento 6BB2-003-001, un registro integral de observaciones y recomendaciones vinculadas al desempeño del Pp E011, que identifique su origen, tipo y clasificación (ASM, acción de mejora, observación, recomendación), área responsable, mecanismo de atención y evidencia de cumplimiento, precisando su	<i>Cumple</i> Es clara la recomendación.	<i>Cumple</i> Es relevante, dada la importancia para el seguimiento de las recomendaciones tanto para las recomendaciones derivadas de las auditorías como de las evaluaciones externas.	<i>Cumple</i> A pesar de que los documentos de atención a ASM son debidamente publicados, y por el lado de las auditorías es otra área que la realiza por lo que se puede valorar su implementación con	<i>Cumple parcialmente</i> Es factible, aunque ya se realiza este registro de manera interna para ASM. En el caso de las auditorías, se puede valorar su implementación con el área correspondiente.



carácter interno o público, mediante una integración operativa de la información y el aprovechamiento de los medios institucionales existentes.		Lo anterior, para la mejora continua y rendición de cuentas.	el área correspondiente.	
---	--	--	--------------------------	--

Fuente: Elaboración por parte de las Unidades Responsables del IMSS.



ANEXOS

ANEXO 1. FICHA TÉCNICA DE DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

Anexo 1. Ficha Técnica de datos generales de la evaluación	
Nombre de la evaluación	Evaluación de Consistencia y Resultados al Pp E011 "Atención a la Salud"
Nombre y clave del programa evaluado	E011 "Atención a la Salud"
Ramo	50 GYR Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad(es) Responsable(s)	Coordinación de Unidades de Primer Nivel - Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Unidades de Segundo Nivel - Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad - Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Vigilancia Epidemiológica - Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Control de Abasto - Dirección de Administración Coordinación de Conservación y Servicios Generales - Dirección de Administración
PAE de origen	PAE 2025
Año de conclusión y entrega de la evaluación	2025
Tipo de evaluación	Evaluación de Consistencia y Resultados
Nombre de la Instancia Evaluadora	Consultores en Innovación, Desarrollo y Estrategia Aplicada S.C. Idea Consultores
Nombre del(a) coordinador(a) de la evaluación	Aleida Salguero Galdeano
Nombre de los(as) principales colaboradores(as) de la instancia evaluadora	Magda Rocío Aparicio Cedillo María Eugenia Serrano Diez Karina Yannet Cerón Hernández
Unidad Administrativa Responsable de dar seguimiento a la evaluación (Área de Evaluación)	Coordinación de Presupuesto e Información Programática, Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño; Unidad de Operación Financiera - Dirección de Finanzas
Procedimiento de contratación de la Instancia Evaluadora	Licitación pública nacional electrónica
Costo total de la evaluación con IVA incluido	\$899,000.00 con IVA incluido
Fuente de financiamiento	Recursos propios



ANEXO 2. DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCESOS CLAVES DEL PP

El presente anexo compila la representación gráfica de los procesos neurálgicos relacionados con el E011. Con el objetivo de ofrecer una comprensión integral de la operación, cada proceso clave se aborda mediante una estructura dual: inicialmente se presenta un Diagrama de Alto Nivel (Diagrama PEPSU), que contextualiza el flujo global de valor, proveedores y usuarios, seguido inmediatamente por su correspondiente Diagrama de Flujo detallado. Esta visualización secuencial permite identificar con claridad las actividades, puntos de decisión, responsabilidades y la interacción entre áreas, asegurando el apego al marco normativo institucional vigente previamente analizado.

i. Primer nivel de atención: Atención Médica Integral y preventiva

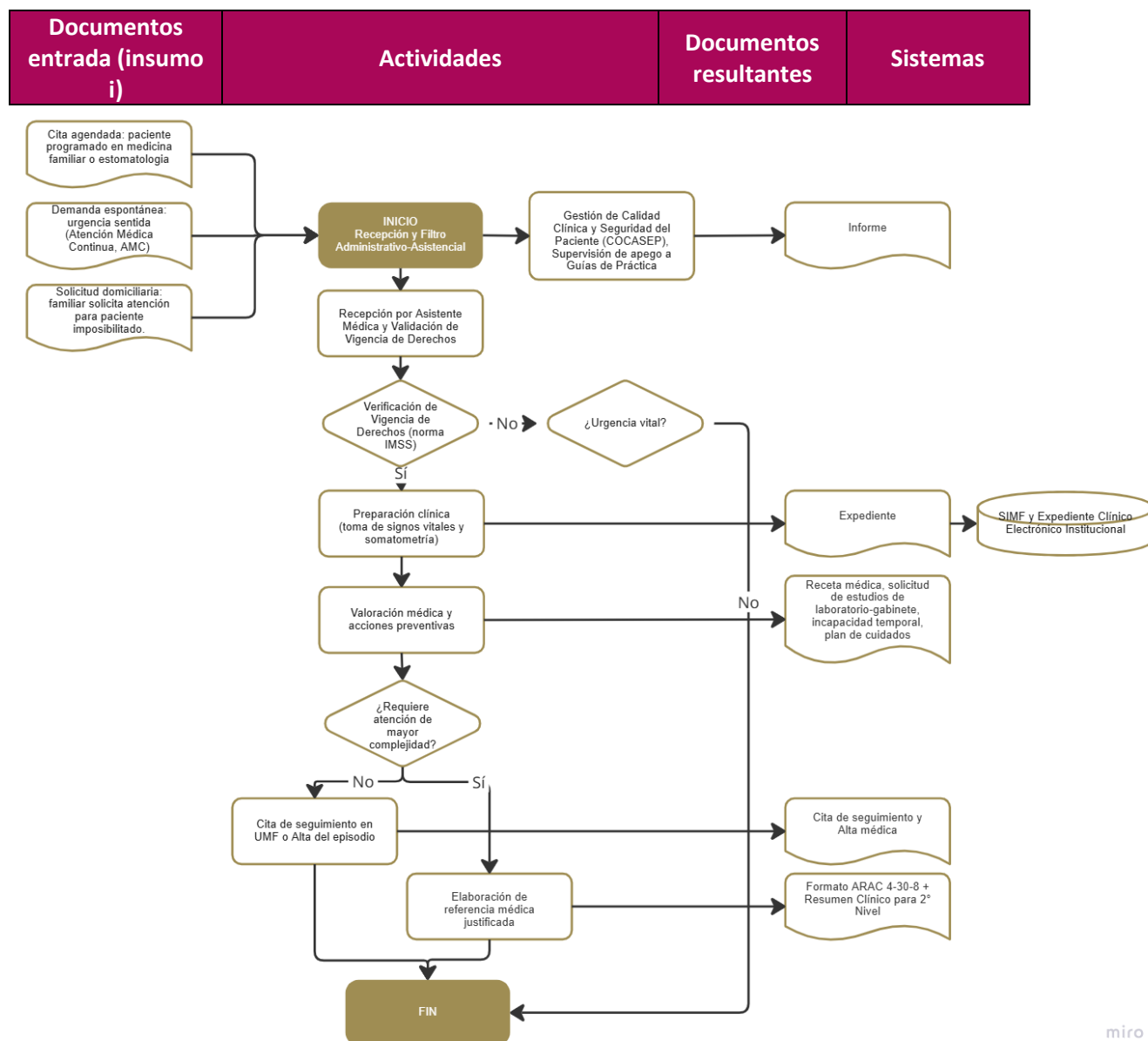
El macroproceso de **Primer nivel de atención: Atención Médica Integral y Preventiva** constituye el cimiento funcional y la puerta de entrada principal al sistema de salud institucional, enmarcado estrictamente en las acciones clínicas del programa presupuestario E011. Este proceso se focaliza en otorgar atención médica individualizada y longitudinal a la población derechohabiente, ya sea dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar (mediante cita programada o demanda espontánea) o a través de la visita domiciliaria médica para pacientes imposibilitados. Su núcleo operativo es la valoración clínica completa realizada por el Médico Familiar y su equipo multidisciplinario, quienes integran en un mismo acto de salud el diagnóstico y tratamiento oportuno de padecimientos agudos y crónicos con la ejecución de acciones preventivas personalizadas, resolviendo la mayoría de las necesidades de salud en el primer contacto y determinando con criterio clínico la necesidad de derivación a niveles de mayor complejidad.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Persona derechohabiente / Familiar o tutor (para pacientes postrados)	Solicitud de Acto Médico Individual: 1. Cita programada (consultorio). 2. Demanda espontánea (Atención Médica Continua). 3. Solicitud justificada de Visita Domiciliaria Médica (paciente imposibilitado).	Recepción y Preparación del Acto Clínico Validación de derechos y cita. Registro de signos vitales y somatometría (en módulo o durante visita). Integración/revisión del expediente clínico para el médico.		
		Atención Médica Integral (Intramuros o Domiciliaria) Valoración clínica individualizada por Médico Familiar (en		



		consultorio o domicilio). Ejecución de acciones preventivas específicas persona a persona (Ej. vacunación, detecciones por Enfermería).		
		Referencia a Nivel Superior Determinación clínica de la necesidad de traslado a especialista.		
		4. Registro Clínico en Sistemas Institucionales		
		Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente (Enfoque Clínico) Sesiones de análisis de comités Supervisión operativa y auditoría de expediente.	Atención Médica Integral Otorgada (Diagnóstico, Tratamiento y Prevención)	Derechohabiente / Paciente

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



miro

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.

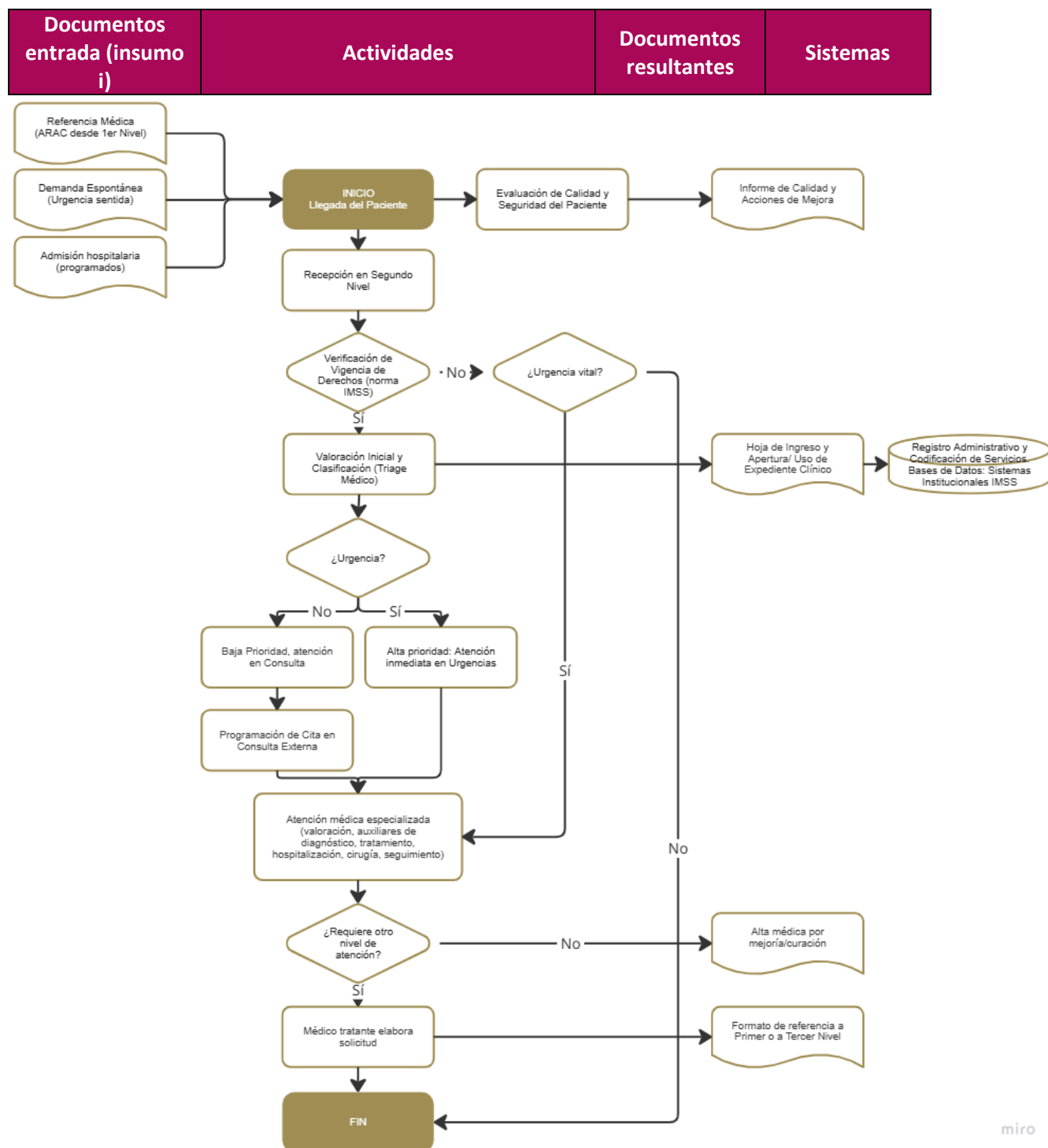


ii. Segundo nivel de atención: Atención Médica Especializada

El macroproceso **“Segundo nivel de atención: Atención Médica Especializada”**, constituye el eje operativo de la atención médica especializada en el Instituto. Su objetivo es gestionar el flujo eficiente y normado de pacientes que requieren servicios de mayor complejidad que el primer nivel. El proceso abarca desde la recepción y validación estricta del derecho a la atención, pasando por la priorización del motivo de consulta (triage) y el núcleo de la atención especializada (diagnóstico, tratamiento, hospitalización), hasta la determinación de su destino final mediante mecanismos de alta por mejoría o la coordinación para su traslado a otro nivel de atención, asegurando la continuidad asistencial.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Unidad médica del primer nivel de atención / Paciente	Solicitud de atención médica especializada (Referencia o Urgencia)	Recepción, Triage (clasificación de gravedad), validación de derechos y admisión hospitalaria.		
		Valoración por el médico especialista e integración de estudios de diagnóstico avanzados.		
		Ejecución del acto médico especializado (Cirugía, tratamiento hospitalario o consulta de especialidad).		
		Egreso hospitalario, contrarreferencia a primer nivel y registro en sistemas institucionales.	Atención Médica Especializada Otorgada (Resolución clínica o estabilización)	Derechohabiente / Paciente

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



miro

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



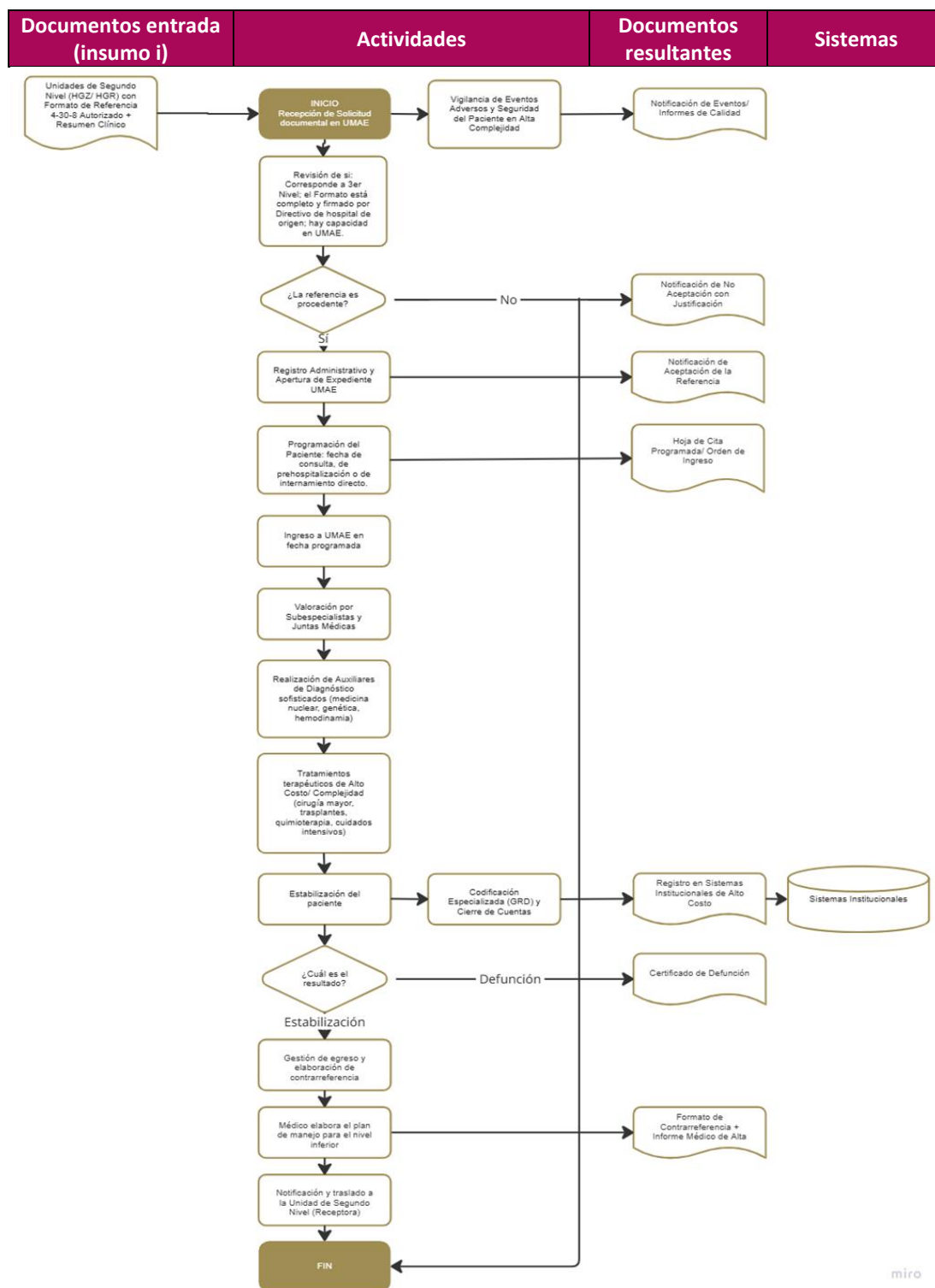
iii. Tercer nivel de atención: Atención Médica de Alta Especialidad

El macroproceso de “**Tercer nivel de atención: Atención Médica de Alta Especialidad**” constituye el vértice operativo de la red de servicios de salud institucional, desarrollado en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). A diferencia de los niveles precedentes, este macroproceso se distingue por un modelo de acceso restringido y regulado; no atiende demanda espontánea, activándose exclusivamente a través del mecanismo formal de referencia médica proveniente, predominantemente¹⁵, de las unidades de Segundo Nivel (Hospitales Generales de Zona y Regionales) cuando su capacidad resolutoria ha sido superada.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Unidades de Segundo Nivel/ Paciente	Solicitud de atención de alta especialidad (Referencia 4-30-8)	Recepción del paciente, validación normativa de la referencia y triage de alta especialidad.		
		Valoración por el cuerpo médico de la UMAE y determinación de la viabilidad del protocolo de alta complejidad.		
		Programación y diseño del plan de intervención especializada (quirúrgico, trasplante, oncológico o diagnóstico complejo).		
		Ejecución del acto médico de alta especialidad y estabilización del paciente.		
		Emisión de la contrarreferencia a la unidad de origen, informe médico de egreso y registro en sistemas institucionales (GRD/Codificación).	Médica de Alta Especialidad Otorgada (Resolución de alta complejidad)	Derechohabiente / Paciente

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.

¹⁵ Aunque la vía ordinaria de ingreso es a través de la referencia expedida por los Hospitales Generales de Zona o Regionales (Segundo Nivel), la normativa institucional y los Protocolos de Atención Integral (PAI) facultan mecanismos de excepción para el ingreso directo: 1) Referencia Directa del Primer Nivel (UMF): En situaciones de urgencia crítica donde el tiempo es vital (ej. activación de Código Infarto para angioplastia primaria) o rutas de atención prioritaria (ej. sospecha de cáncer infantil referida a centros ONCOCREAN en UMAE). 2) Referencia Horizontal (Inter-UMAE): Derivaciones entre Unidades de Alta Especialidad para complementación terapéutica (ej. de un Hospital de Traumatología a un Hospital de Cardiología). 3) Admisión Continua (Urgencias): Ingreso directo de pacientes con inestabilidad hemodinámica o riesgo funcional grave que acuden espontáneamente a UMAE con servicio de Admisión Continua, conforme a la NOM-027-SSA3-2013



Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



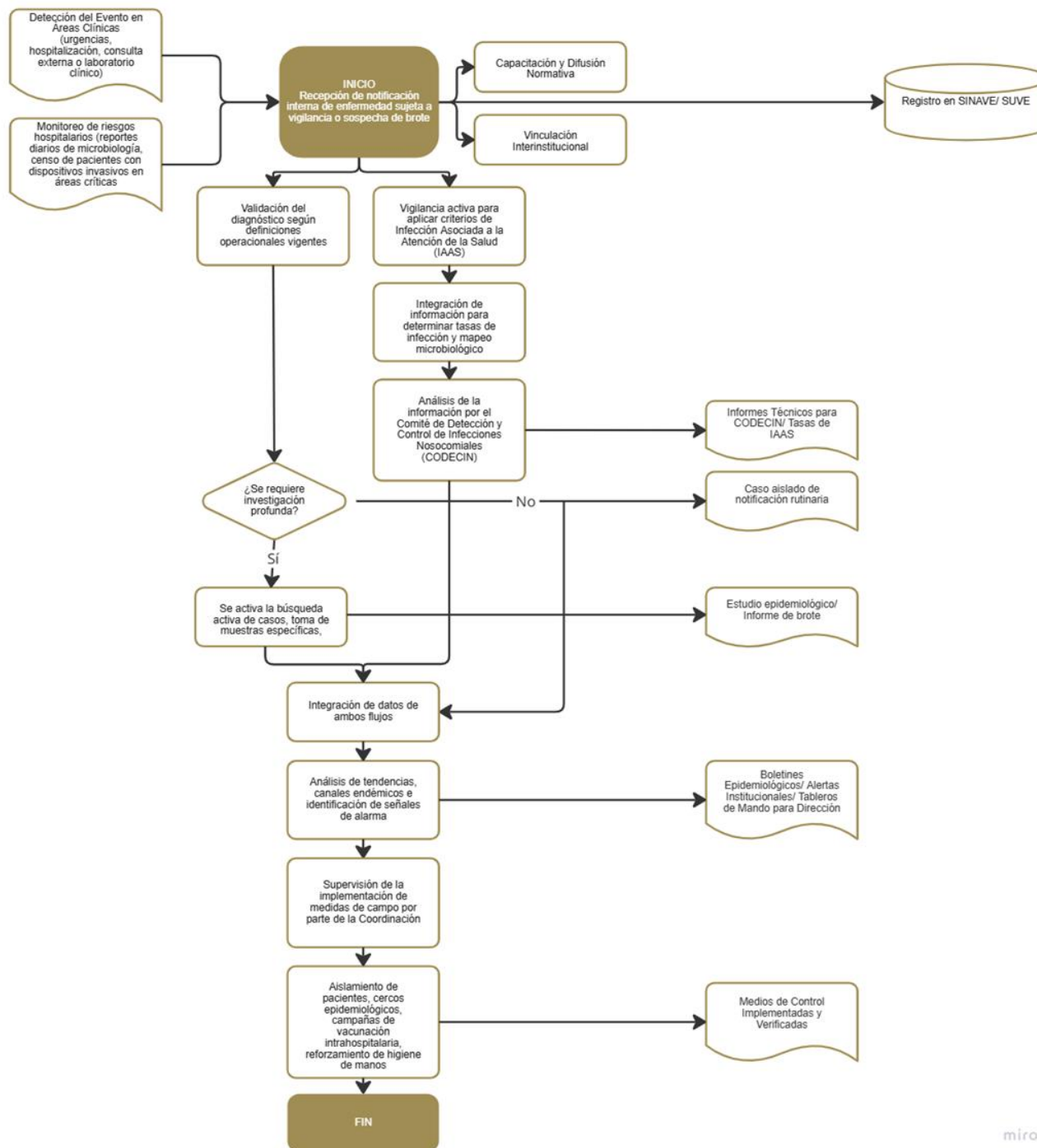
iv. Vigilancia Epidemiológica

El macroproceso de “**Vigilancia Epidemiológica**” funciona como el sistema de inteligencia epidemiológica de la unidad médica. Su objetivo es detectar, notificar, investigar y analizar riesgos a la salud (enfermedades transmisibles, no transmisibles, brotes y eventos asociados a la atención) para dirigir las acciones de control oportunas. El flujo se divide en dos vertientes principales: la vigilancia poblacional general o comunitaria y la vigilancia hospitalaria específica (IAAS), apoyadas por procesos de análisis y soporte.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Unidades Médicas (Servicios Clínicos y Laboratorios)	Información de eventos sujetos a vigilancia (Casos, brotes o IAAS)	Captación, registro y validación inicial de la sospecha del caso o evento adverso.		
		Investigación epidemiológica de campo, toma de muestras y estudio de cadenas de transmisión.		
		Generación de inteligencia sanitaria (Boletines, análisis de tendencias y planes de respuesta).		
		Implementación de medidas de control, cercos sanitarios, vacunación y acciones del CODECIN.		
		Reporte oficial a plataformas nacionales (SINAVE/RHOVE) y difusión de alertas institucionales.	Reporte y Control de la Situación Epidemiológica Institucional	Autoridad Sanitaria y Cuerpo de Gobierno

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.

Documentos entrada (insumo i)	Actividades	Documentos resultantes	Sistemas
----------------------------------	-------------	------------------------	----------



miro

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



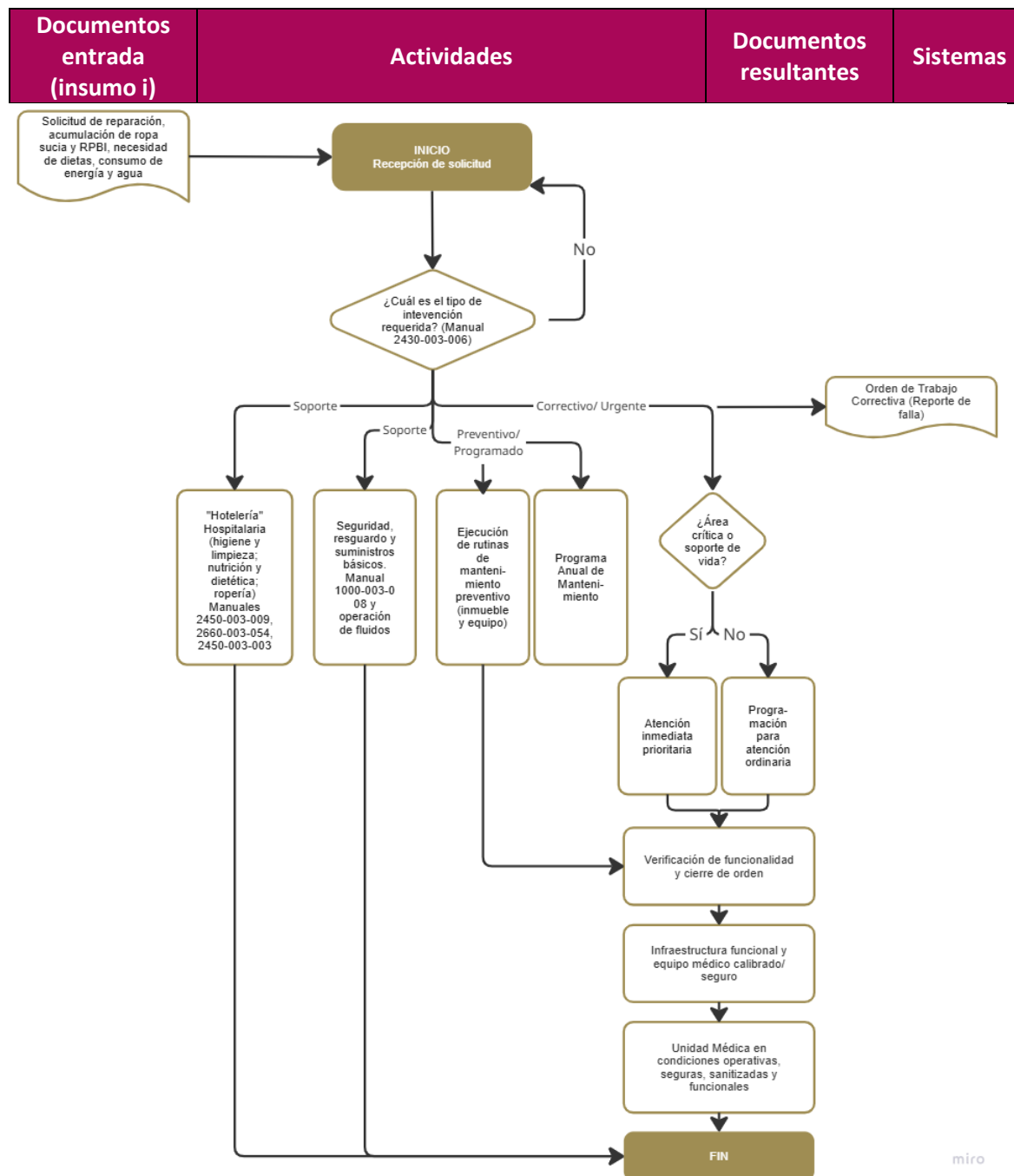
v. Soporte Operativo y de Seguridad a la Atención Médica

El Macroproceso de Soporte Operativo y Seguridad a la Atención Médica constituye el pilar funcional indispensable sobre el que opera toda la red de servicios. A diferencia de los procesos sustantivos enfocados en el acto clínico directo, este macroproceso integra funciones transversales bajo la responsabilidad compartida de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales (adscrita a la Dirección de Administración) y la Dirección de Prestaciones Médicas (en lo referente a Nutrición), cuyo objetivo es garantizar las condiciones físicas y operativas en los tres niveles de atención.

