

# *Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestal*

**02030202**  
**Í Salud para la población infantil y  
adolescenteÍ**

**Proyectos:**

**020302020101 Í Atención médica  
especializada de tercer nivel para la  
población infantilÍ**

**020302030102 Í Esquemas de  
vacunación universalÍ**

**020302030103 Í Atención en salud al  
menor de 5 añosÍ**

**Enero 2018**

## RESUMEN EJECUTIVO

El documento tiene por objeto presentar el informe de evaluación del programa presupuestal "Salud para la Población Infantil y Adolescente", a cargo del Instituto de Salud del Estado de México y Municipios, previsto en el Programa Anual de Evaluación 2017, la cual se realizó de acuerdo a los Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados para Programas no Sociales, emitidos por la Dirección de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México; la cual involucra los proyectos: "Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil"; "Esquemas de vacunación universal" y "Atención en salud a menores de 5 años", con el fin de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

El problema que busca atender el programa presupuestal está identificado tanto en el árbol de problemas, como en los diagnósticos de los proyectos *Atención en salud al menor de 5 años*, *Esquemas de vacunación universal* y *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*, con algunas imprecisiones respecto a la cuantificación y caracterización de la población; así como en la identificación de las causas y efectos, que limitan la definición de acciones específicas para resolverlos.

El programa presupuestal y sus tres proyectos están teóricamente y empíricamente justificados, son consistentes con el diagnóstico y existe evidencia de los efectos positivos atribuibles a sus componentes; se sustenta en un modelo de intervención nacional que atiende a las pautas y metas internacionales, que han considerado al esquema de vacunación universal y a la atención de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas como estrategias fundamentales para hacer frente a la mortalidad infantil.

El programa tiene por objeto aumentar el número de población infantil y adolescente beneficiada por los servicios institucionales de salud, a través de la mejora en la atención médica, mediante el cual contribuye al combate a la pobreza. objetivo del PDEM 2011-2017- asegurando servicios de salud para la población infantil y adolescente, principalmente los que están en condiciones de marginación. En particular contribuye a la ejecución de las estrategias Establecer como prioridad la prevención médica y Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen, que incluyen entre sus líneas de acción: Promover a gran escala la medicina preventiva; Fortalecer las campañas de vacunación para erradicar enfermedades, en coordinación con las instancias federales, estatales y municipales y Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015. En general, el programa y sus proyectos contribuyen a garantizar el acceso a los servicios de salud a la población infantil y adolescente; derecho consagrado en la CPEM.

Las poblaciones potencial y objetivo están referidas de forma general a la población menor de 5 años; sin embargo existen variaciones entre las disposiciones normativas para los tres proyectos evaluados, así como inconsistencias en la definición histórica de sus poblaciones; no se dispone de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información y tampoco hay evidencia del uso de las definiciones de población en la planeación y ejecución de los servicios.

Existe información que permite conocer quiénes reciben los servicios que se brindan a través del programa, así como sus características; está sistematizada y cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización. Destaca el Sistema de Información en Salud que opera la Secretaría de Salud Federal y los ordenamientos para la cuantificación y registro de los usuarios que emite el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, instancia encargada de

establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia.

Por lo que respecta a la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestal, se advierte que todos los elementos del resumen narrativo se identifican en diversos documentos normativos. El objetivo que el fin postula respecto a contribuir a incrementar la esperanza de vida y a disminuir la mortalidad, mediante las acciones preventivas y curativas, contribuyen, por una parte, a cubrir las necesidades básicas de quienes menos tienen, garantizando el acceso a la salud de la población infantil y adolescente y por la otra, al fortalecimiento de la atención médica, mediante el impulso a la medicina preventiva.

Existen diferencias entre los ocho indicadores integrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores y los 15 incluidos en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), en ambos casos registran debilidades que limitan el uso para monitorear y evaluar el programa y sus proyectos, por lo que se sugiere la atención de las observaciones y su fortalecimiento.

Suman 16 las metas establecidas para el programa -considerando las 8 de los indicadores y las 8 incluidas en los programas anuales de los tres proyectos-, de las cuales 10 impulsan el desempeño y 13 son factibles; se advierten inconsistencias entre los aspectos programáticos y presupuestales; así como en el diseño de los indicadores y las metas. Es importante señalar que varias de las imprecisiones están asociadas a variaciones en la Población de responsabilidad del ISEM+, estimada por Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Por las características del programa presupuestal y la importancia que reviste para la salud infantil, se identificó complementariedad con siete programas estatales a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México destinados a la entrega de lentes, zapatos ortopédicos, desayunos escolares, canasta mexiquense, comunidad Diferente y el de Atención a niñas y niños menores de cinco años; con el programa Por una infancia en grande que opera la Secretaría de Desarrollo Social y el de Apadrina a un niño indígena a cargo del Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México. El principal hilo conductor entre los programas señalados es la población objetivo, ya que están destinados a la población infantil.

El programa presupuestal, es producto de ejercicios de planeación institucionalizados sustentado en el Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017 que abarca un horizonte de mediano y largo plazo, establece los resultados que se pretenden alcanzar y cuenta con indicadores para medir sus resultados. La instrumentación del programa sectorial se realiza mediante la formulación de los programas anuales que las unidades responsable y ejecutoras realizan para cada proyecto y ejercicio fiscal, en coordinación con la Unidad de Programación y Evaluación; en ellos se incluyen los objetivos, el diagnóstico, las estrategias y las metas, los cuales se actualizan anualmente.

No se advierte que, en los últimos tres años, el programa o sus proyectos hayan sido sujetos de evaluaciones, o de informes de organizaciones independientes, de las que derive un convenio para la mejora del desempeño y resultados gubernamentales; sólo se identificó una auditoría al proyecto "Esquemas de vacunación universal", con cuatro observaciones que fueron solventadas y versaban sobre el mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia. Por lo anterior se considera prudente definir las estrategias y acciones para que tanto el programa como sus proyectos sean evaluados a fin de que sus resultados sustenten políticas públicas que contribuyan a la mejora de la prestación de los servicios de salud para la población infantil y de sus resultados.

La información que se genera por la ejecución del programa se registra en el Sistema de Planeación y Evaluación del Gobierno del Estado de México (SIPEGEM) y permite identificar su contribución a los objetivos del Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, el número y tipo de servicios que

se proporcionan, así como las