Su alcance abarca la gestión del ciclo de vida de la infraestructura y el equipamiento médico (mantenimiento preventivo y correctivo), la provisión de servicios complementarios en áreas de hospitalización (higiene, limpieza y ropería), los servicios de alimentación a pacientes, el suministro de energéticos, así como el aseguramiento de los inmuebles y la Protección Civil. La ejecución eficaz de este macroproceso es un prerrequisito para la continuidad de las operaciones clínicas y la seguridad de pacientes y personal.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Áreas Clínicas y Administrativas	Requerimientos de servicios de soporte, suministro y seguridad	Programación de servicios (mantenimiento, dietas, limpieza) y verificación de disponibilidad de insumos y energéticos.		
		Servicios Evaluación de prioridades operativas, reportes de fallas y validación de necesidades específicas (dietas o áreas críticas).		
		Producción de servicios (elaboración de dietas, higienización de ropa, preparación de insumos para mantenimiento).		
		Ejecución del soporte técnico, suministro de fluidos/gases, limpieza de áreas y vigilancia patrimonial.		
		Entrega de servicios, cierre de órdenes de trabajo, registro de consumos y reporte de condiciones de seguridad.	Entorno Hospitalario Seguro, Funcional y Sustentable	Unidad Médica (Personal y Pacientes)

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



*El término 'Hotelaría Hospitalaria' se utiliza en este análisis como una categoría funcional para agrupar los servicios de soporte no clínico indispensables para el confort y la seguridad sanitaria del paciente durante su internamiento. Aunque operativamente recaen en distintas áreas (Servicios Complementarios y Nutrición), estos procesos integran una cadena de valor única regulada por el Procedimiento para la higiene y limpieza en unidades médicas (Clave 2450-003-009), el Procedimiento de operación de ropería (Clave 2450-003-003) y los lineamientos de alimentación hospitalaria.

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



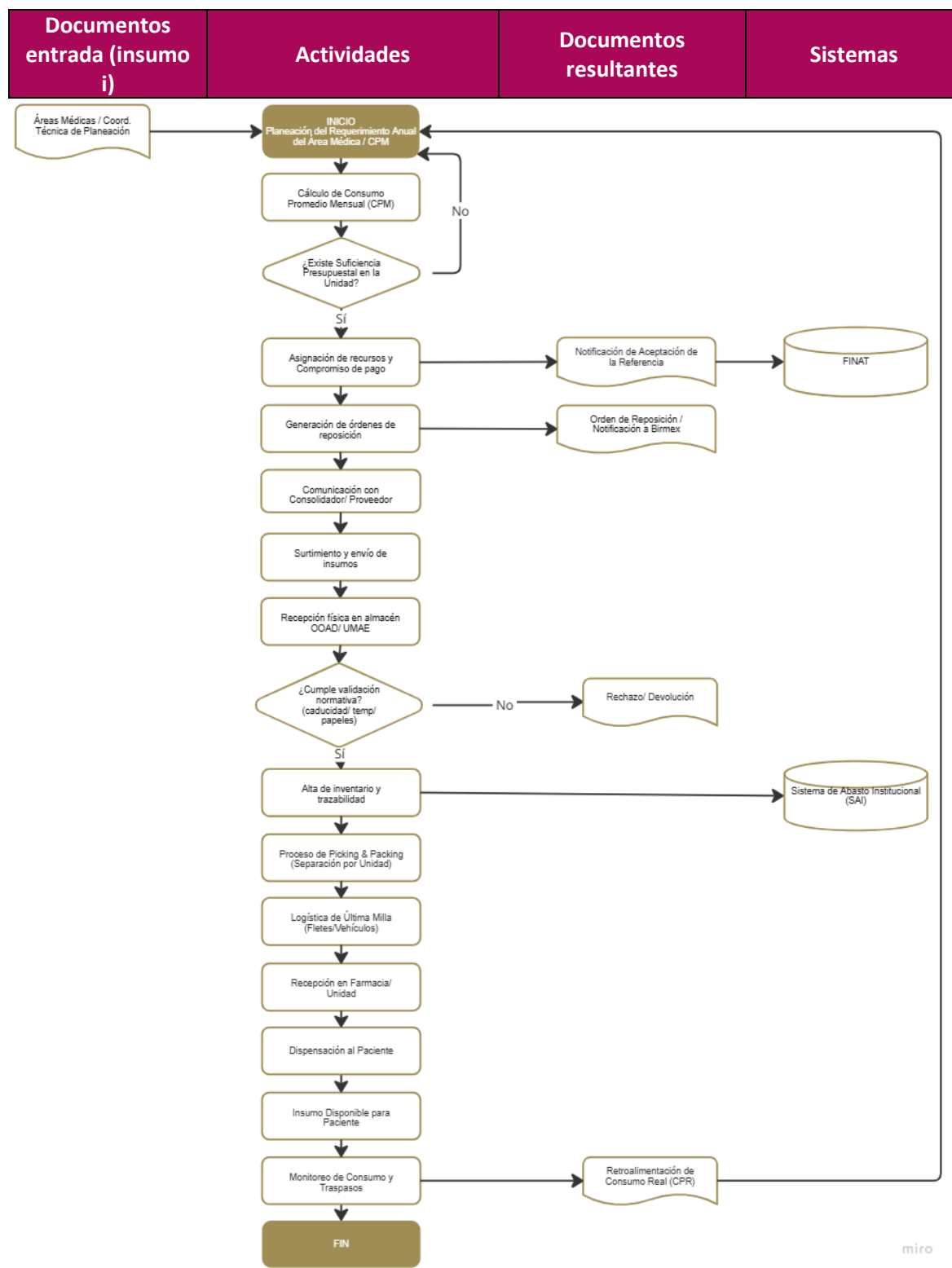
vi. Gestión Integral de la Cadena de Suministro de Insumos para la Salud

El macroproceso de Gestión Integral de la Cadena de Suministro de Insumos para la Salud constituye la columna vertebral logística y financiera indispensable para materializar la atención médica del PpE011. Más allá de una función administrativa de compra, este macroproceso articula la estrategia de aprovisionamiento institucional —bajo la rectoría de la Coordinación de Control de Abasto y sus áreas técnicas de Planeación, y Análisis y Seguimiento—, cuyo objetivo primordial es garantizar la disponibilidad oportuna de bienes terapéuticos y no terapéuticos en todos los puntos de servicio.

Su alcance es transversal y de alta complejidad, abarcando desde la integración de la planeación financiera y la asignación de suficiencia presupuestal basada en Consumos Promedio Mensuales (CPM), pasando por la gestión interinstitucional con entes consolidadores federales y el control normativo del almacenamiento (incluyendo el manejo crítico de red de frío y farmacovigilancia), hasta la ejecución de la logística de distribución y la entrega de "última milla" en las unidades médicas. La sincronización eficaz de estos componentes es el prerequisite para evitar interrupciones en el servicio clínico y asegurar que el insumo correcto llegue al paciente correcto.

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Áreas Médicas y Técnicas de Planeación	Requerimiento de Insumos para la Salud (basado en Consumo Promedio Mensual)	Integración de necesidades institucionales y asignación de suficiencia presupuestal.		
		Gestión del suministro mediante la emisión de órdenes de reposición y validación de contratos.		
		Recepción física, validación sanitaria y registro de insumos en el inventario institucional (SAI).		
		Ejecución de la logística de "última milla" y distribución física de insumos a las unidades médicas y farmacias.		
		Monitoreo de niveles de existencia, control de claves negadas y reporte de trazabilidad del consumo real.	Insumos Médicos y Terapéuticos Disponibles para la Atención	Derechohabiente / Paciente

Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



Fuente: Elaboración propia con información de los documentos normativos y las entrevistas grupales.



ANEXO 3. FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Anexo 3. Fuentes de información de la evaluación

La Instancia Evaluadora deberá registrar todas las fuentes de información utilizadas en la evaluación, considerando aquellas proporcionadas por el Pp evaluado y las recolectadas por la propia instancia evaluadora durante el análisis de gabinete y/o análisis cualitativo, esto es, el Instrumento de Diseño; documentos normativos e institucionales; informes o estudios nacionales e internacionales, fuentes de información y estadísticas oficiales, registros administrativos, entre otros.

Se sugiere utilizar algún estilo de referenciación, por ejemplo, el estilo American Psychological Association (APA) para referenciar y presentar las fuentes de información.

Finalmente, se sugiere registrar y clasificar las fuentes de información, de acuerdo con el tipo de material empleado, tal como se muestra a continuación.

Documentos normativos e institucionales

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2014). *Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica crónica (GPC IMSS-722-14)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2008a). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención (GPC IMSS-006-08)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2008b). *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención (GPC IMSS-076-08)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2008c). *Intervenciones de enfermería en la atención del paciente hospitalizado (GPC IMSS-028-08)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2008d). *Vigilancia y manejo del parto (GPC IMSS-048-08)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2009). *Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención (GPC IMSS-176-09)*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2010). *Triaje hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias médicas (GPC IMSS-363-10)*. Secretaría de Salud.
- Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER, 2023). *Sistema de Evaluación del Desempeño*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.gob.mx/conamer/documentos/sistema-de-evaluacion-del-desempeno>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de octubre de 2025. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (1973). *Ley del Seguro Social*. Última reforma publicada el 29 de diciembre de 1994. Disponible en https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/4129_LSS_1973.pdf
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2006). *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH)*. Última reforma publicada el 16 de julio de 2025. Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (1995). *Nueva Ley del Seguro Social*. Última reforma publicada el 07 de junio de 2024. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSS.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (DOF, 2016). *Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno*. Secretaría de la Función Pública.
- Diario Oficial de la Federación (DOF, 2025). *Programa Sectorial de Salud 2025-2030*. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025#gsc.tab=0
- Gobierno de México (2025). *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*. Disponible en <https://www.gob.mx/presidencia/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2030-391771>
- Gobierno de México (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0



- Gobierno de México (2025). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2025 – Ramo 50 IMSS*. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/InformacionFinanciera/presupuestal/2025/PEF-2025-FEIMSS.pdf>
- Gobierno de México (2025). Programa Institucional del IMSS 2025-2030. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/PIIMSS-2025-2030.pdf> Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025). *Diagnóstico Ampliado del Programa presupuestario E031 “Servicios de atención a la Salud”*. Documento interno en PDF.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024a). *Diagnóstico del Programa presupuestario E011 “Atención a la Salud”*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/diag/E011-2024-Diagnostico.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022a). *Diagnóstico del Programa Presupuestario E011 “Atención a la Salud”*. Dirección de Planeación y Evaluación. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/diag/E011-2022-Diagnostico.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, varios a). *Documentos Institucionales 2016-2024 del Pp E011*. Apartado Aspectos Susceptibles de Mejora. Disponibles en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, varios b). *Documentos de Trabajo 2021-2024 del Pp E011*. Apartado Aspectos Susceptibles de Mejora. Disponibles en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2016). *Evaluación en Materia de Diseño, Programa Presupuestario E011*. Portal de internet consultado en noviembre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011/2016-evaldis>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. a). *Ficha de evaluación del Pp E011 2022-2023*. Disponibles en https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE_50_E011.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. b). *Ficha de monitoreo del Pp E011 2022-2023*. Disponibles en https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fmps/FM_50_E011.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, varios c). *Fichas de Monitoreo y Evaluación (FMyE) del Pp E011 2016-2022*. Disponibles en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025a). *Fichas Técnicas de los indicadores de la MIR 2025 del Pp E011*. Documentos internos.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022b). *Guía de uso del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) Versión 6.0*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2020a). *Informe final de la evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud”*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/pae/EMP-2020-InformeFinal.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022c). *Instructivo para la aplicación del Sistema de Evaluación Institucional de los Servicios de Conservación del Instituto Mexicano del Seguro social*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025b). *Manual de organización de la Dirección de Administración (Clave 1000-001-002)*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023a). *Manual de Organización de la Dirección de Administración (Clave 1000-002-001)*. Dirección de Administración.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022d). *Manual de organización de la Dirección de Planeación para la Transformación Institucional (H000-002-001)*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/H000-002-001.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023b). *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (Clave 2000-002-001)*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2007). *Manual de organización de la Unidad Médica de Alta Especialidad (Clave 2000-002-001)*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-001.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024b). *Manual de organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad - Genérico- (Clave 0500-002-002)*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-002.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2021a). *Manual de procedimientos internos de protección civil en inmuebles del Instituto Mexicano del Seguro Social (Clave 1000-003-008)*. Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/1000-003-008.pdf>



- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2019a). *Manual de procedimientos para la atención médica en Unidades de Medicina Familiar* (Clave 2250-003-002). Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2250-003-002.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018a). *Manual de procedimientos para la conservación de inmuebles y equipos en Unidades Médicas* (Clave 2430-003-006). Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2430-003-006.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2019b). *Manual de procedimientos para la higiene, limpieza y desinfección en Unidades Médicas del IMSS* (Clave 2450-003-009). Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2450-003-009.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014). *Manual de procedimientos para la operación de los servicios de nutrición y dietética* (Clave 2660-003-054). Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-054.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2010). *Manual de procedimientos para la operación de los servicios de ropería en Unidades Médicas* (Clave 2450-003-003). Disponible en <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2450-003-003.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025c). *Manual de usuario de la Plataforma de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), Versión 2*. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2022d). *Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2022*. Dirección de Prestaciones Médicas. Documento interno.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2021b). *Manual Metodológico de Indicadores de la Coordinación de Control del Abasto*. Dirección de Administración. Versión 1.0 con fecha del 28 de septiembre de 2021. Documento interno.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018b). *Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 (MMIM)*. Dirección de Prestaciones Médicas. Disponible en http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/frecuente/manual_metodologico_indicadores_medicos.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025d). *Metodología y memoria de cálculo de Metas 2026 del Pp E031*. Documento interno.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025e). *Metodología y memoria de cálculo de los indicadores de la MIR del Pp E031*. Documento interno.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025f). *MIR 2026 del Pp E031*. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Documento interno.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025g). *MIR 2025 del Pp E011*. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Disponible en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024c). *MIR 2024 del Pp E011*. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Disponible en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023c). *MIR 2023 del Pp E011*. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Disponible en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS s.f. c). *Misión del IMSS*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2021c). *Norma en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social* (Clave 2000-001-015). Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023d). *Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad*. Dirección de Prestaciones Médicas. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0503-001-002.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024d). *Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social* (Clave 6000-001-010). Dirección de Finanzas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025h). *Norma que Establece las Disposiciones Generales de Conservación* (Clave 1000-001-002).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013a). *Norma que establece las disposiciones para la atención integral a la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social* (Clave 0500-002-001). https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-001_3.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018c). *Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades de Segundo Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social* (Clave 2000-001-016). <https://www.imss.gob.mx/node/9872>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. c). *Posición Institucional 2022-2023*. Disponible en https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/PI_PpE011_2023.pdf



- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. d). *Posición Institucional del Pp E011 2021-2022*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2021-2022-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. e). *Posición Institucional del Pp E011 2020-2021*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2020-2021-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. f). *Posición Institucional del Pp E011 2019-2020*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2019-2020-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. g). *Posición Institucional del Pp E011 2017-2018*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2017-2018-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. h). *Posición Institucional del Pp E011 2016-2017*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2016-2017-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. i). *Posición Institucional del Pp E011 2015-2016*. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/fepi/FE-2015-2016-PosicionInstitucional.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2011). *Procedimiento administrativo para Farmacias con sistema automatizado y manual (Clave 1832-003-004)*. Dirección de Administración.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2020b). *Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención (Clave 2660-003-045)*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023e). *Procedimiento para la elaboración del informe del Nivel Integral de Conservación (Clave 14C2-003-005)*. Dirección de Administración, Coordinación de Conservación y Servicios Generales
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022e). *Procedimiento para la evaluación contable de los inventarios y el levantamiento del inventario físico anual, rotativo e inventario selectivo de bienes de consumo (Clave 1821-A03-002)*. Dirección de Administración.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013b). *Procedimiento para la referencia y contrarreferencia de pacientes en los tres niveles de atención (Clave 2660-003-045)*. <https://reposipot.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-045.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023f). *Procedimiento para otorgar atención integral a la salud en las Unidades de Medicina Familiar (Clave 2250-003-002)*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022f). *Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención (Clave 2650-A03-005)*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. j). *Programa presupuestario E011 (Pp E011) "Atención a la Salud" (a partir de 2016, surge de la fusión del E002 y la parte curativa del E008)*. Portal de internet consultado en noviembre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/transparencia/programas-presupuestarios/ppe011>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2017). *Protocolo de Atención Integral (PAI) de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015). *Código Infarto: Protocolo para la atención de urgencias cardiovasculares*. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2025i). *Reportes de avance de indicadores registrados en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH) II Trimestre*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024e). *Reportes de avance de indicadores registrados en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH)*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2023g). *Reportes de avance de indicadores registrados en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH)*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. k). *Procedimiento para el seguimiento a la operación del abasto en Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad (Clave 1494-003-001)*. Coordinación de Control de Abasto.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. l). *Procedimiento para el seguimiento de abasto en almacén y unidad (Clave 1494-003-006)*. Coordinación de Control de Abasto.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (NU, CEPAL & ILPES, 2011). *Formulación de programas con la metodología de marco lógico*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5507-formulacion-programas-la-metodologia-marco-logico>



- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (NU, CEPAL & ILPES, 2004). *Metodología de Marco Lógico*, Boletín del Instituto LC/IP/L. 249. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/9942-metodologia-marco-logico> y <https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/Bibliograf%C3%ADa%20sobre%20la%20Metodolog%C3%ADa%20de%20Marco%20L%C3%B3gico/1323.pdf>
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (NU, CEPAL & ILPES, 2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5607-metodologia-marco-logico-la-planificacion-seguimiento-la-evaluacion-proyectos>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos. Proclamada por la Asamblea General en la Resolución 217 A (III)*. Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f. a). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f. b). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2022). *Good practice principles for public service design and delivery in the digital age*. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-good-practice-principles-for-public-service-design-and-delivery-in-the-digital-age_2ade500b-en.html
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, s.f.). *Ficha del Programa Presupuestario E011: Atención a la Salud*. Portal de Programas y Proyectos. <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=50E011>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025a). *Ficha del Programa Presupuestario J001: Pensiones en curso de pago Ley 1973*. <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=50J001>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025b). *Ficha del Programa Presupuestario E001: Prevención y control de enfermedades*. <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=50E001>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2020). *Guía para la elaboración del diagnóstico de los programas presupuestarios. Unidad de Evaluación del Desempeño*. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541692/Guia_Elaboracion_Diagnostico_PP.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2016). *Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*. Dirección General de Programación y Presupuesto.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2024a). *Informe de la Cuenta Pública 2024*. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/TomoVII-2024>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2023). *Informe de la Cuenta Pública 2023*. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/TomoVII-2023>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025c). *Informe Trimestral sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Anexo del SED: Avance en los Indicadores de los Programas Presupuestarios del IMSS*. Segundo Trimestre de 2025. Archivo en Excel “2025-2T-SED oficial.xlsx”
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP]. (2025). *Lineamientos aplicables a las etapas de programación y presupuestación del ciclo presupuestario 2026*. Ciudad de México.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2024b). *Manual de Programación y Presupuesto para el ejercicio fiscal 2025*. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1014788/Manual_de_PyP_2025_Actualizado_.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2022). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023. Anexo 25: Clasificador por Programa Presupuestario*. Gobierno de México. <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2023/anexos>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2021). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022. Anexo 25: Clasificador por Programa Presupuestario*. Gobierno de México. <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2022/anexos>



- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025c). *Taller para la elaboración y actualización de Instrumentos de Diseño y de Seguimiento del Desempeño de los Programas presupuestarios (Pp)*. Subsecretaría de Egresos, Unidad de Política y Estrategia para Resultados. Documento interno.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025d). *Transparencia Presupuestaria, Programa presupuestario E011*. <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=50E011>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025e). *Lineamientos para la revisión y actualización de la Estructura Programática para el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2026*. Unidad de Política y Estrategia para Resultados. Gobierno de México.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2025f). *Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2026*. Transparencia Presupuestaria. <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/>
- Secretaría de Salud (SSA, 2010). *Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11245/ANSA_bases_tecnicas_1_.pdf
- Secretaría de Salud (SSA, 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012*, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010*, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012*, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013*, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009*, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2011). *Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011*, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2005). *Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005*, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (SSA, 2003). *Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2003*, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de la próstata (tumor maligno de la próstata). Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, & Dirección General de Epidemiología (SSA, 2024). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)*. Secretaría de Salud. https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/13.2.1_Manual_IAAS_RHOVE_2024.pdf

Informes

- Auditoría Superior de la Federación (ASF, 2025). *Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Grupo Funcional Desarrollo Social Auditoría de Desempeño: 2024-1-19GYR-07-0199-2025 Disponible en https://informe.asf.gob.mx/Documentos/Auditorias/2024_0199_a.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. m). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2024-2025*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2024-2025>, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20242025/19-informe-completo.pdf>
- International Labour Organization (ILO, 2021). *World Social Protection Report 2020–22: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2020-22-social-protection-crossroads-%E2%80%93>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD, 2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. Disponible en https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

Libros



- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. McGraw-Hill.

Revistas

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2012). *La seguridad social: Hechos concretos*. Disponible en <https://www.ilo.org/es/media/314221/download>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012). *Integración de los Derechos Humanos en las Políticas y en los Programas de Desarrollo: Experiencias del PNUD*. En Boletín Sinopsis de la Cuestión. Nueva York: Autor. Disponible en http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Human%20Rights%20Issue%20briefs/Spanish_Web_draft6.pdf

Documentos de trabajo e investigación

- Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*.
- Bearman, G., & Stevens, M. P. (2021). *The next generation of hospital epidemiology: 2021 and beyond*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(1), 77–78. Disponible en <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1256>
- Bonache, J. (1999). *El estudio de casos como estrategia de investigación: Características, crítica y defensas*. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, (3), 123-143.
- Branda, S., & Pereyra, M. (s.f.). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44851-sistemas-pensiones-la-encrucijada-desafios-la-sostenibilidad-america-latina>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications.
- De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215> Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
- George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. MIT Press.
- Habboush, Y., & Guzman, N. (2023). *Infection control*. In StatPearls. StatPearls Publishing. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519017/>
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., ... & Yamey, G. (2013). *Global health 2035: a world converging within a generation*. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24309475/>
- Manurritz, P. (1992). *La entrevista semiestructurada en la investigación cualitativa*. Universidad Complutense de Madrid.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications.
- Pathak, V., Jena, B., & Kalra, S. (2013). *Qualitative research. Perspectives in Clinical Research*, 4(3), 192-194. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.115389>
- Robles, B. (2011). *La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico*. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. Guilford Press.
- Yacuzzi, J. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos y ejemplo*. Universidad del CEMA.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2.ª ed.). Sage Publications.
- World Health Organization (WHO, 2023). *Social determinants of health*. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E8154/B154_21-en.pdf

Páginas web

- Auditoría Superior de la Federación (ASF, s.f.). *Sistema público de consulta de auditorías*. Portal de internet. Disponible en <https://asfdatos.gob.mx/>
- Consultor Salud (2025). *Estrategia 2-30-100 del IMSS avanza: más de un millón de cirugías y 19.7 millones de consultas de especialidad*. Noticia en internet publicada el 24 de septiembre de 2025. Disponible en <https://consultorsalud.com.mx/estrategia-del-imss-mas-un-millon->



[cirugias/#:~:text=La%20estrategia%202%2D30%2D100%20busca%20incrementar%20la%20productividad%20m%C3%A9dica,servicios%20m%C3%A9dicos%20de%20manera%20oportuna](#)

- Serrano García, S. L., & Vázquez Valencia, L. D. (2015). *Fundamentos teóricos de los derechos humanos: características y principios* (2ª ed.). Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Disponible en https://piensadh.cdahcm.org.mx/images/2015_capacitacion_cap_fundamentosteoricos.pdf
- Vázquez, D., & Serrano, S. (2013). *Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción. Metodología para la enseñanza de la reforma constitucional en materia de derechos humanos (Módulo 5)*. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, FLACSO México. Disponible en <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/5-Principios-obligaciones.pdf>
- World Health Organization. (WHO, 2022). *Global strategy on infection prevention and control*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Estadísticas y registros administrativos

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f. n). *Consulta dinámica (CUBOS)*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS, s.f. o). *Memoria Estadística 2024*. Portal de internet consultado en octubre de 2025. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2024>

Otro

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS, 2025j). *Avanza estrategia "2-30-100" al optimizar tiempos de espera en cirugías y consultas*. Gobierno de México. Comunicado del IMSS con fecha 26 de julio de 2025. Disponible en <https://www.gob.mx/imss/prensa/avanza-estrategia-2-30-100-al-optimizar-tiempos-de-espera-en-cirugias-y-consultas>



ANEXO A. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 1, ELEMENTOS 2026

El presente análisis se enfoca en la revisión de la alineación estratégica del programa denominado como Pp E031 “Servicios de atención a la salud” para 2026 con los nuevos objetivos, ejes y prioridades del desarrollo nacional establecidos en el Diagnóstico Ampliado 2025. Esta aproximación permite identificar hallazgos sustantivos en materia de pertinencia, cobertura y lógica de intervención, así como formular recomendaciones viables, técnicamente justificadas y orientadas a fortalecer la gestión operativa de las Unidades Responsables (UR), en congruencia con los principios de eficiencia, equidad y atención centrada en las personas.

El Diagnóstico Ampliado 2025 fue formulado como parte de las actividades para la integración del Anteproyecto de presupuesto para el ejercicio fiscal 2026 y atendido lo dispuesto en la actualización metodológica a partir de las nuevas directrices emitidas por la SHCP. Este instrumento incorpora cambios en la lógica de intervención, el análisis causal y la identificación de alternativas estratégicas, conforme a la Metodología de Marco Lógico (MML). Asimismo, refuerza la vinculación con los objetivos del PND 2025–2030 y presenta la articulación con el Programa Institucional del IMSS (PIIMSS), integrando referencias explícitas a la atención primaria, la equidad en el acceso, la coordinación entre niveles de atención. De igual manera, simplifica y focaliza la contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), priorizando aquellas metas de mayor impacto directo en cumplimiento con las nuevas disposiciones de la SHCP para el registro en el Sistema del Proceso Integral de Programación y presupuesto (PIPP), que establece un máximo de tres (3) vinculaciones.

Con base en lo anterior, a continuación, se presenta el análisis de la contribución del programa al PND 2025 – 2030:

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030		
Eje General o transversal	Objetivo	Estrategia
Eje General 2: Desarrollo con bienestar y humanismo	Objetivo 2.7: Garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población. .	Estrategia 2.7.6: Garantizar la entrega oportuna de insumos de salud en los tres niveles de atención, acorde a las necesidades de la población.
Análisis		
Identificación de la vinculación: Directa Justificación: El Diagnóstico Ampliado 2025 establece que, para lograr el bienestar y el desarrollo de la población, es esencial fortalecer la transformación del sistema de salud con base en el principio de acceso universal. Esto implica garantizar que todas las personas en México puedan recibir servicios de salud de calidad, sin ningún tipo de discriminación. En ese marco, el documento vincula el programa con el Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030, específicamente con el Eje General 2: Desarrollo con bienestar y humanismo, el Objetivo 2.7, y la Estrategia 2.7.6, orientada a garantizar la entrega oportuna de insumos de salud en los tres niveles de atención, acorde a las necesidades de la población. Desde una perspectiva metodológica general, el Eje General 2 del PND 2025–2030 plantea como prioridad la construcción de un sistema de bienestar que garantice el		



acceso universal a servicios públicos esenciales, con énfasis en salud, educación y protección social; y el Objetivo 2.7 propone consolidar un sistema nacional de salud articulado, preventivo y centrado en las personas.

La vinculación del Programa Presupuestario E031 con el Objetivo 2.7 y la Estrategia 2.7.6 del Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030 es coherente con la lógica de diseño del programa. El E011 concentra las principales intervenciones clínicas y hospitalarias del IMSS en el régimen obligatorio y voluntario, incluyendo actividades en el primer nivel de atención, atención especializada, urgencias, intervenciones quirúrgicas, surtimiento de recetas médicas y control de ambientes físicos. Esta estructura funcional responde directamente al enfoque preventivo y resolutivo planteado en la Estrategia 2.7.6, y contribuye al cumplimiento del Objetivo 2.7 al consolidar un sistema nacional de salud centrado en las personas, articulado entre niveles de atención y sustentado en el principio de acceso universal.

Posibles áreas de mejora:

Aunque el Diagnóstico Ampliado 2025 identifica correctamente la vinculación directa del Programa Presupuestario E011 “Atención a la Salud” con el Objetivo 2.7 y la Estrategia 2.7.6 del PND 2025–2030 —centrada en garantizar la entrega oportuna de insumos de salud en los tres niveles de atención—, se observa que el Pp se vincula con la Estrategia 2.7.7, que plantea consolidar la infraestructura y equipamiento médico alineados con las necesidades demográficas y epidemiológicas, resulta pertinente para el E031, dado que el programa incluye acciones de mantenimiento, operación y mejora de unidades médicas, así como la gestión de recursos físicos y tecnológicos.

Además, desde una lectura transversal, el programa podría vincularse de manera indirecta con el Eje Transversal 1: Garantía de derechos humanos y no discriminación, en lo relativo al derecho a la protección de la salud. Aunque el E031 está dirigido a población derechohabiente, su operación responde a principios constitucionales de acceso a servicios médicos sin discriminación, lo que permite ampliar su vinculación conceptual con el enfoque de derechos establecido en el PND.

Respecto a la contribución del programa a los ODS de la Agenda 2030, a continuación, se presenta la alineación incluida en el Diagnóstico Ampliado 2025, en el apartado 9.3 “Vinculación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030”, junto con el análisis de la vinculación desde la óptica del equipo evaluador:

Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030		
Objetivo	Meta	Tipo de vinculación ¹⁶
ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	Meta 3.1.: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.	Sustantiva ¹
	Meta 3.4: Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.	Sustantiva ¹
	Meta 3.13.: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.	Sustantiva ¹
Análisis		
Valoración y justificación:		
En cuanto a la vinculación del programa con los ODS, se observa que el programa está alineado particularmente con el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Esta vinculación se expresa en metas específicas como la Meta 3.1, orientada a reducir la mortalidad materna; la Meta 3.4, que busca disminuir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental; y la Meta 3.13, centrada en fortalecer las capacidades nacionales para la gestión de riesgos sanitarios.		

¹⁶ Para la vinculación con los ODS establecida en el ID vigente, se incluye el tipo de contribución solicitada en el Anexo Técnico para la Evaluación de Consistencia y Resultados (Modelo de Términos de Referencia (TdR) emitido por la SHCP en 2025) (directa, indirecta, marginal), sin embargo, cabe precisar que para 2026, existirá una nueva categorización (sustantiva, de soporte, de entorno), de acuerdo con el Anexo 2 de los Lineamientos aplicables a las etapas de Programación y Presupuestación del ciclo presupuestario 2026 de la SHCP, por lo que se usó esta nueva categorización en el análisis de la vinculación con los ODS incluida en el ID a entrar en vigor en 2026 (Diagnóstico Ampliado 2025).



La vinculación del Pp E031 con el ODS 3 es **coherente con la lógica de diseño del programa**, ya que sus actividades contribuyen directamente al cumplimiento de metas específicas orientadas a la mejora de la salud pública en el régimen obligatorio

- **Meta 3.1: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna.** El programa contribuye mediante la provisión de servicios médicos en unidades de primero, segundo y tercer nivel, incluyendo atención de urgencias, intervenciones quirúrgicas y consultas especializadas, que son fundamentales para la atención oportuna de emergencias obstétricas.
 - **Meta 3.4: Reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento.** El Pp E031 incluye actividades específicas para el seguimiento clínico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, mediante consultas subsecuentes en Medicina Familiar y mediciones periódicas, lo que fortalece el control y tratamiento de estas enfermedades.
 - **Meta 3.13: Reforzar la capacidad de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de riesgos sanitarios.** El programa contempla actividades como el proceso de control de ambientes físicos y la atención en urgencias, que forman parte de la capacidad institucional para responder a riesgos sanitarios y fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- Es importante señalar, que, aunque el contenido del Diagnóstico Ampliado 2025 no permite visualizar claramente esta vinculación, se infiere a partir del componente “Programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales en unidades médicas” incluido en la MIR 2025 y 2026, así como del antecedente de fusión programática¹⁷ que vincula funciones operativas del Pp E031 con procesos de gestión de riesgos sanitarios.

Posibles áreas de mejora:

Aunque el Diagnóstico Ampliado 2025 identifica una vinculación sustantiva del Programa Presupuestario E031 con las metas 3.1, 3.4 y 3.13 del ODS 3, se identifican áreas de mejora en la delimitación, fundamentación y amplitud del análisis, que podrían fortalecer la consistencia técnica de dicha vinculación.

En primer lugar, el análisis se limita a tres metas del ODS 3, sin considerar que el programa podría vincularse —como de soporte o de entorno— con otras metas del mismo objetivo, como la Meta 3.8 (cobertura sanitaria universal) o la Meta 3.2 (reducción de la mortalidad infantil), especialmente considerado que en el primer nivel de atención y en el seguimiento pediátrico, se documentan estos alcances. La omisión de estas metas restringe la lectura integral del programa y su potencial contribución a la Agenda 2030.

Por otro lado, el diagnóstico no incorpora una lectura transversal de los ODS, lo que representa otra área de oportunidad. El programa podría vincularse —como de entorno— con metas del ODS 5 (igualdad de género), al garantizar el acceso a servicios obstétricos y de salud reproductiva; esta lectura ampliada permitiría reconocer la contribución del programa a la equidad en salud.

Así mismo, se recomienda que el análisis de vinculación con los ODS se fundamente no solo en la lógica operativa del programa, sino también en el marco normativo e internacional que sustenta la Agenda 2030, incorporando referencias al principio de progresividad del derecho a la salud, a la universalidad de los compromisos asumidos por el Estado mexicano y a la necesidad de visibilizar la contribución institucional desde una perspectiva de derecho.

Finalmente, es necesario distinguir entre este análisis sustantivo ampliado y el registro administrativo. Si bien para el ejercicio fiscal 2026 la UPER instruyó limitar la vinculación presupuestaria a solo dos ODS prioritarios, esto no impide realizar una alineación interna robusta. Al contrario: documentar en el diagnóstico la integralidad del programa (incluyendo las metas de soporte y el marco de derechos) es el sustento técnico indispensable para demostrar que la selección de esas dos metas finales no es arbitraria, sino el resultado de una focalización estratégica basada en evidencia.

¹ Nota: Aunque los TDR señalan los valores como: directa, indirecta o marginal; la vinculación se expresa en términos de los establecido el Anexo 2 de los Lineamientos aplicables a las etapas de programación y presupuestación del ciclo presupuestario 2026, dados los alcances de la presente evaluación.

Finalmente, toda vez que la LSS es el mandato legal del cual se desprende la misión del IMSS y su programa institucional -el cual forma parte de los programas derivados del PND y que establece la pauta a seguir por el Instituto-, a continuación, la alineación al Programa Institucional del Instituto

¹⁷ Hasta el ejercicio fiscal 2022, el programa presupuestario Pp 023 “Vigilancia Epidemiológica” se encontraba activo como programa independiente en el Ramo 50 (IMSS). A partir del ejercicio fiscal 2023, dicho programa ya no aparece en el Clasificador por Programa Presupuestario del PEF, lo que indica su salida formal del catálogo. Esta ausencia puede verificarse en el Anexo 25 del PEF 2023, disponible en el sitio oficial de la SHCP.



Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2025–2030, incluida en el Diagnóstico Ampliado 2025, con su respectivo análisis:

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2025–2030	
Vinculación PIIMSS	Objetivo PIIMSS: 1. Asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente. Estrategias/as PIIMSS: 1.1. Asegurar la prestación oportuna de servicios médicos a la población usuaria a través de la estrategia 2•30•100, optimizando la capacidad instalada del IMSS. 1.4. Eficientar la cadena de distribución de abasto y surtimiento para garantizar la entrega oportuna de medicamentos.
Objetivo estratégico del Instrumento de Seguimiento al Desempeño, numeral 11 Lineamientos 2026	Objetivo nivel FIN/estratégico: Contribuir a asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente. Indicador FIN/estratégico: 1.1 Tiempo de espera para la realización de cirugías electivas.
Análisis	
Valoración y justificación: La alineación entre el Pp E031 y el Programa Institucional del IMSS 2025–2030 se configura de manera directa, al participar en la implementación de estrategias orientadas a mejorar la oportunidad en la atención médica y el acceso a medicamentos. Esta coherencia se refleja en la operación del programa, que contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales mediante acciones concretas como la optimización de la capacidad instalada y el fortalecimiento del abasto, sin necesidad de incorporar otros instrumentos de planeación o seguimiento. Posibles áreas de mejora: Aunque el diagnóstico establece una vinculación clara entre el Programa Presupuestario E031 y el Objetivo 1 del PIIMSS 2025–2030, centrado en asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos, se identifican áreas de mejora en la delimitación conceptual, la amplitud estratégica y la articulación con instrumentos de seguimiento. En primer lugar, el análisis se limita a las estrategias 1.1 y 1.4, sin considerar que el programa podría vincularse también con otras estrategias del PIIMSS que abordan la mejora en la calidad de atención, la gestión de recursos humanos o la atención en el primer nivel. Esta omisión restringe la lectura integral del programa y su papel en la transformación institucional del IMSS; de manera específica, se observan las siguientes: ➤ Estrategia 1.2 propone <i>fortalecer la atención médica continua los 365 días del año</i>, lo cual se relaciona directamente con la operación del E031 en unidades de urgencias, hospitalización y consulta externa, que funcionan de manera ininterrumpida. Esta estrategia reconoce la necesidad de ampliar la capacidad resolutoria del Instituto, aspecto que el E031 atiende mediante la gestión de servicios en segundo y tercer nivel, por lo que su vinculación es sustantiva. ➤ Estrategia 1.3 plantea <i>mejorar la calidad de atención en el primer nivel</i>, lo que guarda relación con las actividades del E031 en Unidades de Medicina Familiar, incluyendo seguimiento clínico, control de enfermedades crónicas y atención preventiva. Aunque el diagnóstico no lo menciona, el fortalecimiento del primer nivel es un componente clave del modelo de atención integral que el programa contribuye a consolidar, por lo que podría considerarse de soporte; esto sin perder de vista los límites entre los programas E031 y E001. ➤ Estrategia 1.5 se enfoca en <i>fortalecer la formación, captación y retención de personal médico y de enfermería</i>, lo cual puede vincularse como de entorno al E031, en tanto que la disponibilidad de personal impacta directamente en la capacidad operativa del programa. Si bien el E031 no gestiona directamente procesos de formación, su ejecución depende de la suficiencia y distribución adecuada del recurso humano. ➤ Estrategia 1.6 busca <i>reducir los tiempos de espera en servicios médicos</i>, lo que se vincula de manera sustantiva con el indicador estratégico del programa: tiempo de espera para cirugías electivas. Esta estrategia refuerza el objetivo institucional de oportunidad en la atención, y el E031 contribuye directamente a su cumplimiento.	



Otra área de oportunidad es la **ausencia de referencias al Instrumento de Seguimiento al Desempeño**, más allá del indicador de cirugías electivas. El diagnóstico podría fortalecerse si incorpora otros indicadores relevantes, como tiempos de espera en consulta externa, surtimiento efectivo de recetas o continuidad en el tratamiento, que permiten valorar con mayor precisión el impacto del programa en la oportunidad de atención.

Finalmente, se recomienda que el análisis incluya una **lectura transversal del PIIMSS**, reconociendo que el objetivo institucional no se limita a la oportunidad operativa, sino que forma parte de un modelo de atención centrado en las personas, con enfoque preventivo, resolutivo y territorial. Esta perspectiva permitiría visibilizar la contribución del E031 no solo como ejecutor de servicios, sino como el componente estructural que es en la consolidación del sistema de salud del IMSS.

Con base en el análisis presentado, se concluye que el programa mantiene una alineación clara y directa con los instrumentos de planeación estratégica vigentes. Esta vinculación se sustenta en la coincidencia entre los objetivos y estrategias nacionales en materia de salud y las acciones operativas del programa, particularmente en lo relativo al fortalecimiento del primer nivel de atención, la mejora en la oportunidad de los servicios médicos y el acceso a medicamentos. La consistencia entre el diseño programático y los marcos de referencia permite valorar la pertinencia del programa en el contexto actual y su contribución al cumplimiento de los compromisos institucionales.

En resumen, el programa contribuye de manera directa al cumplimiento de los objetivos de la planeación nacional, particularmente con el Eje 2 del PND 2025–2030. Esta vinculación es relevante ya que el programa constituye el núcleo operativo de la prestación de servicios médicos del IMSS, impactando directamente en la garantía del derecho a la salud. Adicionalmente, se encontró que existe una coherencia sólida con la lógica de diseño del Pp, dado que su Propósito (atención médica integral y oportuna) y sus Componentes (servicios de primero, segundo y tercer nivel) se alinean de forma natural con la intención estratégica de universalidad y calidad. La estructura del programa no solo es compatible, sino indispensable para materializar las metas nacionales en materia de bienestar social y humanismo.

Para fortalecer esta alineación y maximizar el impacto del programa en el marco de la planeación nacional, se identifican áreas de mejora centradas en la transversalidad y la profundidad del diagnóstico. Resulta imperativo trascender el registro administrativo para incorporar una vinculación integral que incluya estrategias de infraestructura (2.7.7 del PND) y una lectura más amplia del PIIMSS (estrategias 1.2, 1.5 y 1.6). Asimismo, se recomienda robustecer la justificación técnica mediante la adopción de la nueva categorización de contribuciones (sustantiva, de soporte y de entorno), lo que permitiría visibilizar el impacto del Pp E031 en metas de género (ODS 5) y cobertura universal (Meta 3.8). Esta transición -de un enfoque de cumplimiento a uno de gestión estratégica- permitiría asegurar que el programa no solo sea pertinente, sino que actúe como el motor principal de la transformación del sistema de salud hacia 2030.

Con base en el análisis de los ID, y considerando los alcances de este proceso evaluativo se plantean las siguientes recomendaciones sobre la alineación estratégica derivado de la transición del Diagnóstico 2024 al Diagnóstico Ampliado 2025:



i. Incorporación del análisis de la misión en la lógica de intervención.

El diagnóstico vigente y el Ampliado 2025 no presentan referencias a la misión institucional, lo que limita la valoración integral de su lógica de intervención. La misión constituye un elemento clave para verificar la congruencia entre el propósito del programa y su contribución a los objetivos nacionales. Se recomienda integrar el análisis de la misión del programa en el diagnóstico, estableciéndola como el punto de partida para la revisión estratégica del diseño institucional y asegurando su trazabilidad en el árbol de objetivos.

ii. Ampliación de la vinculación sustantiva con el PND 2025–2030.

Si bien el Diagnóstico Ampliado 2025 establece la vinculación del Pp E031 con el Objetivo 2.7 y la Estrategia 2.7.6 del PND 2025–2030, centrada en la entrega oportuna de insumos de salud. Sin embargo, no se incorpora la Estrategia 2.7.7, que plantea consolidar la infraestructura y el equipamiento médico alineados con las necesidades demográficas y epidemiológicas. Considerado que el programa contempla acciones de equipamiento y la gestión de recursos físicos y tecnológicos, se recomienda incorporar explícitamente esta estrategia¹⁸.

iii. Articulación integral con el PIIMSS 2025 - 2030.

El Diagnóstico Ampliado 2025 reconoce la relación del Pp E031 con el Objetivo 1 del PIIMSS 2025–2030, a través de las estrategias 1.1 (prestación oportuna mediante la estrategia 2•30•100) y 1.4 (eficiencia en la cadena de abasto). Sin embargo, omite otras estrategias del mismo objetivo que también guardan relación con el diseño y operación del programa. El programa contribuye de forma sustantiva a la Estrategia 1.2, al operar servicios continuos en unidades de urgencias, hospitalización y consulta externa; de forma de soporte a la Estrategia 1.3, al participar en el seguimiento clínico y atención preventiva en el primer nivel; de entorno a la Estrategia 1.5, al depender de la disponibilidad de personal médico y de enfermería; y de forma sustantiva a la Estrategia 1.6, al incidir directamente en el indicador estratégico sobre tiempo de espera para cirugías electivas. Se recomienda ampliar la vinculación del programa con el PIIMSS 2025–2030, incorporando las estrategias 1.2, 1.3, 1.5 y 1.6, clasificadas según su tipo de contribución.

Si bien se reconoce que la estructura del Diagnóstico Ampliado contempla la alineación explícita con un número acotado de estrategias sustantivas, se considera pertinente valorar esta ampliación debido a la naturaleza transversal y estratégica del Pp E011, cuyo ámbito de intervención —la provisión integral de servicios de atención a la salud en los tres niveles— incide de manera directa y concurrente en múltiples estrategias institucionales. En este sentido, la recomendación tiene el fin de visibilizar de manera más precisa la contribución real del programa, particularmente su aportación sustantiva a la reducción de la morbilidad y al acceso efectivo a los servicios de salud. En su caso, dicha ampliación podría realizarse de forma sintética o en un apartado complementario

¹⁸ En el Anexo I “Vinculación de Estructuras programáticas 2026 con el PND 2025 -2027 y sus programas derivados se señala en los criterios de vinculación que los Pp pueden vincularse a un (1) objetivo por lo menos uno (1) y hasta la totalidad de las estrategias del objetivo seleccionado.



del Diagnóstico, con el propósito de fortalecer la claridad analítica del diseño del programa sin generar ajustes estructurales adicionales.

iv. Fortalecimiento de la justificación técnica en los instrumentos de planeación.

Aunque el Diagnóstico 2025 presenta referencias a los instrumentos rectores (PND, PIIMSS, ODS), el diagnóstico podría fortalecerse en cuanto a su profundidad argumentativa articulando el objetivo central del programa con dichas metas. Se recomienda desarrollar justificaciones técnicas que no solo listen la alineación, sino que expliquen el *cómo* se materializa la contribución, clasificándola explícitamente como:

- Sustantiva: Acciones directas (atención obstétrica, control de enfermedades crónicas, gestión de riesgos sanitarios),
- De soporte: Acciones habilitadoras (fortalecimiento de la atención médica) y,
- De entorno: Condiciones necesarias (disponibilidad de personal médico y enfoque de derechos). Se recomienda fortalecer los argumentos de vinculación del programa con los instrumentos de planeación vigentes, desarrollando justificaciones que articulen su objetivo y servicios con los objetivos, estrategias y metas correspondientes, e identificando el tipo de contribución en cada caso.



ANEXO B. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 2

La teoría del cambio constituye un elemento fundacional del diseño del Pp, en tanto expresa la lógica causal que explica cómo y por qué las acciones previstas pueden generar los resultados e impactos esperados. Por ello, resulta deseable que, en el mediano plazo, su desarrollo dentro del Diagnóstico evolucione hacia una visión más amplia, no limitada a la representación formal establecida por la MML —a través de los árboles del problema, objetivos o la MIR—, sino que integre mecanismos de intervención y relaciones causales de mayor alcance. Para ello, podrían considerarse enfoques complementarios, como el diagrama de causa-efecto (Ishikawa) o la técnica de los cinco porqués, entre otros, que contribuyan a clarificar los vínculos entre los servicios, los niveles de atención y los distintos tipos de prestación que conforman el modelo de atención del Pp E011. Esta perspectiva ampliada fortalecería el Diagnóstico como documento rector del diseño del programa, manteniendo a la MML como su base metodológica, pero ampliando su alcance explicativo y analítico

Adicionalmente, el análisis del diseño operativo revela un área de oportunidad crítica en la delimitación de la complementariedad programática. El documento presenta fronteras funcionales difusas entre el Pp E011 y el Pp E001, especialmente en el primer nivel de atención, donde la distinción entre la cartera de servicios curativos y continuos frente a las acciones preventivas no queda plenamente establecida. Asimismo, servicios operativos esenciales como Nutrición, Salud Mental (Psiquiatría), Oncología y Donación de Órganos —que cuentan con Coordinaciones Normativas específicas— carecen de una referencia explícita en la estructura del diseño pese a operar con recursos del programa, lo que resta transparencia a la integralidad de la intervención.

Por otro lado, para dotar de mayor profundidad y contexto al problema público identificado, se observa la necesidad de enriquecer los insumos de información. Si bien el Diagnóstico central ofrece una visión general, este podría robustecerse significativamente incorporando los Diagnósticos Situacionales de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOADs). La integración de estos insumos locales permitiría trascender la visión agregada y capturar la heterogeneidad de las necesidades en salud, la infraestructura real y las dinámicas operativas específicas de cada región. Utilizar esta información como “insumo base” no solo validaría la pertinencia de las intervenciones propuestas, sino que alinearía el diseño del programa con la realidad operativa que enfrentan las unidades médicas en el territorio nacional.

Tomando como base el análisis previo, se presentan las siguientes recomendaciones:

- i. Incorporar en el Diagnóstico del programa, dentro del apartado de Diseño Operativo, su mecanismo de intervención correspondiente al modelo de atención a la salud organizado en tres niveles de atención.



El Diagnóstico 2024 no presenta una delimitación técnica de los servicios médicos organizados por nivel de atención (primario, especializado y de alta especialidad), ni sistematiza su relación con la complejidad clínica ni con los dispositivos operativos del IMSS. Esta omisión limita la comprensión del diseño del programa y su lógica de intervención. En consecuencia, se recomienda que el Diagnóstico del programa no se limite a una descripción narrativa, si no que desarrolle e integre una Matriz de Articulación Operativa que sistematice la relación entre la infraestructura y la atención médica, con base en los criterios clínicos, operativos y normativos establecidos en la LSS y en los modelos institucionales vigentes. Para dar cumplimiento a esta recomendación, el Diagnóstico deberá desglosar al menos los siguientes tres componentes técnicos:

- Tipología de Unidades y Capacidad Resolutiva: Definir explícitamente qué "dispositivos operativos" (UMF, HGZ, HGR, UMAE) corresponden a cada nivel, detallando los recursos físicos y humanos que determinan su capacidad para atender padecimientos de baja, media o alta complejidad.
- Estandarización de la Cartera de Servicios: Delimitar el catálogo de intervenciones médicas autorizadas para cada nivel, evitando duplicidades y clarificando el alcance clínico del programa en cada etapa de la atención.
- Mecanismos de Transición (Referencia y Contrarreferencia): Explicitar los criterios clínicos y normativos que detonan el movimiento del paciente entre niveles, sistematizando cómo se relacionan los distintos componentes para garantizar la continuidad de la atención conforme a la LSS.

Para ilustrar la desagregación técnica requerida, en la siguiente tabla se muestra la clasificación de servicios que debe integrarse y desarrollarse en el documento, este análisis se construye tomando como referencia la información institucional:

Nivel de atención	Unidad Operativa Tipo	Grado de Complejidad	Cartera de Servicios Clave (Ejemplos asociados al Pp E011)
Primer nivel	Unidades de Medicina Familiar (UMF)	Baja complejidad técnica / Alta frecuencia	* Consulta de Medicina Familiar * Seguimiento prenatal * Atención Médica Continua (Urgencia sentida)
Segundo nivel	Hospitales Generales de Zona/Regional (HGZ/HGR)	Mediana complejidad / Especialidades básicas	* Consulta externa de especialidades (Cirugía, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría). * Hospitalización general * Urgencias médico – quirúrgicas * Auxiliares de diagnóstico (Imagenología, Laboratorio, etc).
Tercer nivel	Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)	Alta complejidad / Baja frecuencia	* Procedimientos quirúrgicos de alta especialidad (ej. Trasplantes, Cardio – cirugía). * Tratamientos oncológicos complejos. * Hemodinamia.

Fuente: Elaboración propia con base en la estructura funcional del IMSS.



- ii. Explicitar en el Diagnóstico la complementariedad programática y la delimitación funcional de la cartera de servicios médicos.

La información incluida en el apartado de Análisis de similitudes o complementariedades del Diagnóstico 2024 se limita a Pp de otras dependencias o entidades de la APF que ofrecen servicios similares, y no incorpora un análisis de los Pp a cargo del IMSS que complementan la provisión de servicios médicos a la población derechohabiente. En particular, no se explicita la relación funcional del Pp E011 con los Pp E001 -especialmente en Medicina Familiar- y E009 (Promoción de la salud), ni su articulación con el Pp K012 (Infraestructura médica). Por ello, se recomienda fortalecer dicho apartado para incluir los Pp del IMSS con los que el programa mantiene relaciones de complementariedad, precisando el tipo de contribución (servicios ofertados) que cada uno realiza a la atención integral a la salud. Esta delimitación permitirá clarificar las fronteras funcionales entre los programas, así como mejorar la comprensión del diseño operativo del Pp E011 y su papel específico dentro de la oferta institucional del IMSS, particularmente para actores ajenos a su operación cotidiana, como otras dependencias de la APF, instancias evaluadoras y la ciudadanía.

- iii. Fortalecer el desarrollo de la teoría del cambio representado en la MIR.

El Diagnóstico 2024 presenta la teoría del cambio de manera parcial a través de los árboles del problema y de objetivos. Se recomienda fortalecer su desarrollo dentro de dichos instrumentos y reflejar esta mejora en la MIR, lo que se aborda y detalla en las recomendaciones correspondientes a los reactivos 3 y 4.

Por otra parte, derivado del análisis realizado al Diagnóstico Ampliado 2025, que entrará en vigor en 2026, las recomendaciones realizadas con base en el análisis del Diagnóstico 2024, persisten.



ANEXO C. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 3, ELEMENTOS 2026

A continuación, se presenta un análisis sobre los elementos actualizados en los árboles del problema y de objetivos incluidos en el Diagnóstico Ampliado 2025. En el árbol del problema, la definición del problema central es el mismo que el incluido en el Diagnóstico 2024, por lo que está correctamente formulado en negativo y es consistente con la MML. Los efectos inmediatos agregados (más complicaciones por enfermedades no transmisibles, más complicaciones intrahospitalarias, mayor requerimiento de tratamientos de alta complejidad y más secuelas obstétricas/perinatales) son resultados directos del problema. En tanto que los efectos intermedios (más discapacidad y menor calidad de vida, mayor estancia hospitalaria, mayor gasto de atención, mayor riesgo de mortalidad materna) guardan consistencia con los efectos inmediatos, por lo que, hasta este nivel de efectos, el árbol presenta una correcta coherencia causal.

No obstante, el efecto superior propuesto: “Inoportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos”, es metodológicamente incorrecto para este nivel, pues se trata de una condición o factor institucional que afecta la morbilidad, y no una consecuencia última del problema. Conforme a la MML y a la naturaleza del programa, el efecto superior debe reflejar un impacto en salud (como la pérdida de salud o la menor esperanza de vida) y no una condición operativa. En este tenor, la dirección causal correcta es que la inoportunidad en la provisión contribuye a la alta morbilidad y no al revés.

En el árbol de objetivos, el objetivo central se mantiene como “La población derechohabiente del IMSS adscrita a una unidad de medicina familiar presenta menor morbilidad”, lo que corresponde correctamente a la condición invertida del problema central. Los fines inmediatos e intermedios guardan congruencia causal con el objetivo central y reflejan adecuadamente los resultados esperados de una menor morbilidad.

Sin embargo, consistente con la deficiencia metodológica del efecto superior, el fin superior: “Asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente” no es correcto para este nivel del árbol. Si bien se reconoce que esta formulación se corresponde con el Objetivo Institucional 1 del PIIMSS 2025–2030 (“Asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente”), con el propósito de dar cumplimiento a la alineación dispuesta en los *Lineamientos Aplicables a las Etapas de Programación y Presupuestación del Ciclo Presupuestario 2026* emitidos por la SHCP y su Anexo 1, la lógica causal conforme con la MML no es correcta, toda vez que la provisión oportuna y el abasto son medios institucionales, y no resultados finales a los que el programa contribuye con el logro de su Propósito; por lo que requiere reubicarse dentro del bloque de medios indirectos.



Por lo anterior, se recomienda reformular el fin superior del árbol -y el objetivo a nivel de Fin de la MIR propuesta para 2026- para reflejar un impacto sanitario o social, considerando para ello el objetivo del IMSS establecido en la LSS, consistente en garantizar el derecho a la salud y la asistencia médica, así como la vinculación del programa con el objetivo 2.7 del PND 2025–2030, orientado a *“Garantizar el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud con calidad para toda la población”*. En este sentido, se propone la siguiente redacción a nivel de Fin:

Propuesta de Fin
Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana.

El ajuste de formulación puede solicitarse formalmente a la SHCP, de conformidad con lo previsto en el apartado III, “Atención de solicitudes de vinculación distintas a las reglas generales anteriores y casos no previstos”, del Anexo 1 “Vinculación de Estructuras Programáticas 2026 con el Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030 y sus Programas Derivados” de los citados Lineamientos.

El análisis de la estructura causal del Programa presupuestario E011 “Atención a la Salud” —que transitará hacia la denominación E031 “Servicios de Atención a la Salud” para el ejercicio fiscal 2026— constituye el punto de partida crítico para evaluar su pertinencia y diseño. De conformidad con la Metodología de Marco Lógico (MML), promovida por organismos como la CEPAL e ILPES, el Árbol del Problema debe fungir como la herramienta que esquematiza la lógica causal de una situación negativa que afecta a la población, permitiendo distinguir las raíces estructurales del fenómeno de sus manifestaciones superficiales.

Bajo esta óptica, el diagnóstico actual del programa identifica como problema central la “alta morbilidad” en la población derechohabiente. Si bien esta formulación cumple con la sintaxis normativa al expresar una condición negativa y medible vinculada a la población objetivo, el análisis de las causas que sustentan este tronco revela inconsistencias metodológicas significativas al contrastarse con los estándares de la MML.

El diseño actual incurre en una desviación conceptual al tipificar factores estrictamente operativos y de gestión interna como “causas raíz” del deterioro de la salud. Específicamente, el árbol vigente enlista elementos como la “falta de surtimiento de medicamentos”, la “disminución en el nivel de limpieza”, el “diferimiento en la atención médica” o la “falta de continuidad en la vigilancia prenatal” como los orígenes del problema público. Desde la visión de la CEPAL, este planteamiento es erróneo porque formula las causas como la “ausencia de una solución” o la falta de un bien/servicio específico, en lugar de identificar las condiciones negativas existentes. Esta formulación genera una lógica circular: si el problema se define como “falta de medicamentos”, la solución automática es “comprar medicamentos”. Esto reduce el análisis de una política pública compleja a una simple lista de tareas administrativas y de gestión de insumos, confundiendo la *implementación operativa* con el *problema público* real. Las deficiencias en el abasto, la limpieza o



la programación de citas constituyen limitantes de la capacidad institucional o riesgos operativos, pero no explican, por sí mismas, la etiología de la carga de la enfermedad en la población.

Resulta fundamental subrayar que la lógica de intervención del Pp E011 difiere sustancialmente de programas diseñados para atender crisis coyunturales. El diseño de este Programa presupuestario no parte de una problemática emergente identificada aisladamente, sino que se cimenta en una obligación permanente del Estado mexicano: la garantía del derecho a la salud. Esta naturaleza estructural implica que su Matriz de Marco Lógico debe trascender la visión autodiagnóstica de las capacidades institucionales para centrarse en los resultados de valor público.

En consecuencia, un análisis de causalidad riguroso para la transición al Pp E031 debe excluir estos fallos operativos del árbol de problemas. De acuerdo con la metodología, las causas deben reorientarse hacia los factores que realmente originan o agravan la morbilidad desde una perspectiva clínica, epidemiológica y social, tales como los determinantes biológicos, ambientales, socioeconómicos y los estilos de vida.

Es imperativo reconocer que, aunque el diferimiento de consultas o el desabasto limitan la capacidad de respuesta del programa y agravan el problema central que el Pp E011 tiene la obligación legal de atender, la reestructuración del árbol para 2026 debe también reflejar el curso clínico natural de las enfermedades —su surgimiento, evolución y complicaciones—, permitiendo así que la Teoría del Cambio del programa se enfoque en modificar el estado de salud de las personas y no solo en la eficiencia administrativa de los procesos de soporte.

Para profundizar en el robustecimiento de la lógica causal del Pp E011 (futuro E031), resulta estratégico alinear la construcción del Árbol del Problema con el marco teórico de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Esta perspectiva, ampliamente documentada en el análisis de patologías crónicas como la hipertensión y la diabetes, ofrece un criterio técnico para jerarquizar los factores que inciden en la "alta morbilidad" según su proximidad con el evento biológico, permitiendo distinguir con mayor nitidez entre la etiología de la enfermedad y los retos de la gestión administrativa.

Tomando como referencia el modelo de capas de influencia de Dahlgren y Whitehead, citado en la literatura especializada para el análisis de la salud pública, es posible establecer un paralelismo funcional con la jerarquía de causas que exige la MML:

1. Nivel Proximal (Equivalente a Causas Directas en MML): En el centro del modelo se ubican los factores biológicos, la edad, el sexo y los factores constitucionales, rodeados inmediatamente por los estilos de vida del individuo. Desde la óptica causal, estos elementos constituyen los detonantes inmediatos de la morbilidad. En el caso de enfermedades no transmisibles, la literatura confirma que factores como el sedentarismo, la dieta inadecuada o la predisposición genética son los que inciden directamente en la aparición y descontrol de la patología.



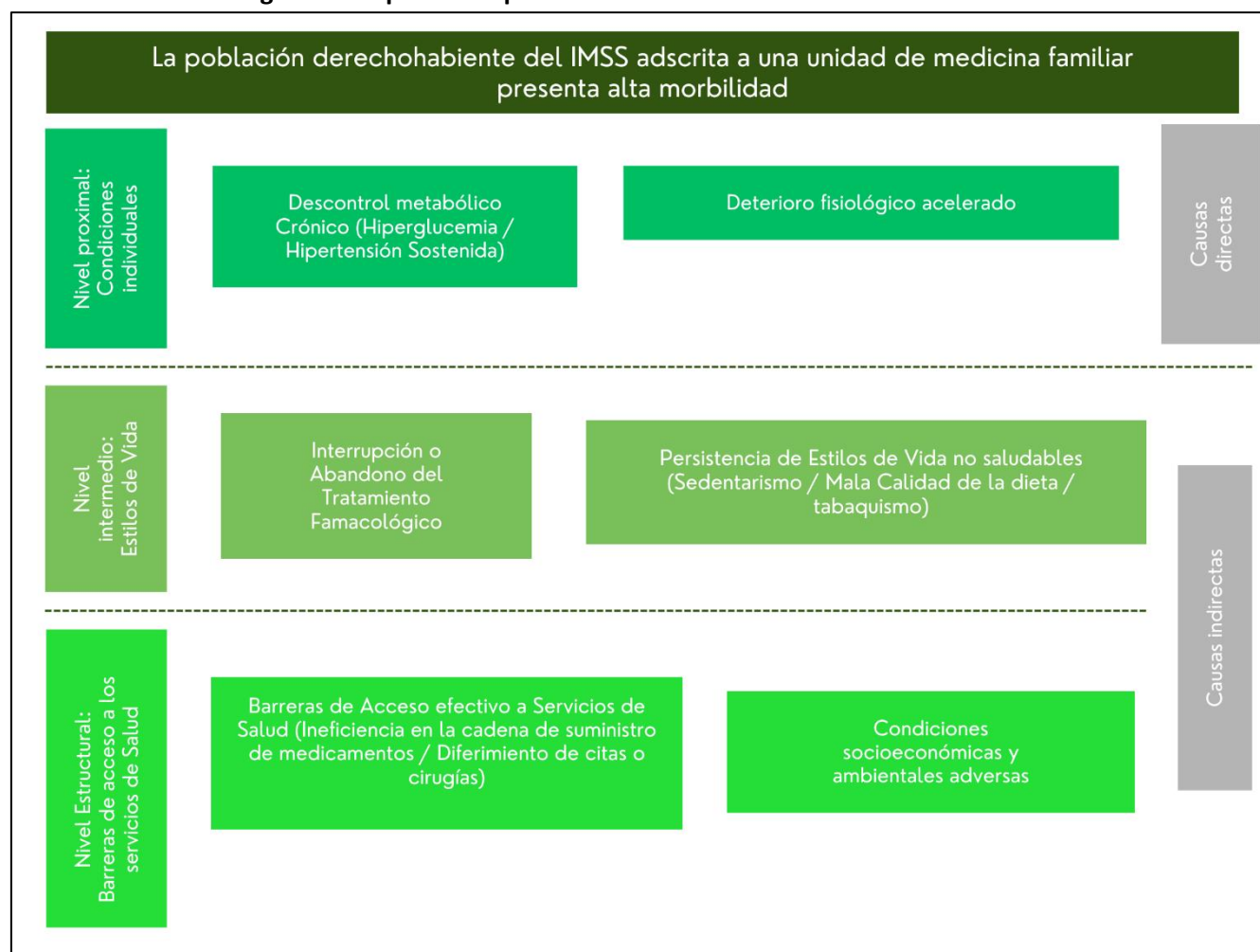
2. Nivel Intermedio (Equivalente a Causas Indirectas en MML): Envolviendo a la capa anterior, se encuentran las redes sociales y comunitarias, así como las condiciones de vida y trabajo. Elementos como el entorno laboral, el desempleo o la educación actúan como condicionantes que facilitan o inhiben los estilos de vida saludables.
3. Nivel Distal o Estructural (Contexto y Sistemas): En la capa más externa se sitúan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales, incluyendo explícitamente a los Servicios de Atención de Salud: La teoría de los DSS sitúa al desempeño del Sistema de Salud (su operación, abasto, higiene o tiempos de espera) como un determinante distal. Esto significa que el sistema de salud actúa como un factor estructural que modula el acceso y la calidad de la respuesta, pero no es la causa biológica primigenia de la morbilidad.

Bajo esta óptica, el planteamiento actual del Árbol del Problema presenta una oportunidad de precisión conceptual, ya que al ubicar elementos operativos y distales (como el surtimiento de medicamentos o la limpieza) en el mismo nivel causal que los determinantes proximales (biológicos y conductuales), se diluye la jerarquía lógica.

Para el diseño 2026, la literatura sugiere que las "causas" del árbol se concentren en los niveles Proximal e Intermedio (donde se gesta la morbilidad), mientras que las variables del Nivel Distal (operación de los servicios de salud) se integren como los medios de intervención institucional (Componentes) para mitigar dichos efectos, o bien, se reconozcan como factores de riesgo en la prestación del servicio, fortaleciendo así la coherencia técnica entre el problema público y la intervención del Estado.

A continuación, se presenta un esquema conceptual para la reestructuración del Árbol del Problema, alineado con la jerarquía de los Determinantes Sociales de la Salud. Es fundamental precisar que esta propuesta y la representación de sus trayectorias de causalidad tienen un carácter enunciativo y metodológico. Su propósito es ilustrar la lógica de transmisión entre los niveles estructurales (operativos) y los biológicos, sin pretender constituir un listado exhaustivo de todas las variables patológicas ni limitar la incorporación de aquellos elementos técnicos que las áreas especializadas consideren pertinentes para el diseño final.

Figura 1. Propuesta esquemática del Árbol del Problema



Fuente: Elaboración propia.

Es fundamental clarificar la relación causal entre los factores estructurales (gestión del programa) y los determinantes biológicos del paciente. Bajo el enfoque de los DSS, el Sistema de Salud actúa como un determinante distal cuya función no es “producir salud” mágicamente, sino modificar las condiciones que permiten al individuo controlar su enfermedad.

La lógica de intervención del Pp E011 (futuro E031) se articula a través de dos trayectorias de agravamiento que vinculan la operación con el impacto:

1. Trayectoria de la Discontinuidad Terapéutica (*Cómo la falla administrativa enferma al paciente*)
 - Causa Distal (Institucional): "Ineficiencia en la logística de distribución de insumos" (Condición negativa del sistema).
 - Nexo causal: Esto genera incertidumbre y barreras físicas de acceso.



- Causa Intermedia (Conductual): "Interrupción o abandono forzoso del tratamiento farmacológico" (El paciente deja de tomar la medicina no porque no quiera, sino porque no puede).
- Causa Proximal (Biológica): "Reactividad fisiológica por suspensión abrupta (efecto rebote)" y "Persistencia de niveles patológicos".

2. Trayectoria de la Desinformación y Riesgo (*Cómo la falla de cobertura permite el deterioro*)

- Causa Distal (Institucional): "Baja cobertura efectiva en acciones de vigilancia epidemiológica" (No alcanzamos a ver al paciente).
Nexo causal: Ausencia de detección oportuna.
- Causa Intermedia (Conductual): "Desconocimiento del estado de salud y persistencia de hábitos nocivos" (El paciente sigue comiendo mal porque nadie le ha dicho que es pre-diabético).
- Causa Proximal (Biológica): "Progresión silenciosa del daño endotelial/orgánico".

De esta forma, aunque las “fallas operativas” se reubican en la base del árbol como determinantes estructurales, su importancia no disminuye; por el contrario, se les reconoce su verdadero rol: son los habilitadores estructurales sin los cuales es imposible modificar la historia natural de la enfermedad. El programa es responsable de garantizar estas condiciones estructurales para que la mejora clínica sea posible.

Es importante precisar que la incorporación de determinantes epidemiológicos y conductuales (como causas raíz) no implica la inclusión de elementos subjetivos o fuera del control institucional. Por el contrario, variables como el control glucémico, la adherencia al tratamiento o la detección oportuna son indicadores de desempeño explícitos en los protocolos médicos y en la normativa internacional.

El enfoque propuesto busca alinear el Pp E011 (Pp 031 para 2026) con los criterios de la Gestión para Resultados (GpR), donde la institución demuestra su valor público no solo por la cantidad de servicios producidos (lógica de oferta), sino por su capacidad técnica para modificar positivamente los indicadores de salud de la población derechohabiente (lógica de impacto), superando así la visión autorreferencial de la gestión.

Finalmente, se observa que el problema público -al mantenerse sin cambios en el Diagnóstico Ampliado 2025 con respecto al establecido en el Diagnóstico 2024- se encuentra planteado conforme a la sintaxis de la MML: Población objetivo (*“población derechohabiente del IMSS adscrita a una unidad de medicina familiar”*) + Problema público (*“presenta alta morbilidad”*) y cumple con el requisito de ser una definición clara, concreta y única, evitando la formulación del problema como la falta de un bien o servicio. Esta estructura permite que el tronco del árbol del problema se enfoque en una situación negativa real y verificable, facilitando la medición de resultados a través de indicadores de impacto en salud.



No obstante, para la transición al Pp E031 en 2026, la validez del análisis causal requiere la reubicación de los factores operativos. Actualmente, el diagnóstico identifica deficiencias de gestión —como el desabasto de insumos o el diferimiento de citas— como las causas raíz de la morbilidad. Metodológicamente, estos elementos representan fallas en la capacidad de ejecución y no la etiología del problema público. Mantener esta lógica reduciría el alcance del programa a un instrumento de gestión administrativa, omitiendo que la morbilidad se origina en una interacción de factores biológicos, ambientales y sociales.

La integración de los Determinantes Sociales de la Salud permite jerarquizar el árbol bajo el modelo de capas de influencia. En este esquema, los factores biológicos y los estilos de vida se sitúan como causas directas, mientras que la operación institucional se clasifica como un determinante distal o estructural. Este ajuste técnico es necesario para la MIR 2026, ya que permite que las brechas operativas actuales se transformen en Componentes y Actividades. De este modo, la intervención del IMSS se define como la modificación de las condiciones estructurales para alterar la historia natural de la enfermedad, alineando la teoría del cambio con la garantía del derecho a la salud.

Con base en el análisis de consistencia y resultados, se recomienda al Programa:

- i) Reestructurar la lógica causal del Árbol del Problema para transitar de un enfoque de gestión a uno de resultados en salud. Se sugiere ajustar el planteamiento actual a fin de que las causas del problema central (“Alta Morbilidad”) reflejen los determinantes epidemiológicos y el curso clínico de la enfermedad, en lugar de enlistar fallas operativas. Para atender las observaciones metodológicas y potenciar la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), se requiere:
 - Reclasificar las variables operativas: Elementos como la "falta de surtimiento de medicamentos", "disminución en la limpieza" o "diferimiento de citas" no deben eliminarse del análisis, sino reubicarse en la base del árbol como causas estructurales o distales (barreras de acceso). Al realizar este ajuste, en la MIR estos elementos se traducirán correctamente como Componentes (medios institucionales: entrega de insumos, gestión de higiene, otorgamiento de consulta), evitando la circularidad lógica actual.
 - Incorporar determinantes intermedios y proximales: Integrar en los niveles superiores del árbol factores como los estilos de vida, la adherencia terapéutica y el descontrol metabólico. Esto permitirá que el Propósito de la MIR se enfoque en modificar estas conductas y resultados de salud, y no solo en la gestión administrativa.

Para ilustrar esta reconfiguración, se presenta en la Figura 1 una propuesta esquemática del Árbol del Problema alineada a la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, la cual guarda congruencia estructural con la propuesta de MIR presentada en este informe, importante recalcar, que esta propuesta busca ser solo ilustrativa.



- ii) Alinear la secuencia del Árbol de Objetivos a la intervención clínica integral. En consecuencia, se deberá reestructurar la lógica de objetivos para que refleje la cadena de valor de la atención médica: desde la garantía de los insumos y servicios (Medios/Componentes), pasando por la modificación de conductas y control de riesgos (Medios/Propósito), hasta la mejora en la salud y calidad de vida (Fines). La adecuación del árbol de objetivos debiera realizarse sin incorporar nuevos procesos operativos ni generar requerimientos adicionales de información o reporte. Cabe precisar que, los ajustes propuestos al ISD, que va asociado al árbol de objetivos, y tal como se propone en las recomendaciones derivadas de la respuesta al reactivo 4, privilegian el uso de indicadores ya existentes en la MIR vigente y en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, y, cuando se identificaron oportunidades para fortalecer la medición de resultados a nivel Propósito, se propone el análisis de su factibilidad para su implementación gradual.
- iii) Fortalecer el Diagnóstico con una narrativa basada en la Carga de la Enfermedad¹⁹. Se recomienda robustecer la caracterización del problema profundizando en la descripción de los determinantes que originan la morbilidad desde la perspectiva de la población. Si bien el diagnóstico actual presenta información relevante y el diseño del programa es funcional y comprensible, es necesario articular los datos para demostrar cómo la intervención institucional modifica la historia natural de la enfermedad. Esta caracterización deberá integrarse distinguiendo claramente entre causas y efectos:
- Como determinantes (Causas): Se deberán incorporar explícitamente factores epidemiológicos (prevalencia, incidencia), biológicos (envejecimiento, genética) y conductuales (estilos de vida, adherencia terapéutica), tal como se propone en el árbol reestructurado.
 - Como impacto (Efectos): Se deberá analizar la recurrencia de padecimientos y sus complicaciones, así como la carga financiera asociada a su atención. Se aclara que este último elemento constituye una consecuencia del problema público que justifica la intervención estatal en términos de eficiencia y protección social, mas no una causa raíz de la patología.

Esta caracterización deberá enfatizar: La prevalencia y recurrencia de padecimientos crónicos, las complicaciones asociadas a estilos de vida y factores biológicos y el impacto social y económico (como efecto, no como causa) que justifica la intervención pública.

¹⁹ La carga de la enfermedad representa el impacto sanitario y económico que generan los problemas de salud en una población. Se mide por los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA); así como por los costos directos o indirectos que afectan tanto a los sistemas de salud como al desarrollo económico. Las enfermedades no transmisibles, asociadas a estilos de vida y envejecimiento, son especialmente relevantes por su alta morbilidad, discapacidad y pérdida de productividad.



ANEXO D. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 4

Tabla 13. Indicadores a nivel de Componente

Nivel: Componente					
Objetivo del Componente 1: C1. Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas otorgado.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C1.1 Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar	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 durante el mes t/ Total de pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica durante el mes t) X 100	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Trimestral	Pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (CIE-10 I15) con cifras de tensión arterial sistólica menor de 130 mmHg y diastólica de menor 90 mmHg: Documento: Informe trimestral EH_NOMMIM. Trimestral. Elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El numerador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).; Pacientes subsecuentes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica: Documento: Informe trimestral EH_NOMMIM. Trimestral. Elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El denominador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	La asignación de recursos económicos para el IMSS se mantiene con el propósito de atender a la población con enfermedades crónicas.
C1.2 Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70 - 130 mg/dl)	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	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.: Ubicación física de los documentos para generar el informe trimestral DM_NOMMIM en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. El numerador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF); Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 subsecuentes atendidos en el periodo: Documento: Informe trimestral DM_NOMMIM. Trimestral. Elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El denominador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).	



Objetivo del Componente 2: C2. Programas Integrales para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud aplicados.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C2.1 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con 20 camas censables o más.	(Número de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en Unidades de Segundo nivel de 20 o más camas censables y en Unidades Médicas de Alta Especialidad durante el año / Total de días estancia en unidades de Segundo nivel de 20 o más camas censables y en Unidades Médicas de Alta Especialidad) durante el año x 1,000	Tasa de incidencia	Gestión, Eficacia, Trimestral	Infecciones Nosocomiales: Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en línea para las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Trimestral. A cargo de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100. ; Días estancia: Sistema de información de SIMO central- Hospitalización. Trimestral. A cargo de la División de Información en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	Los trabajadores, pacientes y familiares visitantes realizan medidas de prevención de infecciones nosocomiales.
Objetivo del Componente 3: C3. Atención médica en servicios de urgencia otorgada					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C3.1 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades 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 en el año t/ Total de pacientes egresados de los servicios de urgencias, en unidades de segundo nivel en el año t) X 100	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Semestral	Total de pacientes egresados de los servicios de urgencias en unidades de segundo nivel: Evaluación de las Prestaciones Médicas en indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel a cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Periodicidad: Semestral, pero se puede consultar mensualmente. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.; 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 en indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel a cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Periodicidad: Semestral, pero se puede consultar mensualmente. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	Los pacientes se adhieren al tratamiento
Objetivo del Componente 4: C4. Atención médica con oportunidad en UMAE otorgada.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C4.1 Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía	(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	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Total 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 (UMAE) en un trimestre t: Portal de Indicadores Médicos IMSS. División de Análisis en Salud del IMSS. Mensual. Liga interna del IMSS:	Se cuenta con infraestructura y recursos humanos necesarios para el



electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	la solicitud del cirujano tratante de la UMAE en el trimestre t) /(Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE en el trimestre t) X 100			http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx . Ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100. ; Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada en UMAE en un trimestre t: Portal de Indicadores Médicos IMSS. División de Análisis en Salud del IMSS. Mensual. Liga interna del IMSS: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx . Ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	otorgamiento de atención médica.
C4.2 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.	Número de pacientes referidos de primera vez, con cita programada en especialidades en un plazo de 20 días hábiles o menos, a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE en el trimestre t /Total de pacientes referidos, para programar una consulta de especialidades de primera vez, a partir de la presentación de la solicitud en la UMAE en el trimestre t X 100	Porcentaje	Gestión, Calidad, Trimestral	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 trimestre t: Portal de Indicadores Médicos IMSS. Mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100.; Total de pacientes a quienes se les programa una cita de especialidad de primera vez en cada UMAE en un trimestre t: Portal de Indicadores Médicos IMSS. División de Análisis en Salud del IMSS. Mensual. Liga interna del IMSS: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx . Ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	
Objetivo del Componente 5: C5. Atención médica en complicaciones obstétricas y perinatales otorgada.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C5.1 Proporción de recién nacidos con prematuridad	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	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Trimestral	Nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación: Neonatal 03 Proporción de prematuridad. División de Información en Salud. Publicación mensual. Portal de Indicadores Médicos IMSS Materna 11 Porcentaje de prematuridad (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Información en Salud. Publicación: mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.; Total de nacidos vivos: Neonatal 03 Proporción de prematuridad. División de Información en Salud. Publicación mensual. Portal de Indicadores Médicos IMSS Materna 11 Porcentaje de prematuridad (28 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Información en Salud. Publicación: mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	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.



C5.2 Porcentaje de mujeres con preeclampsia - eclampsia	(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	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Trimestral	Egresos hospitalarios posevento obstétrico con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia: Materna 05 Proporción de preeclampsia-eclampsia. División de Información en Salud. Publicación mensual. Portal de Indicadores Médicos IMSS Materna 05 Porcentaje de Preeclampsia_Eclampsia. División de Información en Salud. Publicación: mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.; Egresos hospitalarios posevento obstétrico: Materna 05 Proporción de preeclampsia-eclampsia. División de Información en Salud. Publicación mensual. Portal de Indicadores Médicos IMSS Materna 05 Porcentaje de Preeclampsia_Eclampsia. División de Información en Salud. Publicación: mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	
--	--	------------	---	---	--

Fuente: Elaboración propia con base en las Fichas Técnicas de la MIR 2025 del Pp E011 y el documento de Metodología y Memoria de Cálculo del Pp E031.

Los indicadores C1.1 y C1.2 son claros y relevantes, al medir de forma directa la eficacia del tratamiento de enfermedades de alta prevalencia. La unidad de medida y el método de cálculo son adecuados. Los medios de verificación (informe trimestral EH_NOMMIM proveniente del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud -SIAIS-) son necesarios y suficientes para calcular los resultados. Sin embargo, sería conveniente documentar en el Diagnóstico del programa, la selección de estas dos enfermedades respecto del resto de enfermedades crónico-degenerativas.

El indicador C2.1 es claro y relevante para medir un aspecto clave de la seguridad hospitalaria. Los medios de verificación provenientes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en línea para las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud²⁰ y del Sistema de información de SIMO central-Hospitalización son suficientes y pertinentes para su cálculo. Para brindar mayor claridad al indicador, se pudiera especificar el tipo de infecciones incluidas y los criterios diagnósticos para asegurar la comparabilidad.

El indicador C3.1 es claro y relevante para evaluar la capacidad de respuesta y gestión de los servicios de urgencias, y sus resultados pueden ser utilizados para mejorar los procesos operativos. Toda vez que el medio de verificación señalado (Evaluación de las Prestaciones Médicas en Indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel) corresponde a una evaluación realizada por la División de Análisis en Salud adscrita la CVE, se asume que es suficiente para el cálculo, siempre que los registros utilizados sean uniformes y validados; si bien, se podría incrementar la claridad del medio si se especificara el nombre de los registros administrativos o el sistema informático

²⁰ De acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. DOF: 20/11/2009; mismos que desde 2024, se establecieron en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud.



utilizado para la evaluación. El indicador requiere complementarse con la atención de urgencias en las UMAE.

Los indicadores C4.1 y C4.2 son claros, relevantes y adecuados para evaluar la oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios de tercer nivel de atención. Su método de cálculo es técnicamente válido y replicable. La unidad de medida y la dimensión son congruentes con la naturaleza del componente y permiten monitorear tendencias en tiempos de atención y rezagos en la programación. Los medios de verificación (Portal de Indicadores Médicos IMSS, disponible solo en la intranet del Instituto), son necesarios y suficientes para el cálculo. Se podría incrementar la claridad de los indicadores al incluir en la definición elementos como qué es una cirugía electiva, una cirugía no concertada, y las especialidades consideradas. Los indicadores requieren complementarse con la atención médica brindada en el segundo nivel.

Los indicadores C5.1 y C5.2 son claros, relevantes y adecuados para medir la calidad y efectividad en la atención obstétrica y neonatal. Su método de cálculo es válido. La unidad de medida y la dimensión son congruentes para dar seguimiento al desempeño del programa. Los medios de verificación (Portal de Indicadores Médicos IMSS, disponible solo en la intranet del Instituto) son necesarios y suficientes para calcular los resultados. Para fortalecer la lógica horizontal, se recomienda complementarlos con indicadores de mortalidad materna y neonatal, para capturar integralmente la cadena de resultados del programa.

Tabla 14. Indicadores a nivel de Actividad

Nivel: Actividad del Componente 1					
Objetivo de la Actividad 1: C1A1 Suministro de medicamentos.					
Objetivo de la Actividad 2: C1A2 Atención a pacientes con enfermedades crónicas en unidades de medicina familiar.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C1A1.1 Porcentaje de surtimiento de recetas médicas	(Total de recetas de medicamentos atendidas/Total de recetas individuales de medicamentos presentadas) *100	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Total de recetas individuales de medicamentos presentadas: Base de datos de recetas presentes y surtidas a través del Portal de la Coordinación de Control de Abasto (PCCA). Trimestral. El porcentaje de surtimiento de recetas médicas se obtiene a partir de la información generada diariamente por las Unidades médicas, misma que se almacena en el PCCA a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico ubicado en Toledo 10, Juárez, Cuauhtémoc, 06600.; Total de recetas de medicamentos atendidas: Base de datos de recetas presentes y surtidas a través del Portal de la Coordinación de Control de Abasto (PCCA). Trimestral. El porcentaje de surtimiento de recetas médicas se obtiene a partir de la información generada diariamente por las Unidades médicas, misma que se almacena en el PCCA a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	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.



				ubicado en Toledo 10, Juárez, Cuauhtémoc, 06600.	
C1A2.1 Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente 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.	(Persona)	Gestión, Eficacia, Trimestral	Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar.: Ubicación física de los documentos para generar el informe trimestral EH_NOMMIM en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. El indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	Los patrones incorporan a los trabajadores que tienen derecho a la atención en el IMSS.
C1A2.2 Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Número total de pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta de medicina familiar.	Total (Persona)	Gestión, Eficacia, Trimestral	Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: Ubicación física de los documentos para generar el informe trimestral DM_NOMMIM en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, elaborados por el Área de Medición del Desempeño en Salud, de la División de Análisis en Salud dependiente de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. El indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).	
Nivel: Actividad del Componente 2 Objetivo de la Actividad: C2.A1 Limpieza de las Unidades Médicas.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C2A1.1 Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos	(Promedio nacional mensual del registro resultante de la suma de las calificaciones obtenidas del Nivel Integral de Limpieza (NIL) por las Delegaciones y UMAE en el mes del informe / Número de entidades del sistema que enviaron el reporte)	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Número de entidades del sistema que enviaron el reporte: Informe Nacional Mensual del NIL e Indicadores de Desempeño. Mensual. A cargo de la Dirección de Administración, a través de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG) del IMSS. Disponible en archivo electrónico dentro de los Informes mensuales del NIC en OOAD y UMAE s, los cuales están a cargo de la División de Conservación, ubicada en calle Sevilla No.33 7° piso, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600. ; Promedio nacional mensual del registro resultante de la suma de las calificaciones obtenidas del Nivel Integral de Limpieza (NIL) por las Delegaciones y UMAE en el mes del informe: Informe Nacional Mensual del NIL e Indicadores de Desempeño. Mensual. A cargo de la Dirección de Administración, a través de la Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG) del IMSS. Disponible en archivo electrónico dentro de los Informes mensuales del NIC en OOAD y UMAE s, los cuales están a cargo	Los Usuarios y Derechohabientes respetan las reglas de higiene básicas en la Unidades médicas. Se cuenta con la cobertura total de plazas de personal de limpieza e Higiene. El suministro de insumos de limpieza y desinfección para las áreas es oportuno y suficiente.



				de la División de Conservación, ubicada en calle Sevilla No.33 7° piso, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600.	
Nivel: Actividad del Componente 3					
Objetivo de la Actividad: C3.A1 Otorgamiento de consulta en urgencias.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C3A1.1 Índice consultas de urgencias por 1000 derechohabientes en unidades de segundo nivel	(Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel / total de derechohabientes adscritos a médico familiar) X 1000	Índice	Gestión, Eficacia, Trimestral	Total de derechohabientes adscritos a médico familiar: Evaluación de las Prestaciones Médicas en indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel a cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Periodicidad: Trimestral, pero se puede consultar mensualmente. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.; Total de consultas de urgencias otorgadas en unidades de segundo nivel: Evaluación de las Prestaciones Médicas en indicadores de Atención Integral en Segundo Nivel a cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Periodicidad: Trimestral, pero se puede consultar mensualmente. A cargo de la División de Análisis en Salud del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, CP 03100.:	Los pacientes tienen acceso a los servicios de urgencias.
Nivel: Actividad del Componente 4					
Objetivo de la Actividad: C4.A1 Programación de atención médica y quirúrgica en Unidades Médicas de Alta Especialidad.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C4A1.1 Total de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Sumatoria del número de cirugías electivas programadas en las en Unidades Médicas de Alta Especialidad en el trimestre t	Total (Cirugía)	Gestión, Eficacia, Trimestral	Total de cirugías electivas programadas realizadas en un mes en UMAE: Documento Excel: Información de las Intervenciones Quirúrgicas_PASH cierre. División de Información en Salud del IMSS ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100. Mensual. Se envía de manera trimestral por correo a los enlaces de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Los pacientes reúnen las condiciones necesarias para programación de atención médica y quirúrgica.
C4A1.2 Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Sumatoria de las consultas de especialidad de primera vez otorgadas en las Unidades Médicas de Alta Especialidad en un trimestre t	Total (Consulta)	Gestión, Eficacia, Trimestral	Total de consultas de primera vez: Portal de Indicadores Médicos IMSS. División de Análisis en Salud del IMSS. Mensual. A cargo de la División de Análisis en Salud adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS, ubicada en calle Mier y Pesado 120, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100.	
Nivel: Actividad del Componente 5					
Objetivo de la Actividad: C5.A1 Atención adecuada de las pacientes embarazadas.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos



C5A1.1 Promedio de atenciones prenatales por embarazada	Total, de consultas para la vigilancia prenatal/Total de consultas de primera vez para la vigilancia preanatal.	Razón	Estratégico, Eficacia, Trimestral	Total de consultas de primera vez para la vigilancia prenatal.: Documento: Informe trimestral Materna 03 Promedio de atenciones prenatales por embarazada. Trimestral. Elaborado por la División de Análisis en Salud ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El denominador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) y el reporte Actividades de vigilancia materna en medicina familiar MT03.; Total de consultas para la vigilancia prenatal. Documento: Informe trimestral Materna 03 Promedio de atenciones prenatales por embarazada. Trimestral. Elaborado por la División de Análisis en Salud ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El numerador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) y el reporte Actividades de vigilancia materna en medicina familiar MT03.	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.
C5A1.2 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación/Total de consultas prenatales de primera vez) *100	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Trimestral	Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de la gestación. Documento: Informe trimestral Materna_02 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal. Trimestral. Elaborado por la División de Análisis en Salud ubicada en Mier y Pesado, No. 120, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. El numerador y denominador del indicador se construye con información del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) y el reporte Actividades de vigilancia materna en medicina familiar MT03	

Fuente: Elaboración propia con base en las Fichas Técnicas de la MIR 2025 del Pp E011 y el documento de Metodología y Memoria de Cálculo del Pp E031.

Los indicadores de las dos actividades asociados al componente de enfermedades crónico-degenerativas (C1) -C1A1.1, C1A2.1 y C1A2.2- son claros y relevantes para medir la gestión operativa en el primer nivel de atención. El método de cálculo es coherente y replicable, y refleja el desempeño de los servicios médicos preventivos y de control. Los medios de verificación incluyen el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS), el Portal de la Coordinación de Control de Abasto y los registros electrónicos de consulta subsecuente; mismos que se consideran necesarios y suficientes para el cálculo.

Sin embargo, en congruencia con el análisis de la lógica vertical, se recomienda reubicar el indicador C1A1.1 al nivel de componente, al ser un indicador sustantivo de la provisión de servicios médicos completos, vinculado directamente con la capacidad institucional para garantizar la continuidad del tratamiento que incide en la efectividad de la atención. Asimismo, los indicadores C1A2.1 y C1A2.2, al estar expresados en valores absolutos, aunque permiten cuantificar la productividad del servicio,



no miden cobertura ni eficacia, por lo que se sugiere transformarlos en valores relativos para estimar la proporción de pacientes efectivamente atendidos en seguimiento, mejorar la comparabilidad y la interpretación del desempeño institucional.

El indicador C3A1.1 es claro, relevante y adecuado para evaluar la eficiencia y cobertura de los servicios de urgencias, así como identificar posibles sobrecargas o deficiencias en la gestión hospitalaria. Los medios de verificación, el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) y los registros operativos en la intranet del IMSS, son necesarios y suficientes para el cálculo, siempre que se mantenga la integridad y actualización de los datos. Este indicador debe complementarse con otro que mida la atención de urgencias en UMAE, para abarcar todos los niveles de atención en la cadena de resultados institucional.

Los indicadores C4A1.1 y C4A1.2 son claros y para medir la oportunidad y eficiencia en la gestión de servicios hospitalarios de alta especialidad. Son adecuados para valorar la capacidad operativa del IMSS para responder a la demanda de atención especializada y hacer mejoras operativas. El documento de Excel especificado como medio de verificación, se considera necesario, pero no suficiente ya que debe emplearse como reporte complementario, validado contra los sistemas operativos institucionales para garantizar su confiabilidad. Finalmente, toda vez que sus métodos de cálculos están expresados en valores absolutos, aunque permiten cuantificar la productividad institucional, no permiten medir la eficiencia en el uso de los recursos ni comparaciones estandarizadas entre unidades médicas con distinta capacidad instalada. Por lo que es recomendable sustituirlos por indicadores expresados en términos relativos, a fin de medir con mayor precisión la eficiencia operativa y el aprovechamiento de la infraestructura médica.

Los indicadores C5A1.1 y C5A1.2 son claros y pertinentes para medir la gestión y la oportunidad en la atención prenatal, factores clave para prevenir complicaciones obstétricas y perinatales. Son adecuados para evaluar la continuidad de la atención y la calidad del seguimiento a las mujeres embarazadas y prevenir la morbilidad materno-infantil. Los medios de verificación corresponden a los datos registrados en el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) para generar el reporte de "Actividades de Vigilancia Materna en Medicina Familiar MT03", por lo que son necesarios y suficientes para el cálculo de los indicadores, siempre que los datos se registren con oportunidad y consistencia.

Finalmente, respecto a los medios de verificación establecidos en las fichas técnicas, cabe precisar que, el equipo evaluador no tuvo acceso directo a los reportes, bases de datos o sistemas informáticos que sustentan los medios de verificación de los indicadores antes descritos, por lo que se asume que estos se encuentran debidamente estructurados, actualizados y validados, y permite señalar que son en su mayoría necesarios y suficientes. No obstante, lo anterior, se reconoce que, como parte de los medios de verificación incluidos en las fichas técnicas, también se incluye la dirección física donde se ubican las áreas responsables de generar la información para el cálculo de los indicadores, lo que se considera un acierto en virtud de que el general de la población no tiene



acceso a los sistemas internos del IMSS. Si bien sería ideal complementar la dirección con algún número telefónico o correo electrónico para facilitar a las personas interesadas el contactar a las áreas para realizar la solicitud de información correspondiente y evitar que tengan que trasladarse físicamente; lo que cobra especial relevancia cuando las solicitantes no radican en la Ciudad de México.

En conclusión, el análisis de la lógica vertical y horizontal de la MIR 2025 de Pp E011 permite señalar que el instrumento presenta una estructura metodológicamente sólida y una alineación general con la MML. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en la formulación de la lógica vertical - principalmente en el nivel de Componente y Actividad- que permitirían reflejar con mayor precisión la integralidad de la atención médica otorgada por el IMSS en sus tres niveles a través del programa. Así como áreas de oportunidad en la formulación y ubicación de diversos indicadores para fortalecer la capacidad de la MIR de ser un sistema de indicadores más coherente en apego a los criterios de la MML y más representativo de la complejidad del programa.

Por lo anterior, con el fin de robustecer la MIR del Pp E011 como instrumento de planeación y seguimiento a su desempeño, se plantean las siguientes recomendaciones:

- i. Realizar un análisis entre las distintas Coordinaciones Normativas que participan en la gestión del programa para determinar la implementación de las siguientes recomendaciones a la lógica vertical y horizontal de la MIR; en el entendido que, de conformidad con el ciclo de programación y presupuestación establecida por la SHCP, los ajustes a la MIR podrían materializarse en la MIR para el ejercicio fiscal 2027.

Recomendaciones a la lógica vertical del Instrumento de Seguimiento al Desempeño del Pp E011 (MIR 2025)

- Reubicar la actividad de “Suministro de medicamentos” al nivel de componente y reformularlo como “Servicios farmacéuticos otorgados”, a fin de que considere tanto los medicamentos otorgados a la población DH atendida, como los insumos abastecidos al universo de unidades médicas con los que se atiende a la población. Incorporar la o las actividades sustantivas para su logro, para lo cual, se podría considerar aquel o aquellos procedimientos que se consideren más relevantes en la cadena de suministro de bienes terapéuticos y no terapéuticos, o bien, aquellos susceptibles de enfrentar mayores riesgos operativos, como se detallan en la respuesta.
- Completar el componente C3 “Atención médica en servicios de urgencias otorgada” con la atención de urgencias brindada en las UMAE y ajustar su redacción como “Atención médica en servicios de urgencias en unidades de segundo nivel y en UMAE otorgada”.
 - Considerar como actividades del componente: el otorgamiento de consulta en urgencias en segundo nivel y UMAE.



- Completar el componente C4 “Atención médica con oportunidad en UMAE otorgada” con los servicios brindados en el segundo nivel y ajustar su redacción como “Atención hospitalaria en unidades de segundo nivel y en UMAE otorgada”.
 - Considerar como actividades del componente: el otorgamiento de consultas en segundo nivel y UMAE; la hospitalización en segundo nivel y UMAE; y la programación y realización de cirugías en segundo nivel y UMAE.
- Ajustar la redacción del componente C5 “Atención médica en complicaciones obstétricas y perinatales otorgada” como “Atención obstétrica otorgada” o “Atención materna integral otorgada”.
 - Considerar como actividades del componente: el seguimiento al embarazo y vigilancia prenatal, y la atención de complicaciones obstétricas y perinatales; pues ambos procedimientos forman parte de los servicios de atención materna que el Pp otorga.
- Reformular el componente C1 “Control adecuado de pacientes con enfermedades-crónico degenerativas otorgado” como “Atención de enfermedades crónico-degenerativas en unidades de primer nivel otorgada”.
- Reformular el objetivo del componente C2 “Programas Integrales para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud aplicados” como “Prevención, control y respuesta ante riesgos sanitarios asociados a la atención de la salud realizados”.

Recomendaciones a la lógica horizontal del Instrumento de Seguimiento al Desempeño del Pp E011 (MIR 2025)

- En el nivel de Propósito, complementar el actual indicador “Tasa de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas” con un indicador de cobertura general de la población atendida, en concordancia con los *Lineamientos para regular la gestión de los Instrumentos de Diseño y Seguimiento del Desempeño de los Programas Presupuestarios* de la SHCP; y con un indicador que valore la calidad en la atención médica a través de la satisfacción del usuario.
 - En cuanto a la incorporación del indicador de cobertura, este deberá basarse en el método de cálculo del porcentaje de población objetivo atendida, conforme a la normatividad emitida por la SHCP. Para ello, deberán considerarse los hallazgos del reactivo 5, así como la propuesta de revisión de la cuantificación de las poblaciones, utilizando la información disponible en los registros institucionales para formalizar de manera gradual procesos analíticos de deduplicación, que fortalezcan la identificación de personas únicas sin condicionar la implementación inmediata del indicador.
 - En cuanto al indicador de satisfacción, se sugiere el uso de la Encuesta Nacional de Calidad de la Atención del Servicio de Salud del IMSS en coordinación con la Dirección de Planeación para la Transformación Institucional y sus atribuciones para medir la percepción social del IMSS.



- Valorar la inclusión de indicadores de mortalidad materna y neonatal, a nivel de Propósito para capturar integralmente la cadena de resultados del programa en la atención materna, mismos que están incluidos en el MMIM 2025 y están vinculados a las metas del ODS 3 al que contribuye de manera sustantiva el programa.
- Reubicar el indicador de actividad C1A1.1 “Suministro de medicamentos” al nivel de Componente, por su papel estratégico en la continuidad terapéutica, en concordancia con la reubicación de la actividad al nivel de Componente. A partir de la definición de la o las actividades más relevantes para el proceso de abasto, establecer los indicadores que midan el avance correspondiente, tomando como base, el conjunto de indicadores operativos y de supervisión física que integran el Manual Metodológico de Indicadores de la Coordinación de Control del Abasto (MMCA).
- En el nivel de Componente, sustituir los indicadores C3.1, C4.1 y C4.2 de los componentes C3 y C4 por los siguientes indicadores incluidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) 2025, que permiten reflejar de forma más precisa la oportunidad, eficiencia y continuidad de los servicios hospitalarios en el segundo y en el tercer nivel de atención:
 - “Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 horas) en el área de observación en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.”
 - “Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.”
 - “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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención.”
- En el nivel de Actividad, sustituir los indicadores C3A1.1, C4A1.1 y C4A1.2 (de las actividades asociadas a los componentes C3 y C4) por los siguientes indicadores incluidos en el MMIM 2025 que permiten evaluar la productividad ajustada a la capacidad instalada, la eficiencia operativa y el uso de la infraestructura médica:
 - “Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel.”
 - “Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención.”
 - “Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva por día en Unidades Médicas de Alta Especialidad.” Para este último indicador, dado que en el MMIM 2025 solo refiere a las UMAE, se recomienda valorar la conveniencia de contar con un indicador homólogo para el segundo nivel, a fin de disponer de una medición completa de la eficiencia hospitalaria en ambos niveles de atención.
- En el nivel de Actividad, en caso de desagregar, de una a tres, las actividades del C4 (relativo a la atención hospitalaria), incorporar los siguientes indicadores del MMIM 2025:



- “Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención”
- “Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención”
- En el nivel de Actividad, valorar la utilidad de los indicadores vigentes C1A2.1 y C1A2.2 (asociados al componente C1), para evaluar la cobertura y eficacia del seguimiento clínico y, en su caso, reexpresarlos como valores relativos. Por ejemplo, los indicadores pudieran medirse respecto del total de pacientes registrados en los censos de hipertensión arterial y diabetes mellitus. El área responsable, deberá analizar los indicadores disponibles y seleccionar aquellos que más información útil les brinde para su gestión y la toma de decisiones, o bien, determinar los indicadores más adecuados para dicho fin y, a partir de ello, definir los requerimientos para la generación de los datos necesarios para su cálculo.
- En el nivel de Componente, valorar la incorporación de indicadores de cobertura y calidad específicos por tipo de servicio – y desagregado incluso por nivel de atención-, para identificar con mayor precisión las áreas de desempeño diferenciado, facilitar el análisis comparativo entre niveles, y orientar la toma de decisiones para mejorar la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios en cada ámbito operativo.

Para brindar mayor claridad a las propuestas de mejora a la MIR 2025 del Pp E011, se presenta una propuesta esquemática de sus diferentes niveles de objetivos e indicadores.

- ii. En su caso, a partir de la incorporación de Coordinaciones Normativas al diseño operativo del Pp E011 -como resultado del ejercicio de análisis a realizar entre la Dirección de Prestaciones Médicas, la Dirección de Administración, con apoyo de la Dirección de Finanzas-, valorar la incorporación de actividades sustantivas a cargo de dichas áreas, con sus respectivos indicadores -los cuales podrían obtenerse del MMIM 2025.

Finalmente, para complementar el análisis de la MIR vigente del Pp E011, en un segundo anexo a la respuesta, se presenta el análisis de la lógica vertical y horizontal de la MIR 2026. En particular, de los ajustes realizados a dicho ISD durante 2025 como parte del proceso de programación y presupuestación para el ejercicio fiscal 2026.



Propuestas de mejora a la MIR vigente del Pp E011 (objetivos e indicadores)

Fin	F Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana (objetivo 2.7 del PND) 1. Esperanza de vida al nacer 2. Muertes por enfermedades cardiovasculares por cada 100,000 habitantes (ODS 3, Meta 3.4)					
Propósito	P La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad 1. Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS. 2. Muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (ODS 3, Meta 3.1) 3. Muertes de recién nacidos (0-28 días) por cada 1,000 nacidos vivos (ODS 3, Meta 3.2)					
Componentes	C1 Atención de enfermedades crónico-degenerativas en unidades de primer nivel otorgada EH 02 Porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de hipertensión arterial en medicina familiar (MMIM 2022 y 2025) DM 03 Porcentaje de pacientes que viven con diabetes en control glucémico con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor o igual a 7% (MMIM 2022 y 2025)	C2 Prevención, control y respuesta ante riesgos sanitarios asociados a la atención de la salud realizados IAAS 01 Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por 1,000 días estancia en Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención con 20 camas censables o más, o en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) (MMIM 2025)	C3 Atención médica en servicios de urgencias en unidades de segundo nivel y en UMAE otorgada HOSP 02 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (más de 12 horas) en el área de Observación en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel (MMIM 2025)	C4 Atención hospitalaria en unidades de segundo nivel y en UMAE otorgada HOSP 03 Porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de Especialidad a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención (MMIM 2025) HOSP 08 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 de Segundo o de Tercer Nivel de atención (MMIM 2025)	C5 Atención obstétrica otorgada o Atención materna integral otorgada Materna 06 Porcentaje de prematuridad (26 a 36.6 semanas de gestación) en Unidades médicas de Segundo Nivel de atención y en Unidades Médicas de Alta Especialidad (MMIM 2022 y 2025)	C6 Servicios farmacéuticos otorgados Porcentaje de surtimiento de recetas médicas (MMICCA 2021, MIR 2025)
Actividades	C1A1 Atención a pacientes con enfermedades crónicas en unidades de medicina familiar Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar (MIR 2025) Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (MIR 2025)	C2A1 Limpieza de las Unidades Médicas Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos (MIR 2025)	C3A1 Otorgamiento de consulta en urgencias HOSP 01 Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel (MMIM 2025)	C4A1 Otorgamiento de consultas HOSP 04 Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención (MMIM 2025) C4A2 Hospitalización HOSP 05 Porcentaje de ocupación hospitalaria en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de atención (MMIM 2025) C4A3 Programación y realización de cirugías HOSP 09 Porcentaje de ocupación de las salas de quirófano en días hábiles, en horario diurno en Unidades de Segundo o de Tercer Nivel de Atención (MMIM 2025) CUMAE 03 Promedio de cirugías por sala de cirugía efectiva por día en Unidades Médicas de Alta Especialidad (MMIM 2025)	CSA1 Seguimiento al embarazo y vigilancia prenatal Atención de complicaciones obstétricas y perinatales Materna 02 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal (MMIM 2022 y 2025) CSA2 Atención de complicaciones obstétricas y perinatales Porcentaje de mujeres con preeclampsia - eclampsia (MMIM 2022, MIR 2025) Materna 04 Porcentaje de hemorragia obstétrica de la primera y segunda mitad del embarazo (MMIM 2025)	Actividades por definir por el Pp Indicadores disponibles en el MMICCA 2021

Fuente: Elaboración propia con base en la MIR 2025 del Pp E011, el MMIM 2022 y 2025 y el MMICCA 2021.

ANEXO E. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 4, ELEMENTOS 2026

A continuación, en las siguientes tablas se presentan los indicadores adicionales de la MIR 2026 del Pp E031 y su información, organizados por nivel de objetivos, mientras que el análisis de la lógica horizontal se incluye después de cada tabla.

Tabla 1516. Indicadores adicionales en la MIR 2026

Nivel: Fin					
Objetivo: Contribuir a asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
F.2 Tiempo de espera para la realización de cirugías electivas.	Promedio de días transcurridos entre: 1. La fecha de la primera consulta de especialidad registrada para un derechohabiente (identificado por su NSS y agregado médico) en el mismo hospital y especialidad que realizará la intervención quirúrgica, asociada a un diagnóstico principal CIE-10 y 2. La fecha de la cirugía electiva correspondiente a ese mismo diagnóstico principal CIE-10, siempre que no haya sido concertada y haya sido solicitada en consulta externa.	Día	Estratégico, Eficacia, Anual	Días transcurridos entre la consulta y la cirugía.: Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS) y Sistema de Información Médico Operativa. ; Número de cirugías electivas, no concertadas y solicitadas en consulta externa en derechohabientes.: Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS).	Los determinantes sociales en salud de impacto negativo disminuyen.
Nivel: Componente					
Objetivo del Componente 6: C6 Equipos médicos y no médicos adquiridos para las Unidades del Instituto.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C6.1 Porcentaje de equipo no médico con acta entrega-recepción circunstanciada	(Equipos no médicos con acta entrega-recepción circunstanciada / Equipos no médicos autorizados) *100	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Semestral	Equipos no médicos con acta entrega-recepción circunstanciada: Equipos no médicos con acta entrega-recepción: Base de datos de la consulta anual. Información disponible en el Área de ingeniería, tecnología y equipo médico de la División de Conservación del IMSS ubicada en Sevilla 33 piso 7, delegación Juárez. Anual. ; Equipos no médicos autorizados: Equipos no médicos autorizados: Base de datos del Anexo 2 Cantidad y distribución de equipos. Información disponible en el Área de ingeniería, tecnología y equipo médico de la División de Conservación del IMSS ubicada en Sevilla 33 piso 7, delegación Juárez. Anual.	Los proveedores cumplen puntualmente con las obligaciones contractuales.



C6.2 Porcentaje de equipo médico recibido	(Equipos médicos recibidos / Equipos médicos autorizados) *100	Porcentaje	Estratégico, Eficacia, Semestral	Equipos médicos recibidos: Equipos médicos recibidos: Sistema PREI-Finanzas. Información disponible en el Área de Infraestructura Médica de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica del IMSS ubicada en Durango 291 piso 9, delegación Cuauhtémoc. Anual.; Equipos médicos autorizados: Equipos médicos autorizados: Sistema PREI-Finanzas. Información disponible en el Área de Infraestructura Médica de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica del IMSS ubicada en Durango 291 piso 9, delegación Cuauhtémoc. Anual.	
Nivel: Actividad del Componente 6					
Objetivo de la Actividad: C6A1 Adjudicación de procedimientos de adquisición de equipamiento.					
Indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Tipo Dimensión Frecuencia	Medios de verificación	Supuestos
C6A1.1 Porcentaje de expedientes para la adquisición de equipo no médico que llegan a fallo	(Número de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo / Número de expedientes de sustitución de equipamiento no médico concluidos) *100	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Cantidad de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo: Cantidad de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo: Cantidad de expedientes aprobados para su implementación: Expedientes: https://upcp-compranet.funcionpublica.gob.mx/sitiopublico/#/ ; Cantidad de expedientes elaborados: Cantidad de expedientes elaborados: Expedientes: https://compranet.funcionpublica.gob.mx/esp/toolkit/opportunity/opportunityList.do?reset=true resetstored=true oppList=PAST userAct=changeLangInde. Trimestral.	Participación de oferentes con propuestas técnicas y económicas convenientes. La normatividad aplicable al inicio de la convocatoria se mantiene sin modificaciones durante el proceso.
C6A1.2 Porcentaje de adquisición de equipo médico	(Número de requerimientos de equipo médico que llega a fallo / Número de requerimientos de equipos médicos incorporados a los procedimientos de adquisición) *100	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Número de requerimientos de equipo médico que llega a fallo en el periodo t: Equipo médico que llega a fallo: Sistema PREI-Finanzas. Información disponible en el Área de Infraestructura Médica de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica del IMSS ubicada en Durango 291 piso 9, delegación Cuauhtémoc. Anual. ; Número de requerimientos de equipos médicos incorporados a los procedimientos de adquisición en el periodo t: Equipos médicos incorporados a los procedimientos de adquisición: Sistema PREI-Finanzas. Información disponible en el Área de Infraestructura Médica de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica del IMSS ubicada en Durango 291 piso 9, delegación Cuauhtémoc. Anual.	
C6A1.1 Porcentaje de expedientes para la adquisición de equipo no	(Número de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo / Número de expedientes de sustitución	Porcentaje	Gestión, Eficacia, Trimestral	Cantidad de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo: Cantidad de expedientes de sustitución de equipo no médico, que llegan a fallo: Cantidad de expedientes aprobados para su implementación: Expedientes: https://upcp-	



médico que llegan a fallo	de equipamiento no médico concluidos)*100			compranet.funcionpublica.gob.mx/sitiopublico /#/ ; Cantidad de expedientes elaborados: Cantidad de expedientes elaborados: Expedientes: https://compranet.funcionpublica.gob.mx/esp/toolkit/opportunity/opportunityList.do?reset=true&resetstored=true&opList=PAST userAct=changeLangInde. Trimestral.	
------------------------------	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia con base en el documento de Metodología y Memoria de Cálculo del Pp E031.

El indicador agregado al nivel de Fin es claro y relevante, ya que mide la oportunidad en la prestación de servicios quirúrgicos, una dimensión fundamental de la calidad de la atención médica y del derecho efectivo a la salud. Su definición permite observar la eficiencia institucional en la programación y atención de cirugías, así como la capacidad del sistema para responder oportunamente a la demanda. No obstante, al analizar su ubicación dentro de la lógica vertical, se identifica que el objetivo de Fin no corresponde a un resultado externo al ámbito operativo del programa, sino a un efecto directamente atribuible a la gestión institucional del IMSS. Por tanto, aunque su contenido es relevante, su ubicación en la estructura lógica del programa no cumple con los criterios de lógica causal establecidos en la MML.

El origen de esta inconsistencia proviene de los lineamientos 11 y 24 de *los Lineamientos aplicables a las etapas de programación y presupuestación del ciclo presupuestario 2026* que mandata la inclusión al objetivo de nivel fin aquél que corresponda a su programa sectorial o institucional a fin de que el Pp se encuentre vinculado a la consecución de los objetivos de los programas derivados del PND, pues como se señaló en la respuesta previa, se encuentra alineado con el Objetivo Institucional 1 del PIIMSS 2025–2030, que establece “Asegurar la oportunidad en la provisión de servicios médicos y entrega de medicamentos en la población derechohabiente. Sin embargo, de conformidad con la MML, se trata de un resultado interno del programa (o al menos del Instituto), y no de una contribución externa. Por ello, y derivado de la relevancia estratégica a nivel institucional que representa actualmente la oportunidad en consultas y cirugías, tendría más sentido su ubicación en el nivel de Propósito, si bien metodológicamente su ubicación correcta es a nivel de Componente.

Los nuevos indicadores del Componente C6 son claros y relevantes para medir los avances en la adquisición y dotación de equipamiento institucional, condición indispensable para garantizar la continuidad de los servicios médicos.

Los indicadores de la nueva actividad C6A1 son claros, relevantes y adecuados para medir la gestión de los procesos de contratación y adquisición de equipamiento. Estos indicadores son coherentes con el nivel de Actividad, ya que permiten monitorear el desempeño del proceso de adquisición del equipo requerido para proveer servicios. De reubicar el C6 y sus indicadores a nivel de Actividad, se sugiere valorar la no inclusión de los indicadores en la MIR, los indicadores propuestos para el nivel de Actividad.

Finalmente, en todos los niveles, los medios de verificación identificados o inferidos son necesarios, pero no siempre suficientes. Se recomienda que las fichas técnicas de 2026 incluyan las fuentes de información



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



específicas, las variables y los criterios de registro que permitan replicar los cálculos, como ya se tiene desarrollado para los indicadores incluidos en la MIR 2025.

En resumen, los nuevos elementos incorporados a la MIR 2026 fortalecen el instrumento, pero se requieren ajustes metodológicos para mantener la coherencia con la lógica vertical y horizontal, conforme a la MML. Finalmente, cabe precisar que las recomendaciones realizadas a la MIR vigente permanecen para la propuesta de MIR 2026.

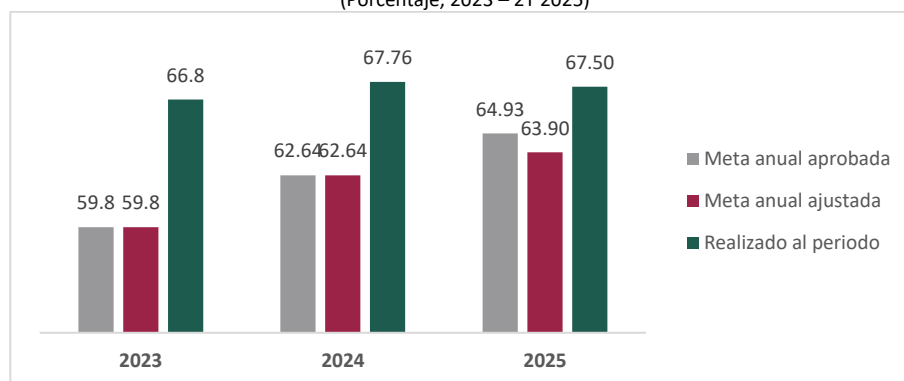
ANEXO F. CONTINUACIÓN DE LA RESPUESTA AL REACTIVO 8

Indicador de Componente. C1.1 Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar

a) Análisis de metas

Gráfica 5. Metas y avances del Indicador C1.1

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 (59.8, 62.64 y 64.93%, respectivamente), junto con las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre de 2025, son crecientes en el tiempo, pero se ubican por debajo de la línea base (79.63%), por lo que el nivel de exigencia programado es moderado en relación con el referente histórico.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (66.8%) supera la meta aprobada y ajustada (59.8%), con un avance de 111.7%. En 2024, el resultado (67.76%) también rebasa la meta (62.64%), con un avance de 108.2%. El valor alcanzado al segundo trimestre (67.5%) supera la meta ajustada anual (63.9%), con avance de 105.6%. Las justificaciones del indicador señalan que este desempeño se asocia a la continuidad en la atención de pacientes subsecuentes en Medicina Familiar, al seguimiento clínico sistemático de personas con hipertensión arterial y al registro oportuno y completo de la información en los sistemas institucionales, elementos que forman parte de la operación ordinaria del programa y de procesos clínicos consolidados orientados al control adecuado de la enfermedad. En este contexto, el sobrecumplimiento reiterado de las metas en los tres periodos, por encima del rango satisfactorio, junto con que éstas se ubican consistentemente por debajo del valor de la línea base (79.63%), sugiera el establecimiento de metas poco exigentes frente a la capacidad operativa observada del programa y al desempeño histórico del indicador.

Eficiencia:



Los resultados del indicador muestran un comportamiento consistente con los procesos clínicos y operativos mediante los cuales el Pp E011 da seguimiento regular a pacientes subsecuentes con hipertensión arterial como parte de la operación habitual de las UMF. En este sentido, el desempeño observado sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa existente, en congruencia con la provisión sistemática de estos servicios.

Relevancia:

El indicador es pertinente para medir el componente de control de enfermedades crónicas, al reflejar la proporción de pacientes hipertensos subsecuentes con cifras de presión adecuadas en Medicina. Además, contribuye al propósito de reducir la morbilidad en la población usuaria del IMSS, dado que el adecuado control de la hipertensión reduce complicaciones y demanda de servicios de mayor complejidad.

b) Suficiencia

Los avances de 2023, 2024 y el segundo trimestre de 2025 muestran niveles de cumplimiento superiores a las metas programadas y una tendencia ascendente en el porcentaje de pacientes con control adecuado. Las justificaciones señalan que está asociado a la continuidad de la atención de pacientes subsecuentes y al registro completo de la información hasta diciembre de cada año, y al segundo trimestre de 2025. No obstante, el hecho de que las metas se ubiquen por debajo de la línea base y que el indicador supere de manera sistemática las metas programadas sugiere que existe margen para establecer metas más retadoras. En este contexto, los resultados son consistentes con el objetivo del componente y documentan avances en el control de la hipertensión en la población media, aunque persiste una brecha para lograr el control adecuado del total de pacientes subsecuentes con diagnóstico de hipertensión arterial sistemática atendidos.

c) Correlación con el presupuesto

Entre 2023 y 2024 el presupuesto modificado y pagado del programa se incrementa y se ejerce en su totalidad; mientras que, en 2025, el gasto avanza conforme al semestre. En este contexto, el indicador muestra mejoras sostenidas, por lo que el nivel de recursos es compatible con resultados crecientes, aunque no se identifica un monto específico ligado al control de hipertensión.

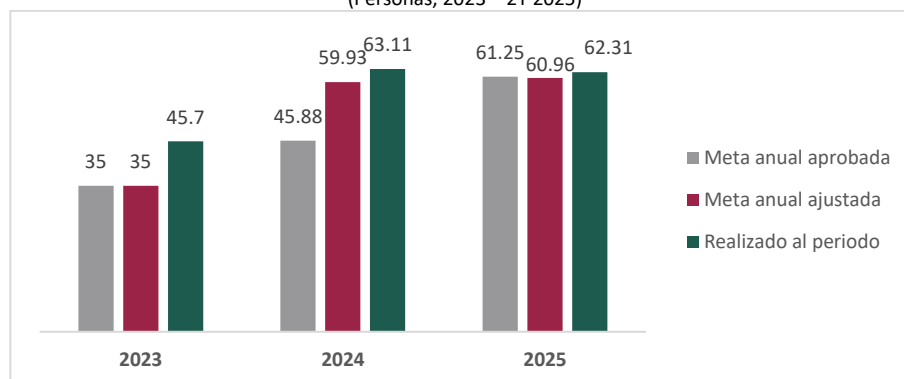


Indicador de Componente. C1.2 Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70–130 mg/dl)

a) Análisis de metas

Gráfica 6. Metas y avances del Indicador C1.2

(Personas, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 (35, 45.88 y 61.25%, respectivamente), las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre de 2025 (60.96%) son crecientes en el tiempo y se sitúan por encima de la línea base (20.63%), lo que refleja una orientación hacia el desempeño para mejorar el control glucémico.

Eficacia:

En 2023 el valor realizado (45.7%) supera ampliamente la meta de 35%, con un avance de 130.6%. En 2024 el resultado (63.11%) rebasa la meta ajustada (59.93%), con un avance de 105.3%, cercano al rango satisfactorio. El valor alcanzado al segundo trimestre (62.31%) supera la meta al periodo (60.96%), con un avance de 102.2%, dentro del rango satisfactorio.

Eficiencia:

Los resultados alcanzados muestran un comportamiento consistente con los procesos clínicos y de seguimiento mediante los cuales el Pp E011 brinda atención continua a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en las UMF. El desempeño refleja la capacidad del programa para sostener el control metabólico de los pacientes subsecuentes dentro de su operación regular, lo que sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para la provisión de estos servicios, en congruencia con la atención sistemática de enfermedades crónico-degenerativas.

Relevancia:

El indicador es relevante para el componente, ya que mide el control metabólico de una enfermedad crónico-degenerativa de gran impacto en la carga de enfermedad y en el uso de servicios del IMSS. Aporta evidencia directa sobre los resultados de la atención en salud brindada a personas con diabetes tipo 2 y contribuye de manera significativa al propósito de disminuir la morbilidad entre la población usuaria.

b) Suficiencia

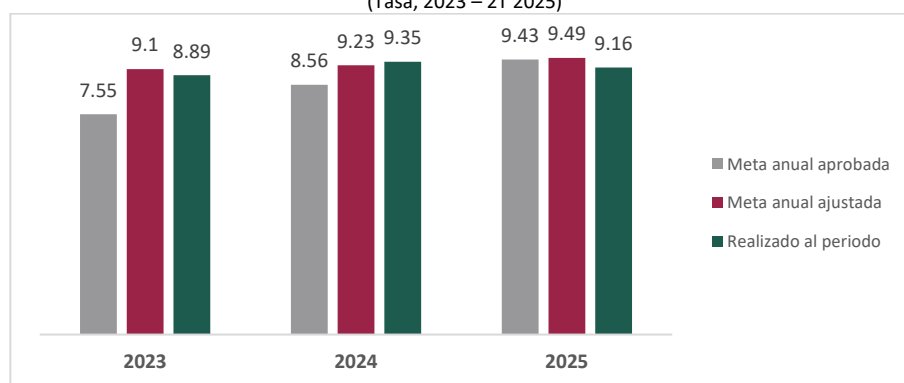
Los avances observados, que superan ampliamente la línea base y las metas programadas, indican un progreso importante en el control glucémico de la población con diabetes tipo 2 considerada en el indicador. Las justificaciones señalan que está asociado a la atención clínica de pacientes subsecuentes y al uso de los sistemas institucionales para el registro de la información. Sin embargo, el sobrecumplimiento de 130.6% en 2023 y el incremento de las metas en los años siguientes sugieren que el nivel de exigencia inicial fue conservador en relación con el desempeño observado. En este contexto, los resultados son consistentes con el objetivo del componente y documentan avances en el control glucémico de la población medida, aunque persiste una brecha para lograr el control adecuado del total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 subsecuentes atendidos por el IMSS.

c) Correlación con el presupuesto:

El incremento del presupuesto modificado y el ejercicio total de los recursos en 2023 y 2024, así como el avance del gasto en 2025, son consistentes con un aumento sostenido del porcentaje de pacientes con control glucémico adecuado; lo que sugiere que la disponibilidad de recursos ha acompañado el esfuerzo por mejorar el control de la diabetes, aunque no es posible atribuir un monto específico del gasto a este componente.

Indicador de Componente. C2.1 Tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días estancia en Unidades Médicas Hospitalarias de 20 o más camas censables**a) Análisis de metas****Gráfica 7. Metas y avances del Indicador C2.1**

(Tasa, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas al indicador para el periodo 2023–2025 son 7.55, 8.56 y 9.43, respectivamente, mientras que las metas ajustadas 2023 y 2024 son 9.10 y 9.23. Todas las metas se encuentran por debajo de la línea base (12.78 por 1,000 días estancia), lo que es congruente con el sentido descendente del indicador. Las metas siguen una trayectoria incremental gradual de 7.55 a 9.43, manteniendo como referencia valores inferiores al histórico.



Eficacia:

En 2023, el valor realizado (8.89) se ubicó por debajo de la meta anual ajustada (9.10), lo que representó un avance de 102.3%, dentro del rango de cumplimiento satisfactorio. En 2024, el valor observado (9.35) se ubicó por encima de la meta anual ajustada (9.23), con un avance de 98.7%, también dentro del rango satisfactorio. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (9.16) se situó por debajo de la meta establecida para el periodo (9.49), con un avance de 103.5%, lo que refleja un cumplimiento satisfactorio respecto de la meta al periodo, considerando el sentido descendente del indicador

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento consistente durante el periodo analizado, en el que los valores realizados se mantienen cercanos a las metas. Este desempeño es congruente con la operación regular de los servicios hospitalarios y con la aplicación continua de los procesos de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud en las unidades médicas. En este contexto, el comportamiento observado sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para sostener las acciones de control de infecciones, sin que se identifiquen desviaciones relevantes respecto de la gestión ordinaria de estos servicios.

Relevancia:

El indicador es pertinente para el componente “Programas Integrales para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud aplicados”, al medir directamente un resultado crítico en términos de seguridad del paciente. Además de aportar información clave sobre la calidad de la atención y el entorno hospitalario, y contribuye al propósito de reducir la morbilidad y las complicaciones derivadas de la atención médica.

b) Suficiencia

Los resultados de 2023, 2024 y al segundo trimestre de 2025 se mantienen consistentemente por debajo de la línea base, con cumplimientos satisfactorios respecto de las metas ajustadas; lo que es congruente con el sentido descendente del indicador. En este sentido, los avances alcanzados son consistentes con el objetivo del componente orientado a reducir la incidencia de infecciones nosocomiales. Las justificaciones señalan que el comportamiento del indicador se relaciona con la operación regular de los procesos de vigilancia y control de infecciones en las unidades médicas, por lo que su seguimiento es relevante para dar continuidad a los resultados observados.

c) Correlación con el presupuesto

En un contexto de incremento presupuestal entre 2023 y 2024 y el ejercicio completo de los recursos, el indicador se ha mantenido por debajo de la línea base y dentro del rango de cumplimiento esperado, pero con una ligera tendencia al alza. Los resultados indican que, con mayores recursos, el programa ha sostenido un nivel de control de infecciones mejor que el valor de referencia, pero sin una mejora sustantiva; por lo que la correlación se limita a un acompañamiento general del gasto con la continuidad de la operación, más que a un efecto incremental sobre el desempeño del indicador.

Indicador de Componente. C3.1 Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel

a) Análisis de metas

Gráfica 8. Metas y avances del Indicador C3.1

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas aprobadas anuales para el periodo 2023-2025 son 46.0, 44.9 y 44.91%, respectivamente, las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 se mantienen en 46.0 y 44.9% y la meta al segundo trimestre de 2025 equivale a la meta anual. Todos los valores de las metas son altos respecto al valor de línea base (31.54%), lo que es inconsistente con la orientación hacia el desempeño para un indicador de comportamiento descendente que busca disminuir estancias prolongadas. No obstante, la ligera disminución de las metas entre 2023 y 2024, y su estabilización en 2025, indican una orientación a la mejora incremental del desempeño dentro de un contexto operativo complejo.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (46.91%) se ubicó por encima de la meta anual ajustada (46.0%), lo que representó un avance de 98.0%, dentro del rango de cumplimiento satisfactorio. En 2024, el valor observado (51.7%) superó la meta anual ajustada (44.9%), con un avance de 84.9%, por debajo del rango satisfactoria, lo que refleja un incumplimiento relevante respecto de la reducción esperada. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (42.4%) se situó por debajo de la meta establecida para el periodo (44.91%), con un avance de 105.6%, ligeramente por encima del rango satisfactorio. Este último resultado indica una mejora respecto a los valores observados en 2023 y 2024, sugiriendo un avance parcial, pero todavía no sostenible, hacia la reducción de estancias prolongadas.

Eficiencia:

Los resultados muestran que el desempeño no ha sido homogéneo durante el periodo analizado. En 2024, el comportamiento refleja limitaciones en la gestión de los servicios de urgencias, asociadas principalmente a la saturación hospitalaria, la disponibilidad de camas de hospitalización y la menor supervisión operativa. En contraste, al segundo trimestre de 2025, se observa una mejoría respecto a 2023 y 2024, asociada a la



priorización clínica mediante TRIAGE, la redistribución de la demanda hacia el primer nivel y una mayor oportunidad en interconsultas y apoyos diagnósticos. En este contexto, el desempeño reciente sugiere un uso más funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible, en congruencia con la prestación regular de los servicios de urgencias y con los procesos de coordinación hospitalaria implementados durante el periodo.

Relevancia:

El indicador es pertinente para el seguimiento del componente, al medir un aspecto clave para valorar la oportunidad y continuidad de la atención en urgencias y que permite identificar condiciones operativas que afectan la resolución de la demanda de este servicio. Por ello, el indicador contribuye al cumplimiento del objetivo del programa al aportar información sobre un punto crítico del proceso de atención en segundo nivel.

b) Suficiencia

Los resultados observados en el periodo 2023-2025 evidencian avances parciales, pero insuficientes para consolidar una mejora sostenida en la reducción de estancias. En 2023, el resultado se acerca al programado, pero para 2024 las justificaciones señalan que el desempeño estuvo influido por la saturación hospitalaria, la disponibilidad limitada de camas, una menor supervisión en los servicios de urgencias y por la insuficiencia de médicos especialistas en urgencias. Al segundo trimestre de 2025, la mejora en el resultado se asocia con mejoras en la oportunidad de interconsultas, auxiliares diagnósticos y toma de decisiones clínicas. En este contexto, aunque el desempeño al segundo trimestres de 2025 indica una mejoría, persisten factores estructurales que afectan la operación del servicio de urgencias y que inciden en sus sostenibilidad.

c) Correlación con el presupuesto:

Dado que el programa ha contado con niveles crecientes de presupuesto modificado y ejercido durante el periodo analizado, el comportamiento del indicador muestra variaciones relevantes en el periodo analizado asociados principalmente con factores operativos más que con restricciones presupuestales. En este sentido, no se observa una relación directa entre el incremento del gasto y mejoras proporcionales en el desempeño del indicador, por lo que la correlación se identifica más como un acompañamiento del presupuesto con la continuidad del servicio que como un efecto incremental sobre la reducción de estancias prolongadas.

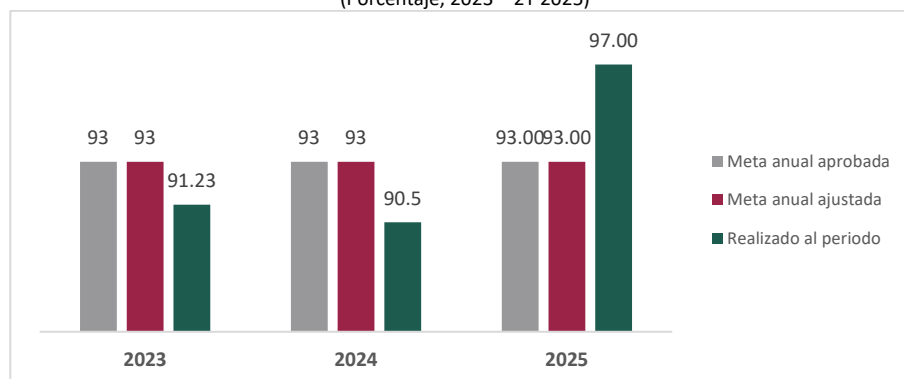


Indicador de Componente. C4.1 Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza una cirugía electiva no concertada, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad

a) Análisis de metas

Gráfica 9. Metas y avances del Indicador C4.1

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 es 93% en todos los casos, mientras que las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre de 2025 mantienen el mismo valor; lo que corresponde a un nivel de exigencia estable en el periodo. Aunque las metas son ligeramente inferiores a la línea base (94.9%), puede considerarse que están orientadas a impulsar el desempeño al considerar los valores realizados en 2023 y 2024, si bien deberá reconsiderarse cuando se tenga el valor realizado para todo 2025.

Eficacia:

En 2023 el valor realizado (91.23%) representa un avance de 98.1% respecto de las metas. En 2024 el resultado (90.5%) equivale a 97.3% de las metas. En 2025, el valor del segundo trimestre (97%) supera la meta al periodo (93%), con avance de 104.3%. En los tres casos, los avances corresponden a cumplimientos satisfactorios de las metas.

Eficiencia:

Los resultados muestran que el desempeño no ha sido homogéneo durante el periodo analizado. En 2023 y 2024, los valores realizados se asocian a factores operativos como la existencia de rezagos quirúrgicos acumulados, la realización de remodelaciones en algunos quirófanos y la necesidad de mantener la atención simultánea de cirugías programadas y servicios hospitalarios regulares en las UMAE. En contraste, al segundo trimestre de 2025 el indicador refleja una mejoría, atribuida a la implementación de estrategias específicas para la recuperación de los servicios quirúrgicos y a una mayor organización de la programación quirúrgica, incrementando el número de cirugías realizadas en los tiempos establecidos. En este contexto, el desempeño reciente del indicador sugiere un uso más funcional de la capacidad instalada y de los recursos disponibles del programa para atender la demanda quirúrgica, en congruencia con la provisión regular de los servicios de alta especialidad.

Relevancia:



El indicador es pertinente para el componente, al medir la oportunidad en la resolución de cirugías electivas no concertadas en las UMAE, aspecto clave para el acceso oportuno a procedimientos especializados y para la reducción de riesgos asociados a la espera prolongada de una intervención quirúrgica. En este sentido, su seguimiento resulta central para valorar el desempeño del programa en la atención hospitalaria de alta especialidad y su contribución a la reducción de complicaciones derivadas de la atención tardía.

b) Suficiencia

Los resultados de 2023 y 2024 muestran niveles de cumplimiento satisfactorios, aunque ligeramente inferiores a la meta aprobada y a la línea base, lo que evidencia áreas de oportunidad en la programación y oportunidad de las cirugías electivas no concertadas. En contraste, el valor observado al segundo trimestre de 2025 supera tanto la meta del periodo como la línea base, lo que refleja un avance relevante en la oportunidad de la atención quirúrgica. Las justificaciones señalan que esta mejora se asocia a la realización de jornadas de abatimiento de rezagos y al seguimiento institucional mediante el Portal de Indicadores Médicos. No obstante, será necesario contar con el valor anual definitivo de 2025 para determinar si este avance puede sostenerse de manera consistente y resulta suficiente para consolidar el logro del objetivo del componente.

c) Correlación con el presupuesto

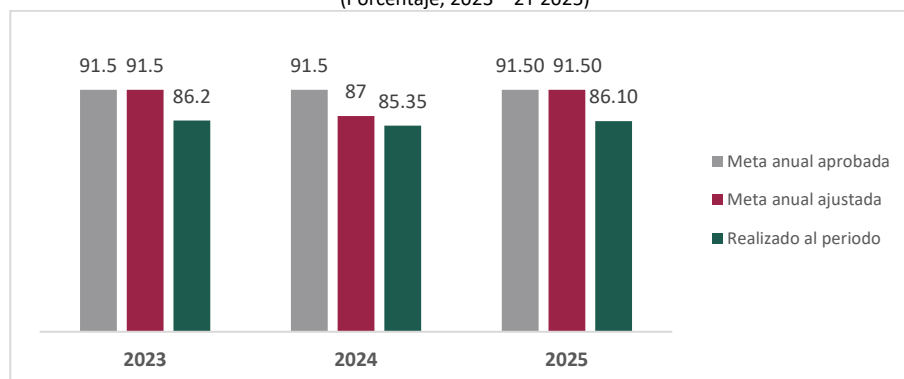
En el contexto de un presupuesto modificado creciente y ejercido en su totalidad en 2023 y 2024, los niveles de oportunidad en la realización de cirugías electivas no concertadas se mantuvieron por debajo de la meta aprobada y de la línea base durante esos ejercicios, lo que sugiere que, en dicho periodo, los recursos disponibles no se tradujeron plenamente en mejoras en los procesos de programación y resolución quirúrgica. No obstante, al segundo trimestre de 2025 se observa una mejoría en el desempeño del indicador, asociada a la implementación de estrategias específicas para la recuperación de los servicios quirúrgicos, lo que indica una utilización más funcional de los recursos y de la capacidad instalada para atender la demanda quirúrgica en las UMAE.

Indicador de Componente. C4.2 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

a) Análisis de metas:

Gráfica 10. Metas y avances del Indicador C4.2

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 es 91.5% en todos los años, la meta ajustada para 2023 y la meta al segundo trimestre de 2025 mantienen el mismo valor; mientras que la meta anual ajustada para 2024 es 87%. En todos los casos, las metas se encuentran ligeramente por debajo de la línea base (92.7%) -con un descenso significativo en la meta ajustada para 2024-, lo que es inconsistente con el sentido ascendente del indicador. No obstante, con base en los valores realizados al cierre de los periodos, puede considerarse que las metas están orientadas al desempeño.

Eficacia:

En 2023 el valor realizado (86.2%) representa 94.2% de la meta ajustada. En 2024 el resultado (85.35%) corresponde al 98.1% de la meta ajustada. Mientras que, en 2025, el valor al segundo trimestre (86.1%) equivale a 94.1% de la meta al periodo, por lo que el desempeño sigue sistemáticamente por debajo del nivel programado, pero cerca del límite inferior del rango satisfactorio (95-105%).

Eficiencia

Los resultados muestran que el desempeño del indicador durante el periodo analizado ha estado consistentemente por debajo de las metas, asociado a factores estructurales de la operación de las UMAE, como la alta demanda de consultas de especialidad, la disponibilidad limitada de consultorios y personal médico especializado, y la acumulación de rezagos en la programación de citas. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado se asocia al seguimiento institucional del proceso y a una mayor organización en la programación de las consultas de especialidad. No obstante, dado que el valor observado al segundo trimestre de 2025 es similar a los registrados en ejercicios anteriores, el desempeño del indicador sugiere que la operación se ha mantenido en niveles comparables, sin que hasta el momento se evidencie un cambio sustantivo en la capacidad operativa que permita cerrar la brecha respecto de la meta establecida.

Relevancia:

157 Monte Líbano 1110 Lomas de Chapultepec C.P. 11000
correo@ideaconsultores.com

México D.F. 52 02 02 82
www.ideaconsultores.com



El indicador es relevante para el componente, al medir un aspecto clave para el acceso oportuno a la atención especializada y para la continuidad del proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes. Su comportamiento permite valorar la capacidad del programa para responder a la demanda de servicios especializados dentro de plazos definidos, lo que incide directamente en la calidad de la atención y en la prevención de complicaciones asociadas a retrasos en la atención médica.

b) Suficiencia

Los resultados observados en 2023, 2024 y al segundo trimestre de 2025 muestran niveles de cumplimiento cercanos a la meta programada, aunque de manera sistemática por debajo de ésta y de la línea base. Si bien los avances reflejan una operación sostenida en la provisión de consultas de especialidad, las justificaciones señalan que persisten factores estructurales que limitan una mejora sustantiva en la oportunidad de atención, como la alta demanda de servicios especializados y la acumulación de rezagos en la programación de citas. En este sentido, los avances alcanzados resultan insuficientes para asegurar el logro pleno del objetivo del componente, al mantenerse una brecha persistente respecto de la meta establecida.

c) Correlación con el presupuesto

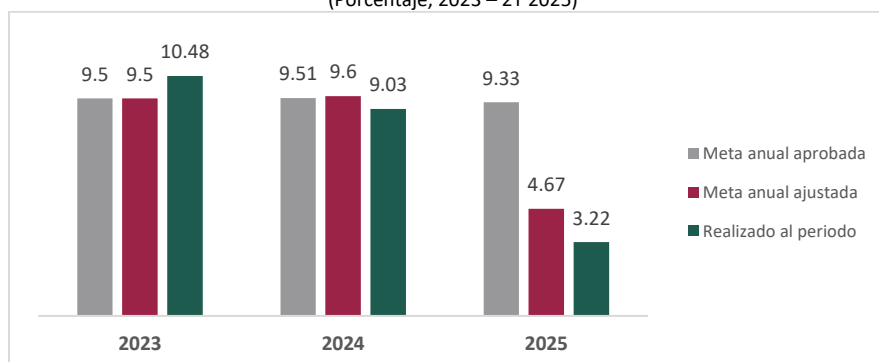
Durante el periodo 2023–2024, el Pp E011 registró un presupuesto modificado creciente y ejercido en su totalidad, mientras que en 2025 el ejercicio del gasto avanza conforme al calendario presupuestario. En este contexto, el comportamiento del indicador muestra que la disponibilidad presupuestaria ha permitido sostener la provisión regular de consultas de especialidad en las UMAE. No obstante, no se identifica una relación directa entre variaciones en el presupuesto y cambios proporcionales en los niveles de oportunidad en la consulta especializada, por lo que la correlación se limita a un acompañamiento general del gasto con la continuidad del servicio, más que a un efecto incremental del presupuesto sobre el desempeño del indicador.

Indicador de Componente. C5.1 Proporción de recién nacidos con prematuridad

a) Análisis de metas

Gráfica 11. Metas y avances del Indicador C5.1

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.



Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 son 9.5, 9.51 y 9.33%, respectivamente; mientras que las metas ajustadas para 2023 y 2024 son 9.5 y 9.6%, y la meta al segundo trimestre de 2025 es 4.67%. Todas las metas están por encima de la línea base (8.37%); lo que es incongruente con el sentido descendente del indicador, por lo que no se identifica que estén orientadas a impulsar el desempeño.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (10.48%) se ubicó por encima de la meta anual ajustada (9.50%), lo que representó un avance de 89.7%, por debajo del rango de cumplimiento satisfactorio. En 2024, el valor observado (9.03%) se situó por debajo de la meta anual ajustada (9.60%), con un avance de 105.9%, ligeramente por encima del rango satisfactorio, reflejando una mejora respecto a la reducción esperada. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (3.22%) fue menor que la meta establecida para el periodo (4.67%), con un avance porcentual de 131.1%, por encima del rango satisfactorio, lo que indica un desempeño mejor al programado para el periodo, considerando el sentido descendente del indicador.

Eficiencia:

Los resultados muestran un comportamiento no homogéneo durante el periodo analizado. En 2023, el desempeño refleja un valor superior al programado, en un contexto en el que la atención obstétrica se vio influida por condiciones clínicas y de riesgo presentes en la población atendida. En 2024 se observa una mejora respecto al ejercicio previo, asociada a la continuidad de la atención prenatal y al seguimiento clínico de las personas gestantes, tendencia que se mantiene al segundo trimestre de 2025. En este contexto, el desempeño reciente sugiere que el Pp E011 ha sostenido la provisión regular de los servicios obstétricos y perinatales dentro de su operación habitual, utilizando de manera funcional los recursos y la capacidad operativa disponible.

Relevancia:

El indicador es relevante para el componente ya que mide directamente la proporción de recién nacidos con prematuridad, un resultado crítico asociado a riesgos perinatales y a la demanda de cuidados intensivos neonatales. Contribuye al propósito de una menor morbilidad al mejorar los resultados del binomio madre-hijo y de reducir complicaciones perinatales.

b) Suficiencia

Aunque los valores realizados en 2024 y al segundo trimestre 2025 sugieren un desempeño en el sentido deseable del indicador, la trayectoria irregular observada y metas no alineadas con la línea base en 2023 y 2024, no permiten asegurar que los avances sean suficientes ni sostenibles para lograr el objetivo del componente en el tiempo.

c) Correlación con el presupuesto

En un contexto de presupuesto creciente y ejercido en su totalidad en 2023 y 2024, el indicador mostró un aumento de la prematuridad en 2023, seguido de una reducción en 2024 y un valor preliminar bajo al segundo trimestre de 2025. Esta trayectoria indica que, a partir de 2024, la provisión regular de los servicios ha coincidido con una mejora en el comportamiento del indicador. No obstante, las variaciones observadas también pueden



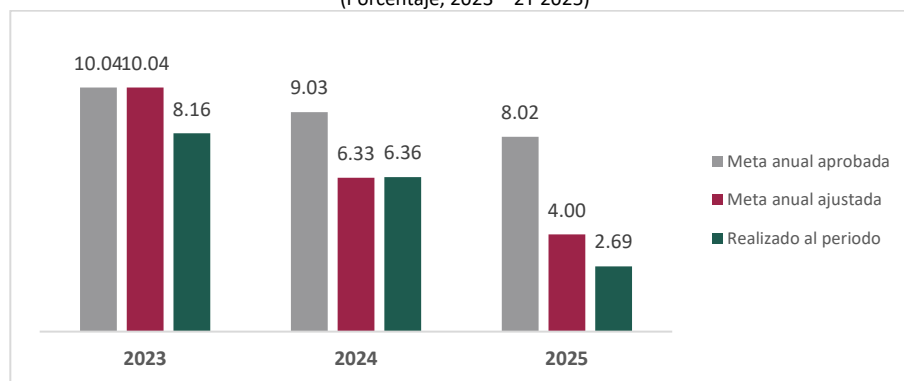
estar asociadas a factores clínicos, a cambios en los registros administrativos y a la composición de la población atendida, por lo que no es posible correlacionar dichos cambios con el nivel de gasto ejercido.

Indicador de Componente. C5.2 Porcentaje de mujeres con preeclampsia - eclampsia

a) Análisis de metas

Gráfica 12. Metas y avances del Indicador C5.2

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 son 10.4, 9.03 y 8.02%, respectivamente, mientras que las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 son 10.04 y 6.33%. Las metas están muy por encima del valor de la línea base (4.6%), lo que es incongruente con el sentido descendente del indicador y sugiere la programación de metas menos exigentes con respecto al valor de referencia. Por lo que no se identifica que estén orientadas a impulsar el desempeño. La meta al segundo trimestre de 2025 (4.0%) corresponde a un punto intermedio respecto a la meta anual aprobada y mantiene la orientación descendente esperada.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (8.16%) se ubicó por debajo de la meta anual ajustada (10.04%), lo que representó un avance de 118.7%, por encima del rango de cumplimiento satisfactorio. En 2024, el valor observado (6.36%) fue ligeramente superior a la meta anual ajustada (6.33%), con un avance de 99.5%, dentro del rango satisfactorio. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (2.69%) se situó por debajo de la meta establecida para el periodo (4.0%), con un avance de 132.8%, por encima del rango satisfactorio. En conjunto, el indicador muestra cumplimiento adecuado en 2024 y sobrecumplimientos en 2023 y 2025 (al segundo trimestre), consistentes con un desempeño favorable para este indicador de comportamiento descendente.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento favorable durante el periodo analizado, particularmente a partir de 2024 y al segundo trimestre de 2025. Este desempeño se asocia con la provisión regular de la atención obstétrica y perinatal, así como con el seguimiento clínico y la vigilancia prenatal que forman parte de la operación habitual del Pp E011. En este contexto, el comportamiento observado sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para la atención de los eventos obstétricos,



en congruencia con los procesos clínicos establecidos, sin que se identifiquen cambios sustantivos en la forma de operación del programa.

Relevancia:

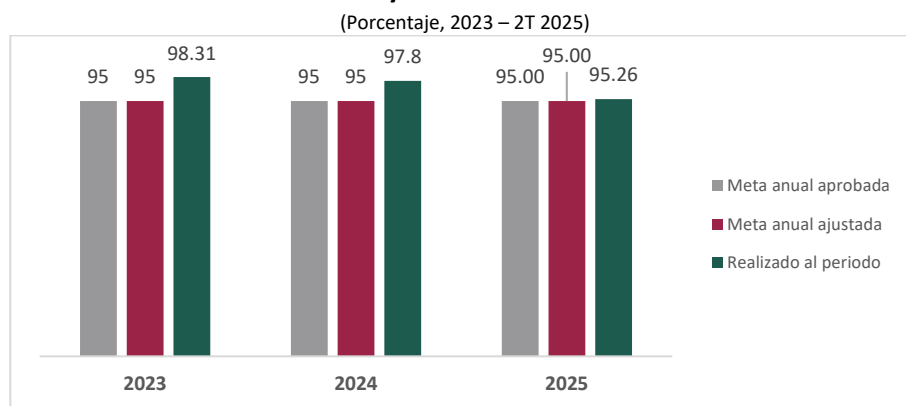
El indicador es pertinente al medir un desenlace materno adverso de alta relevancia para la salud pública cuya atención contribuye al objetivo central de reducir la morbilidad materna. Su seguimiento permite monitorear la oportunidad en la detección y manejo oportuno de factores de riesgo y el desempeño de los servicios obstétricos en la atención de eventos de riesgo durante el embarazo y el parto.

b) Suficiencia

Los resultados de 2023 y 2024 muestran que, aunque la proporción de casos se mantuvo por debajo de las metas programadas, los valores observados permanecieron por encima del valor de la línea base, lo que indica que persiste un espacio de oportunidad para consolidar una reducción sostenida de la preeclampsia-eclampsia a niveles inferiores al valor de referencia. Las justificaciones señalan que los datos corresponden a la información disponible en la plataforma de Indicadores Médicos y reflejan los esfuerzos en curso para la atención materna. No obstante, considerando la trayectoria histórica y la parametrización inicial de las metas, los avances requieren consolidarse y sostenerse en el tiempo para asegurar el logro pleno del objetivo del componente.

c) Correlación con el presupuesto

Con un presupuesto modificado creciente y plenamente ejercido en 2023 y 2024, los avances recientes sugieren que las acciones clínicas y de seguimiento obstétrico han tenido un impacto positivo en la reducción de los casos de preeclampsia-eclampsia. No obstante, el planteamiento inicial de las metas y la naturaleza clínica del evento limitan la posibilidad de establecer una relación directa entre el nivel de gasto y el comportamiento observado del indicador.

Indicador de Actividad. C1A1.1 Porcentaje de surtimiento de recetas médicas**a) Análisis de metas****Gráfica 13. Metas y avances del Indicador C1A1.1**

Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas en el periodo 2023–2025 y las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024, junto con la meta al segundo semestre de 2025, se mantienen constantes en 95%, por lo que el nivel de exigencia es estable, pero ligeramente inferior al valor de la línea base de 96%. Los valores alcanzados en 2023 y 2024 (superiores a las metas anuales), y la reducción del valor de la meta para el ciclo presupuestal 2026 a 93%, sugieren que las metas del indicador no están orientadas a impulsar el desempeño.

Eficacia:

En 2023 el valor observado fue 98.31%, con avance de 103.5%. En 2024 se registró 97.8% (102.9%) y al segundo trimestre de 2025, 95.26% (100.3%). En los tres periodos el indicador se ubica por encima de la meta del periodo correspondiente, aunque en 2025 el resultado es apenas superior, alcanzado cumplimientos satisfactorios de las metas.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento homogéneo y favorable a lo largo del periodo analizado, lo que se identifica congruente con la operación regular de los procesos de abasto y dispensación de medicamentos que articula el Pp E011, así como con la continuidad en la provisión de insumos terapéuticos a las personas usuarias. En este sentido, el desempeño del indicador sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para sostener el surtimiento de recetas médicas como parte de la atención cotidiana, en congruencia con la provisión sistemática de los servicios farmacéuticos institucionales.

Relevancia:

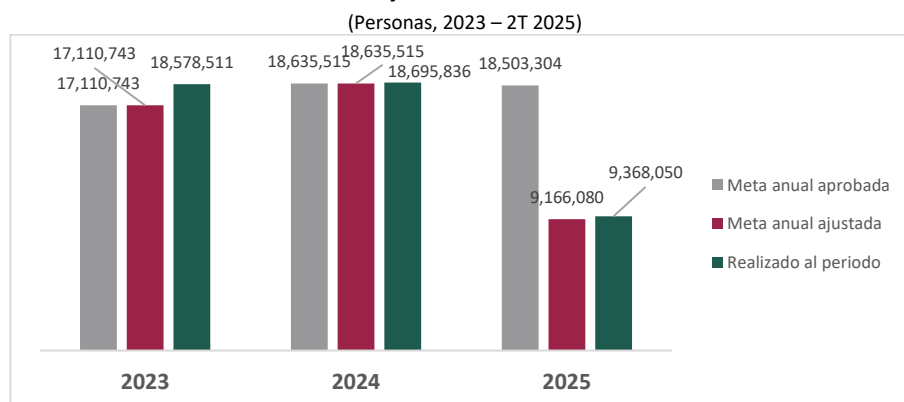
El indicador es pertinente para valorar el suministro de medicamentos, al medir el porcentaje de recetas atendidas respecto de las presentadas y vincularse directamente con la disponibilidad efectiva de tratamientos para la población derechohabiente.

b) Suficiencia

El cumplimiento superior al 100% en 2023 y 2024, y cercano al 100% en el segundo trimestre 2025, indica que el surtimiento de recetas se ha mantenido en niveles altos. No obstante, la meta anual permanece por debajo de la línea base, por lo que aún existe margen para reforzar la continuidad del abasto en todas las unidades, considerando siempre los factores externos que pueden afectar su cumplimiento.

c) Correlación con el presupuesto

Con un presupuesto modificado creciente y plenamente ejercido en 2023 y 2024 en el Capítulo 2000, la combinación de metas estables y altos niveles de cumplimiento, sugieren que el programa ha sostenido un surtimiento de recetas adecuado, sin evidenciar restricciones presupuestales relevantes para esta actividad.

Indicador de Actividad. C1A2.1 Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar**a) Análisis de metas****Gráfica 14. Metas y avances del Indicador C1A2.1**

Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas aumentan de 17.11 millones de pacientes en 2023 a 18.64 millones en 2024 y 18.50 millones en 2025, todas por encima de la línea base de 13.87 millones, lo que es congruente con el comportamiento ascendente del indicador. En 2025, la meta al segundo trimestre se fija en 9.17 millones, consistente con la medición progresiva del indicador en todo el año.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (18.58 millones de pacientes) se ubicó por encima de la meta anual ajustada (17.11 millones), lo que representó un avance de 108.6%, por encima del rango de cumplimiento satisfactorio. En 2024, el valor observado (18.70 millones) superó la meta anual ajustada (18.64 millones), con un avance de 100.3%, dentro del rango de cumplimiento satisfactorio. Al segundo trimestre de 2025, se reportan 9.37 millones de pacientes frente a una meta al periodo de 9.17 millones, con un avance de 102.2%. Dado el carácter acumulativo del indicador, este nivel de cumplimiento sugiere que, de mantenerse la tendencia observada, existe viabilidad para alcanzar la meta anual aprobada de 2025.



Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento estable durante el periodo analizado, que refleja la capacidad del Pp E011 para sostener el seguimiento clínico de pacientes con hipertensión arterial a través de los procesos habituales de atención, control y registro de consultas, en un contexto de alta demanda estructural. En este sentido, el desempeño del indicador sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para mantener la continuidad del seguimiento médico de pacientes crónicos, en congruencia con la provisión sistemática de estos servicios.

Relevancia:

El indicador es relevante para el control de enfermedades crónicas, al cuantificar la población con hipertensión que recibe seguimiento en Medicina Familiar. Sin embargo, como se señaló en la respuesta al reactivo 4, al estar expresados en valores absolutos, no miden cobertura ni eficacia, por lo que es deseable su transformación a una valoración en términos relativos que permita mejorar la comparabilidad y la interpretación del desempeño institucional.

b) Suficiencia

Los avances realizados en el periodo evaluado, superiores al 100%, muestran un alcance mayor al programado. Las justificaciones señalan que es debido a la continuidad de la atención y el tratamiento farmacológico de los pacientes. En este sentido, el indicador resulta suficiente para documentar el volumen de atención brindada y su contribución operativa al logro del Componente 1, al asegurar el seguimiento subsecuente de los pacientes como una condición necesaria para el control adecuado de la enfermedad.

c) Correlación con el presupuesto

Con un presupuesto modificado creciente y plenamente ejercido en 2023 y 2024, la expansión del número de pacientes subsecuentes atendidos con hipertensión sugiere que los recursos han permitido ampliar la atención a este grupo vulnerable cuya morbilidad representa una carga fuerte al IMSS.

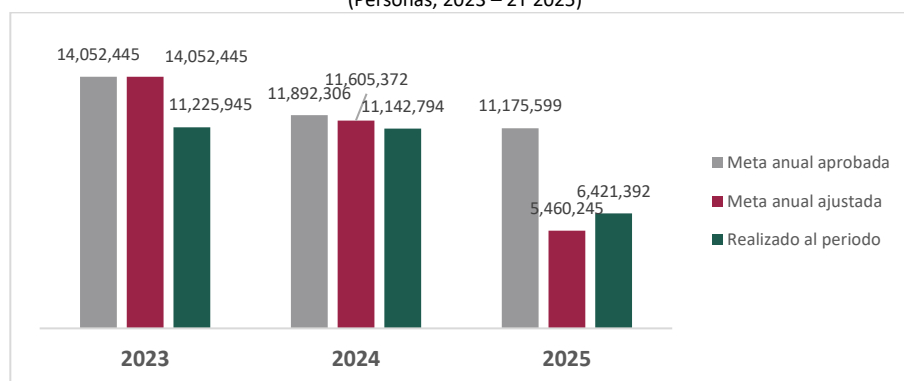


Indicador de Actividad. C1A2.2 Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2

a) Análisis de metas

Gráfica 15. Metas y avances del Indicador C1A2.2

(Personas, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración por Idea Consultores con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas descienden de 14.05 millones en 2023 a 11.89 millones en 2024 y 11.18 millones en 2025, todas por encima de la línea base de 9.52 millones; si bien la trayectoria refleja una reducción gradual en los volúmenes programados de atención subsecuente. La meta al segundo trimestre de 2025 se fija en 5.46 millones, la cual es consistente con la medición acumulativa del indicador y el seguimiento progresivo del avance en todo el año.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (11.23 millones) se ubicó por debajo de la meta anual ajustada (14.05 millones), con un avance de 79.9%, ubicándose por debajo del rango de cumplimiento satisfactorio; asociado a una menor afluencia de pacientes subsecuentes derivada del uso de recetas resurtibles en personas con control metabólico adecuado. En 2024, el valor observado (11.14 millones) se situó cercano a la meta anual ajustada (11.61 millones), con un avance de 96.0%, dentro del rango de cumplimiento satisfactorio. Al segundo trimestre de 2025, se reportan 6.42 millones de pacientes frente a una meta al periodo de 5.46 millones, con un avance de 117.6%. Dado que se trata de un indicador acumulativo, este nivel de cumplimiento sugiere que la meta anual aprobada para 2025 es factible de alcanzarse al cierre del ejercicio.

Eficiencia:

Los resultados muestran un comportamiento no homogéneo durante el periodo analizado. En 2023 y 2024, los valores realizados se asocian al uso del esquema de receta resurtible en pacientes clínicamente controlados, lo que redujo la frecuencia de asistencia a consulta subsecuente sin implicar una disminución en la continuidad del tratamiento. En contraste, al segundo trimestre de 2025 el indicador refleja un desempeño por arriba de la meta, vinculado a la utilización de esquemas operativos como la prestación de servicios en fines de semana a través de Unidades Médicas de Tiempo Completo. En este contexto, el comportamiento observado sugiere que el uso de los recursos y de la capacidad operativa disponible ha permitido realizar ajustes operativos en la provisión del servicio, particularmente en el seguimiento clínico de pacientes y en la programación de la atención.



Relevancia

El indicador es pertinente para la gestión de la atención a la diabetes tipo 2, al medir el volumen de pacientes subsecuentes en seguimiento y vincularse con los indicadores de control glucémico. Sin embargo, como se señaló en la respuesta al reactivo 4, al estar expresados en valores absolutos, no miden cobertura ni eficacia, por lo que es deseable su transformación a una valoración en términos relativos que permita mejorar la comparabilidad y la interpretación del desempeño institucional.

b) Suficiencia

El bajo cumplimiento de 2023 y el cumplimiento cercano a la meta ajustada en 2024 indican que la demanda ha estado por debajo de lo previsto. Las justificaciones señalan que en parte se debe por mecanismos de prescripción que reducen las consultas presenciales. El sobrecumplimiento observado en el segundo trimestre 2025 indica un incremento en la atención redistrada, a partir de información para los primeros cinco meses del año y su estimación para el mes de junio. En este sentido, los resultados permiten dimensionar la magnitud de la atención; no obstante, su aportación al propósito requiere complementarse con otros indicadores que permitan valorar la calidad de la atención y el control metabólico alcanzado.

c) Correlación con el presupuesto

La reducción relativa de la demanda por la estrategia de receta resurtible, combinada con niveles de presupuesto elevados, sugiere que la actividad ha logrado sostener la atención de pacientes con diabetes sin presión adicional significativa sobre el gasto, aunque la interpretación debe hacerse junto con los resultados clínicos.

Indicador de Actividad. C2A1.1 Eficacia del Proceso del Control de Ambientes Físicos

a) Análisis de metas

Gráfica 16. Metas y avances del Indicador C2A1.1

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas se fijan en 100 puntos para el periodo 2023–2025, mientras que las metas anuales ajustadas 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre de 2025 mantienen el mismo valor, con un valor de línea base de 71.84%. El nivel de exigencia es estable y alto, considerando el valor alcanzado en 2024.



Eficacia:

En 2023 el valor observado fue 100, con avance de 100%. En 2024 disminuyó a 84.85 (avance de 84.9%) y al segundo trimestre 2025 fue 85.38 (avance de 85.4%), quedando fuera del rango satisfactorio para los últimos dos periodos.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento no homogéneo durante el periodo analizado. El desempeño de 2024 y al segundo trimestre de 2025 se asocia a que las acciones de supervisión y control de ambientes físicos no se realizaron de manera uniforme, debido a ajustes en la programación de las verificaciones y a una cobertura parcial de los espacios previstos para revisión. Asimismo, se señala que la capacidad operativa disponible no permitió dar seguimiento oportuno a la totalidad de los ambientes sujetos a control. En este contexto, el desempeño observado sugiere que el uso de los recursos y de la capacidad operativa disponible no ha sido suficiente para sostener de manera continua el nivel de cumplimiento esperado.

Relevancia:

El indicador es relevante para los programas de limpieza y desinfección, al reflejar de forma agregada el nivel de cumplimiento del proceso de control de ambientes físicos en OOAD y UMAE.

b) Suficiencia

El cumplimiento pleno en 2023 y el descenso posterior indican que las acciones no han permitido sostener el nivel de limpieza esperado en todos los periodos asociado a vacancias de plazas de limpieza, compensadas parcialmente con personal temporal y capacitación continua. Asimismo, se reconoce que parte de la variación en los avances reportados puede estar relacionada con desfases en el registro y reporte mensual del Nivel Integral de Conservación, derivados de los criterios establecidos en el Instructivo de aplicación del Sistema de Evaluación Institucional de los Servicios de Conservación. En este contexto, los resultados no permiten señalar que los avances alcanzados sean suficientes para asegurar el cumplimiento sostenido del objetivo de la actividad en el tiempo.

c) Correlación con el presupuesto

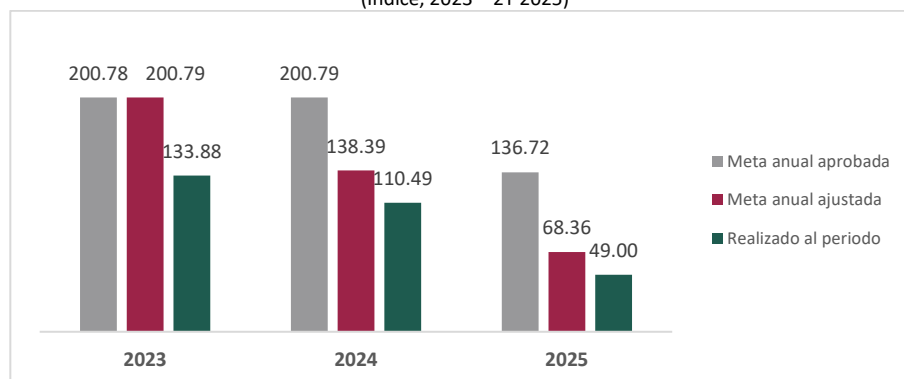
La caída del valor frente a metas constantes, en un contexto de presupuestos crecientes y ejercidos en su totalidad, sugiere que los resultados dependen más de la gestión de recursos humanos específicos y de la oportunidad de los reportes del NIC que del monto total asignado al programa.

Indicador de Actividad. C3A1.1 Índice consultas de urgencias por 1000 derechohabientes en unidades de segundo nivel

a) Análisis de metas

Gráfica 17. Metas y avances del Indicador C3A1.1

(Índice, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas se mantienen prácticamente constantes en 2023 y 2024 (200.78 y 200.79, respectivamente) y con una reducción significativa para 2025 (136.72), todas por debajo de la línea base (243.75). Las metas anuales ajustadas entre 2023 y 2024 bajan de 200.79 a 138.39, con una meta al segundo trimestre de 2025 de 68.36, que refleja un ajuste progresivo de la programación hacia menores niveles de utilización de los servicios de urgencias, en línea con una orientación a una menor demanda relativa.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado del indicador (133.88) se ubicó por debajo de la meta anual ajustada (200.79), lo que representó un avance de 66.7%. Si bien se encuentra fuera del rango satisfactorio, este resultado indica un nivel de utilización de los servicios de urgencias consistente con la orientación institucional de contener la demanda de atención no urgente en el segundo nivel. En 2024, el valor observado (110.49) fue inferior a la meta anual ajustada (138.39), con un avance de 79.8%, lo que refleja una menor presión sobre los servicios de urgencias respecto a lo previsto. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (49.00) se situó por debajo de la meta al periodo (68.36), con un avance de 71.7%. Dado que se trata de un indicador acumulativo, este comportamiento sugiere que el índice anual se mantendrá por debajo de la meta aprobada para 2025, en línea con la trayectoria observada en los años previos.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento relativamente estable durante el periodo analizado, y reflejan que la provisión de consultas de urgencias se mantiene dentro de los niveles esperados a partir de la operación regular de los servicios hospitalarios. En este contexto, el desempeño del indicador sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para atender la demanda de urgencias, en congruencia con la prestación continua de este tipo de servicios.



Relevancia:

El indicador es pertinente para valorar el uso de los servicios de urgencias de segundo nivel y el impacto de las estrategias de TRIAGE y envío consensuado en la racionalización de la demanda.

b) Suficiencia

Los avances por debajo de la meta en los tres periodos muestran que la demanda se mantiene menor que lo previsto; esto puede ser positivo si obedece a una mejor canalización de los pacientes, pero requiere complementarse con información sobre atención en primer nivel y eventos no atendidos. El indicador es suficiente para evidenciar la disminución de atenciones de urgencias, pero no para valorar integralmente la oportunidad y calidad de la atención.

c) Correlación con el presupuesto

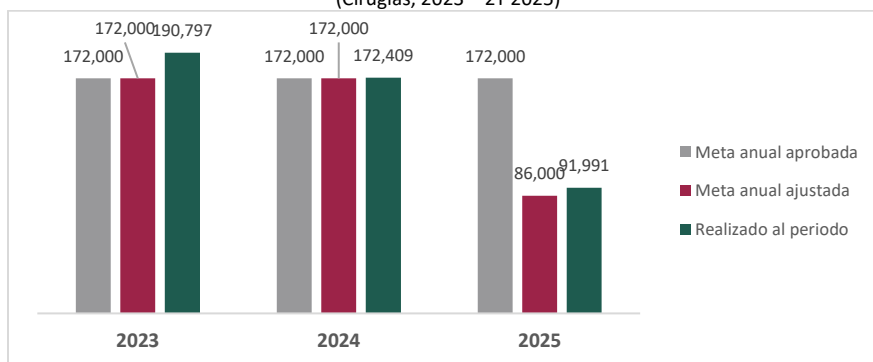
La reducción del índice en un contexto de incremento presupuestal indica que los recursos, combinados con estrategias de clasificación y referencia, han permitido disminuir la presión sobre los servicios de urgencias sin evidenciar un efecto negativo sobre la capacidad resolutive.

Indicador de Actividad. C4A1.1 Total de cirugías electivas programadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad

a) Análisis de metas

Gráfica 18. Metas y avances del Indicador C4A1.1

(Cirugías, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 se mantienen constantes en 172,000 cirugías; todas por encima del valor de la línea base de 168,068 cirugías; congruente el comportamiento ascendente orientado a incrementar la capacidad resolutive quirúrgica. En 2025 la meta al segundo trimestre es de 86,000 cirugías, consistente con la medición acumulativa del indicador en todo el año. La estabilidad de las metas refleja un esfuerzo por sostener niveles elevados de programación quirúrgica, aun en contextos operativos diferenciados entre ejercicios.

Eficacia:



En 2023, el valor realizado (190,797 cirugías) superó la meta anual ajustada (172,000), con un avance de 110.9%, sobrecumplimiento asociado a la realización de 24 Jornadas de Recuperación orientadas al abatimiento del rezago quirúrgico. En 2024, el valor observado (172,409 cirugías), representó un avance de 100.2% respecto de la meta anual ajustada (172,000), en un contexto de adecuaciones operativas, como la remodelación de quirófanos en algunas unidades. Al segundo trimestre de 2025, el valor realizado (91,991 cirugías) se ubica por encima de la meta al periodo (86,000), con un avance de 107.0%. Dado que se trata de un indicador acumulativo, este nivel de cumplimiento sugiere que la meta anual aprobada para 2025 es factible de alcanzarse al cierre del ejercicio, manteniendo la trayectoria observada en los años previos.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento favorable durante el periodo analizado iguales o superiores a las metas programadas, asociado con la atención de cirugías programadas y la organización de la actividad quirúrgica en las UMAE. En este sentido, el comportamiento observado sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para mantener la actividad quirúrgica programada.

Relevancia:

El indicador es relevante para el componente de atención especializada, al cuantificar el volumen de cirugías electivas programadas en UMAE y su contribución a la resolución oportuna de padecimientos. Sin embargo, como se señaló en la respuesta al reactivo 4, toda vez que está expresado en valores absolutos, no permite medir la eficiencia en el uso de los recursos ni comparaciones estandarizadas entre unidades médicas con distinta capacidad instalada. Por lo que es recomendable sustituirlo con algún indicador expresado en términos relativos, para medir con mayor precisión la eficiencia operativa y el aprovechamiento de la infraestructura médica.

b) Suficiencia

Los resultados muestran que se ha superado sistemáticamente la meta, lo que respalda el argumento de que las estrategias han permitido abatir rezagos. Aunque permite cuantificar la productividad institucional, no se cuenta con información sobre tiempos de espera o calidad de la atención, por lo que la suficiencia debe analizarse junto con los indicadores de oportunidad en cirugía (C4.2) y complementarlo con algún indicador que mida eficiencia operativa y el aprovechamiento de la infraestructura médica.

c) Correlación con el presupuesto

Los sobrecumplimientos en 2023 y segundo trimestre 2025 y el cumplimiento exacto en 2024, en un contexto de incremento presupuestal, sugieren que la capacidad quirúrgica se ha utilizado de forma intensiva para reducir rezagos, aprovechando los recursos disponibles.

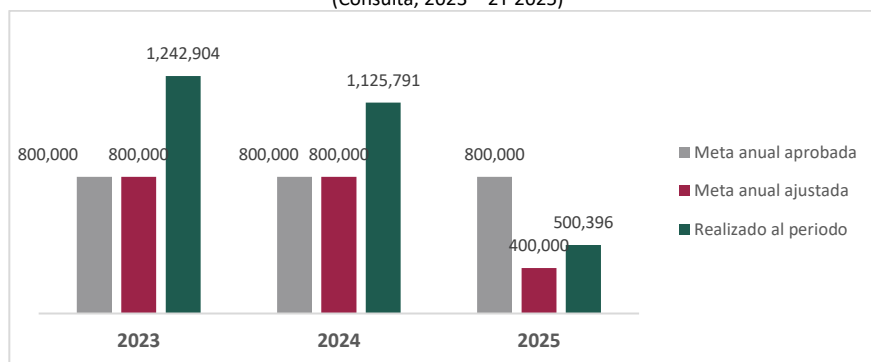


Indicador de Actividad. C4A1.2 Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad

a) Análisis de metas

Gráfica 19. Metas y avances del Indicador C4A1.2

(Consulta, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025 se mantienen constantes en 800,000 consultas, todas por encima del valor de la línea base de 756,082, congruente con el comportamiento ascendente orientado a sostener la atención de pacientes de primera vez en las UMAE. Para 2025, la meta al segundo trimestre de 400,000 consultas es consistente con la medición acumulativa del indicador a lo largo del año. No obstante, al considerar los valores realizados en 2023 y 2024, se observa que el nivel de exigencia de las metas resulta conservador frente a la capacidad operativa.

Eficacia:

En 2023, el valor realizado (1,242,904 consultas) superó ampliamente la meta anual ajustada (800,000), con un avance de 155.4%, asociado a la implementación de jornadas de recuperación de servicios y a acciones de organización de la atención orientadas a abatir rezagos en las UMAE. En 2024, el valor observado (1,125,791 consultas) representó un avance de 140.7% respecto de la meta anual ajustada (800,000), manteniéndose un sobrecumplimiento significativo asociado a la continuidad de los esquemas operativos y de programación de la atención implementados en las UMAE. Al segundo trimestre de 2025, el valor observado de 500,396 consultas representa un avance de 125.1% frente a una meta al periodo de 400,000 consultas. Dado que se trata de un indicador acumulativo, este nivel de cumplimiento sugiere que la meta anual aprobada para 2025 es factible de alcanzarse al cierre del año, en continuidad con el comportamiento observado en los años previos.

Eficiencia:

Los resultados muestran un comportamiento estable durante el periodo analizado en términos del volumen de consultas de primera vez otorgadas; sin embargo, se mantienen sistemáticamente por encima de lo programado. Esta diferencia sugiere que la operación de las UMAE ha sostenido niveles de atención superiores a los considerados en la programación, a partir de la provisión regular de los servicios conforme a los esquemas operativos reportados en las justificaciones del indicador. En este contexto, el desempeño indica un uso



funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para atender la demanda de consultas de primera vez, aunque también pone de relieve que la planeación de las metas no refleja plenamente el nivel real de actividad que el programa es capaz de sostener.

Relevancia:

El indicador es clave para medir la apertura de nuevas consultas de especialidad y su aporte al acceso diagnóstico y terapéutico en las UMAE. Sin embargo, como se señaló en la respuesta al reactivo 4, toda vez que está expresado en valores absolutos, no permite medir la eficiencia en el uso de los recursos ni comparaciones estandarizadas entre unidades médicas con distinta capacidad instalada. Por lo que es recomendable sustituirlo con algún indicador expresado en términos relativos, para medir con mayor precisión la eficiencia operativa y el aprovechamiento de la infraestructura médica.

b) Suficiencia

Los sobrecumplimientos repetidos indican un esfuerzo importante en la atención de nueva demanda; no obstante, la suficiencia en términos del objetivo del programa dependerá de la relación con los tiempos de espera y con la capacidad para sostener estos niveles en el tiempo. Aunque el indicador permite dimensionar la productividad institucional, requiere complementarse con mediciones de la calidad de la atención y el aprovechamiento de la infraestructura médica para valorar de manera integral el objetivo del componente.

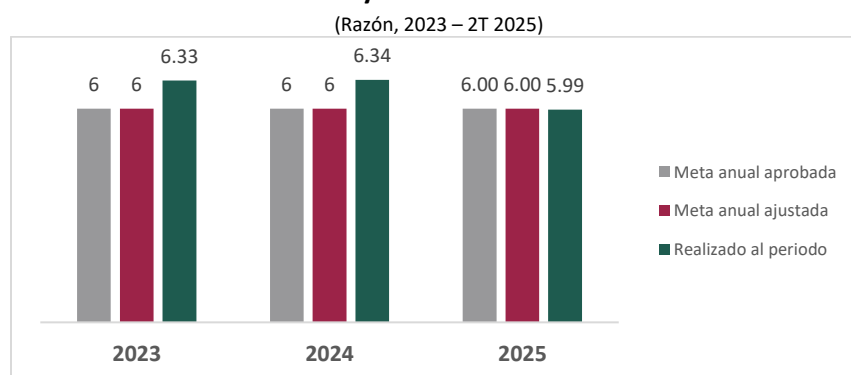
c) Correlación con el presupuesto

El alto volumen de consultas de primera vez, por encima de las metas, en un contexto de presupuesto creciente y su total ejercicio, sugiere un uso intensivo de la capacidad instalada para recuperar servicios suspendidos y aumentar la oportunidad en el acceso a especialidades.

Indicador de Actividad. C5A1.1 Promedio de atenciones prenatales por embarazada

a) Análisis de metas

Gráfica 20. Metas y avances del Indicador C5A1.1



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.



Las metas anuales aprobadas para el periodo 2023–2025, las metas anuales ajustadas para 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre de 2026 se establecen en 6 consultas, por debajo de la línea base de 7 consultas, lo que permite vislumbrar un nivel de exigencia moderado, que se mantiene estable a lo largo del periodo y que busca sostener una frecuencia mínima de atenciones prenatales, aun cuando la línea base muestra un valor ligeramente superior al estándar programado.

Eficacia:

En 2023 el promedio fue 6.33 (105.5% de avance) y en 2024, 6.34 (105.7%). Al segundo trimestre 2025 el promedio fue 5.99, con avance de 99.8%. Las justificaciones señalan que en promedio cada embarazada acude a 6 consultas, aunque se reconoce que algunas mujeres sólo acuden una vez, lo que puede afectar el indicador.

Eficiencia:

Los resultados del indicador muestran un comportamiento estable durante el periodo analizado, lo que depende tanto de la asistencia continua de las embarazadas como de la existencia de casos con seguimiento limitado a una o pocas consultas, pues se reconoce que algunas mujeres sólo asisten en una ocasión. En este contexto, el desempeño sugiere que el uso de los recursos y de la capacidad operativa disponible ha permitido sostener la prestación regular de la atención prenatal, y las variaciones en el promedio reflejan el patrón de uso de los servicios más que cambios en la operación del programa.

Relevancia:

El indicador es relevante para la atención prenatal, al medir la frecuencia promedio de consultas y su contribución a la detección oportuna de riesgos. Su utilidad radica en que permite reconocer patrones de seguimiento que influyen directamente en la calidad de la atención durante el embarazo y en la capacidad del programa para brindar intervenciones preventivas de forma periódica.

b) Suficiencia

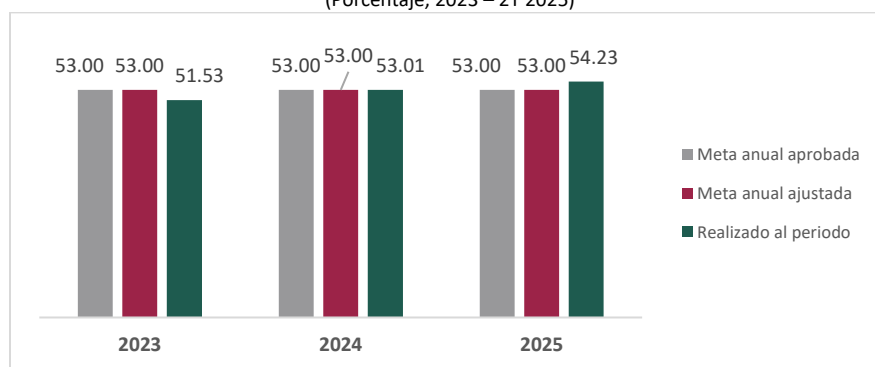
Los resultados muestran que, en promedio, se alcanza el estándar de 6 consultas; sin embargo, las justificaciones señalan que la existencia de embarazadas que acuden tardíamente o en una sola ocasión impide considerar que el objetivo se cumple de manera homogénea en toda la población. Esta heterogeneidad revela que el promedio no capta las brechas entre grupos, por lo que su suficiencia depende del seguimiento complementario de la distribución real de atenciones entre las usuarias.

c) Correlación con el presupuesto

El mantenimiento de un promedio cercano a 6 consultas por embarazada, en un contexto de presupuesto creciente y su total ejercicio, sugiere que la actividad se ha sostenido en niveles adecuados, pero las conductas de uso de los servicios limitan un mayor incremento del indicador. La estabilidad del valor observado sugiere que la frecuencia de asistencia está determinada por decisiones individuales y por factores operativos como disponibilidad de citas, condiciones laborales o barreras de acceso, elementos que no dependen únicamente de la asignación presupuestaria.

Indicador de Actividad. C5A1.2 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal**a) Analítico de metas****Gráfica 21. Metas y avances del Indicador C5A1.2**

(Porcentaje, 2023 – 2T 2025)



Nota: Para 2025, el valor de la meta anual ajustada corresponde al valor de la meta al periodo (al segundo trimestre) y el valor realizado corresponde al segundo trimestre.

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta Pública 2023 y 2024, y SED: Avance al Segundo Trimestre 2025.

Las metas anuales aprobadas 2023–2025, las metas anuales ajustadas 2023 y 2024 y la meta al segundo trimestre 2025 se establecen en 53%, con un valor de línea base de 53.8%. El diseño de metas refleja un nivel de exigencia moderado, donde la meta programada se encuentra apenas por debajo del valor de referencia histórica, lo cual sugiere una expectativa de mejora gradual, pero sin grandes incrementos en el desempeño esperado.

Eficacia:

En 2023 el valor fue 51.53%, con avance de 97.2% y desempeño medio, según la justificación. En 2024 se alcanzó 53.01% (100.0% de avance) y al segundo trimestre 2025, 54.23% (102.3%), asociado al fortalecimiento del programa y a acciones para promover la atención temprana. La mejora continua observada en el indicador evidencia un avance gradual en la captación temprana, aunque todavía se encuentra lejos del umbral verde, lo que refleja que el programa avanza, pero enfrenta restricciones estructurales relacionadas con la asistencia en el primer trimestre.

Eficiencia:

Los resultados muestran un comportamiento consistente durante el periodo analizado, con una mejora gradual en el valor observado hacia 2024 y al segundo trimestre de 2025. Este desempeño se asocia a la prestación regular de los servicios de vigilancia prenatal y al registro oportuno del inicio de la atención durante el primer trimestre del embarazo, conforme a los mecanismos habituales de programación y seguimiento de las consultas. En este contexto, el comportamiento observado sugiere un uso funcional de los recursos y de la capacidad operativa disponible para promover el inicio oportuno de la vigilancia prenatal.

Relevancia:

El indicador es pertinente para asegurar el inicio temprano del control prenatal, condición clave para detectar riesgos y reducir complicaciones obstétricas. Su medición resulta esencial para valorar la oportunidad del primer contacto, que determina la capacidad de las unidades para intervenir tempranamente en la identificación y manejo de condiciones que pueden afectar el desarrollo del embarazo.



b) Suficiencia

El nivel alcanzado en 2024 y segundo trimestre 2025 indica un desempeño adecuado respecto de la meta, pero las justificaciones señalan que las políticas de incapacidad y otros factores laborales siguen afectando la asistencia en el primer trimestre. Por ello, aún no puede considerarse que la oportunidad de inicio sea suficiente para toda la población derechohabiente. Aunque los avances son positivos, la persistencia de estos factores sugiere que el indicador sólo refleja parcialmente la capacidad del programa para garantizar la captación temprana de todas las usuarias.

c) Correlación con el presupuesto

La mejora gradual del indicador en un contexto de presupuesto creciente y ejercido en su totalidad sugiere que las estrategias de promoción y seguimiento han sido efectivas para incentivar el inicio oportuno de la vigilancia prenatal. No obstante, el comportamiento observado indica que, si bien se registran avances consistentes, persiste margen para fortalecer la oportunidad en el inicio de la atención prenatal.

Por otra parte, para el ciclo presupuestario 2026, el programa cuenta con el documento *Metodología y memoria de cálculo*, en el que se busca capturar de manera homogénea y completa la información técnica de cada indicador del programa y la metodología para la determinación de las metas. Cuenta con un instructivo que detalla los campos que deben documentarse y la forma en que debe integrarse la información. Para cada indicador de la MIR, el documento la información de la ficha técnica (nombre, método de cálculo, línea base, umbrales, medios de verificación, etc.). Destaca la inclusión del apartado “Metodología empleada para el cálculo de metas”, en el cual se describe el procedimiento para determinar los valores programados, la construcción general del indicador y su posible dependencia de variables presupuestarias, macroeconómicas, sociales o de programación; también especifica si la meta se calcula mediante un método cuantitativo de proyección, si está sujeta a variaciones presupuestarias y si corresponde a un valor acumulado con corte al periodo de registro. Estos componentes permiten contar con los elementos metodológicos necesarios para sustentar la programación y el seguimiento del desempeño. Del análisis del contenido para 2026, se identificó que no se incluye el año del valor de la línea base, cuya inclusión es relevante para contar con el parámetro inicial de referencia.

En conclusión, el análisis del desempeño de los indicadores del Pp E011 para el periodo 2023–2025 evidencia que, en diversos casos, las metas programadas no reflejan de manera adecuada el comportamiento real observado. En algunos indicadores, las metas se ubican de forma sistemática por debajo de los valores alcanzados, lo que limita su capacidad para orientar mejoras adicionales; mientras que, en otros, particularmente aquellos de comportamiento descendente, las metas permanecen en niveles superiores a los valores deseables, dificultando la identificación de avances efectivos en la calidad y oportunidad de la atención.

Asimismo, se identifican ajustes a la baja en algunas metas que modifican el nivel de exigencia originalmente aprobado sin que, en todos los casos, se documente de manera explícita el criterio técnico utilizado para su redefinición. En particular, se observan metas ajustadas que se acercan a los valores realizados o que permanecen por encima de la línea base en indicadores de comportamiento descendente, sin una explicación clara sobre los supuestos operativos, metodológicos o de demanda que motivaron dichos cambios. Esta situación dificulta comprender la relación entre las metas aprobadas y sus ajustes posteriores, y limita la posibilidad de valorar con precisión si dichas modificaciones responden a una revisión anticipada del desempeño esperado o a adecuaciones realizadas con posterioridad a los resultados observados.



Con base en el análisis del desempeño histórico y la programación vigente, y con el fin de contar con métricas que permitan valorar objetivamente el desempeño del programa y el logro de sus objetivos se recomienda al Pp E011, en general, revisar para, en su caso, ajustar el valor de las metas, conforme a lo siguiente:

- i. **Revisión del valor de las metas:** Llevar a cabo una revisión integral y coordinada de las metas anuales de los indicadores del programa, con el propósito de asegurar que su nivel de exigencia sea congruente con la línea base, con el comportamiento reciente de los valores observados y con la capacidad operativa del Instituto. En particular, se requiere revisar las metas en los siguientes casos:
- Indicadores con valores programados que permanecen por debajo del desempeño real, lo que reduce su capacidad para orientar mejoras adicionales. Por ejemplo: porcentaje de surtimiento de recetas, cirugías electivas programadas, consultas de primera vez en UMAE, en los que los valores realizados superan de manera recurrente las metas fijadas.
 - Indicadores con comportamiento descendente cuyas metas se mantienen en niveles superiores a los resultados deseables, lo que limita evaluar avances reales en la calidad y oportunidad de la atención. Por ejemplo: estancia prolongada en urgencias, tasa de infecciones nosocomiales, proporción de prematuridad y porcentaje de preeclampsia-eclampsia, que requieren metas alineadas a reducciones graduales y sostenidas.
 - Indicadores cuyas metas se han mantenido constantes durante varios ejercicios, particularmente en aquellos cuyo comportamiento se ha visto influenciado por modificaciones en los modelos de prestación de servicios. Por ejemplo: la receta resurtible en enfermedades crónicas, que reduce la frecuencia de consultas subsecuentes; la consulta preconcepcional, que incentiva el inicio más temprano del control prenatal; y la implementación del TRIAGE en urgencias, que redistribuye la demanda al primer nivel de atención. Estos cambios institucionales deben reflejarse en la programación de metas para evitar desajustes entre lo esperado y lo que puede lograrse.
 - Indicadores que requieren reforzar la consistencia entre metas aprobadas y metas ajustadas, a fin de evitar modificaciones al nivel de exigencia que no cuenten con una justificación técnica sólida documentada. Por ejemplo: metas ajustadas de consultas subsecuentes por enfermedades crónicas o de consultas en UMAE que disminuyen respecto de las metas aprobadas sin una justificación documentada con los supuestos técnicos correspondientes.
 - Indicadores cuyas metas deben considerar la capacidad instalada real del programa (personal, infraestructura, horarios extendidos, unidades de tiempo completo) y otros factores institucionales que influyen en el comportamiento de las personas usuarias. Por ejemplo: metas asociadas a cirugías condicionadas por la disponibilidad de quirófanos; metas de atención prenatal afectadas por políticas de incapacidad por maternidad; y metas de urgencias afectadas por la ampliación de horarios y servicios en primer nivel de atención.
 - Indicadores que promedian comportamiento de la población, para los cuales se recomienda valorar la factibilidad de complementar su evaluación con análisis de distribución para identificar brechas internas no visibles en el promedio. Por ejemplo, consultas prenatales.

La incorporación de los ajustes en la calibración de metas en las fichas técnicas de los indicadores, junto con su análisis y justificación en el documento *Metodología y memoria de cálculo* del ciclo 2026 del programa (renombrado E031), permitirá contar con métricas de desempeño mejor fundamentadas y facilitar una valoración más objetiva de los resultados obtenidos y del cumplimiento de los objetivos del programa.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



La revisión y, en su caso, actualización de metas, contribuirá a fortalecer la consistencia técnica del diseño de los indicadores del programa, mejorar la alineación entre resultados esperados y comportamiento real, y asegurar que los instrumentos de seguimiento reflejen de manera más precisa la capacidad operativa y los cambios en la prestación de los servicios de salud. Las propuestas planteadas ofrecen un marco de ajuste escalonado que contribuye a una programación más realista, útil y orientada a impulsar el desempeño en la gestión del Pp E011.



ANEXO G. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN CUALITATIVA

La ECyR del Pp E011 "Servicios de Atención a la Salud" adoptó un enfoque cualitativo de corte analítico-descriptivo. Este abordaje no se limitó a la recopilación de testimonios, sino que se fundamentó en la necesidad de comprender la lógica de intervención desde la perspectiva de sus diseñadores y responsables normativos. De acuerdo con Pathak, Jena y Kalra (2013), el método cualitativo resultó idóneo para desmenuzar fenómenos complejos donde las interacciones institucionales y los marcos normativos determinaron la eficacia de la política pública.

A diferencia de otros tipos de estudios operativos, la ECR requirió validar la Teoría del Cambio y la coherencia de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Por ello, se optó por una visión holística que permitió contrastar el "deber ser" plasmado en el diagnóstico y manuales de operación, con la realidad técnica percibida por los mandos directivos en el nivel central del Instituto. Este ejercicio de validación aseguró que los objetivos del programa no fueran solo aspiracionales, sino técnicamente viables y articulados con la estructura operativa del IMSS al cierre del ejercicio evaluado.

La recolección de información se estructuró a través de **entrevistas semiestructuradas grupales**, para obtener consensos y clarificar discrepancias en la interpretación de la normativa vigente. Según Manurritz (1992), la entrevista semiestructurada fue fundamental para profundizar en temas acotados pero críticos, como los mecanismos de referencia y la logística de abasto. El uso de preguntas abiertas permitió a los informantes matizar sus respuestas, proporcionando un contexto que enriqueció el análisis de la Estructura Analítica del Programa Presupuestario (EAPp).

La validez de la información dependió de la calidad y jerarquía de sus fuentes. Para ello, se aplicó un **muestreo intencional o por criterio**, para seleccionar los actores clave a entrevistar, tomando como punto de partida las seis Coordinaciones Normativas adscritas a la DPM (cuatro) y a la DA (dos) identificadas como las Unidades Responsables de operar el Pp E011 dentro del documento Diagnóstico 2024 del programa. Posteriormente, con base en el análisis de las funciones establecidas en los Manuales de Organización de ambas Direcciones Normativas, se identificaron y seleccionaron las coordinaciones técnicas y divisiones que participan de manera directa o dan soporte a la continuidad operativa de los servicios médicos del IMSS, asegurando que cada eslabón de la cadena de valor de la atención médica estuviera representado en el análisis final.

Se realizaron seis entrevistas grupales, una por Coordinación Normativa, con los actores clave seleccionados durante el mes de noviembre, y con una duración aproximada 1.5- 2 horas cada una. Estas se realizaron de manera virtual, a través de la plataforma Microsoft Teams, y se desarrollaron con base en un guion semiestructurado que se fue ajustando conforme avanzaban las entrevistas. Las coordinaciones y divisiones que participaron en las entrevistas grupales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1617. Actores clave del Pp E011 entrevistados

Coordinaciones	Divisiones
Coordinación de Unidades de Segundo Nivel (CUSN)	División de atención gineco obstétrica y perinatal
	División de unidades y servicios de rehabilitación
	División de hospitales de segundo nivel
	División de áreas médicas
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE)	División de vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles
	División de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles
	División de análisis en salud
	División de información en salud
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE)	División de evaluación y rendición de cuentas
	División de atención médica en UMAE
Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG)	División de conservación
	División de sistemas y normas de seguridad y documentación
	División de seguridad y resguardo de inmuebles
	División de servicios complementarios
Coordinación de Unidades de Primer Nivel (CUPN)	División de atención prenatal, planificación familiar y control del niño
	División de medicina familiar
	División de prevención y detección de enfermedades
Coordinación de Control de Abasto (CCA)	Coordinación técnica de análisis y seguimiento de procesos
	División de bienes terapéuticos (Coord. Téc. de Planeación)
	División de supervisión y control del abasto
	Coordinación técnica de administración del gasto de bienes y servicios
	División de análisis y evaluación del gasto
	División de gestión presupuestal de bienes y servicios
	División de apoyo normativo al proceso de abasto
	Coordinación técnica de planeación
	División de análisis e información del abasto

Fuente: Elaboración propia.

Para garantizar que los hallazgos de las entrevistas se tradujeran en recomendaciones técnicamente justificadas, se aplicó un protocolo de sistematización dividido en tres fases:

1. Sistematización y Codificación: La información recabada en las sesiones fue transcrita y organizada en una base de datos analítica. Se utilizaron categorías de análisis alineadas con los reactivos de la metodología de evaluación de la SHCP (Diseño, Planeación y Cobertura).



2. Triangulación de Fuentes: Los datos cualitativos obtenidos de los actores clave se contrastaron con el Análisis de Gabinete. Este cruce permitió identificar las brechas de consistencia entre lo dictado por los lineamientos del PND 2025-2030 y la operatividad técnica descrita por los responsables de área.
3. Tratamiento de Confidencialidad: En cumplimiento con la normativa de protección de datos personales, la identidad de los informantes se protegió mediante identificadores alfanuméricos. Esto fomentó un entorno de objetividad donde se expresaron limitaciones técnicas sin comprometer la posición institucional de los participantes.

Dicho lo anterior y bajo la perspectiva metodológica de Stake (2010), el programa se abordó como un estudio de caso instrumental, en el cual el interés primordial no residió en el análisis de la gestión individual o aislada, sino en la coherencia integral de su arquitectura programática. En este sentido, el programa funcionó como un instrumento para examinar la solidez de su diseño y la articulación de su lógica de intervención, permitiendo que los hallazgos trascendieran las unidades de observación particulares para ofrecer una visión sistémica de su estructura.

Para garantizar el rigor de los resultados, la validez interna se consolidó a través de un encadenamiento de la evidencia, técnica que consistió en vincular de forma sistemática cada hallazgo derivado de las entrevistas con documentos normativos específicos o indicadores de la MIR. Complementariamente, la confiabilidad del proceso se fundamentó en el uso de protocolos de entrevista estandarizados y el registro puntual en una bitácora de evaluación; estas herramientas permitieron que el análisis fuera auditable y reproducible bajo las mismas premisas metodológicas, asegurando la trazabilidad de la información procesada en el reporte final.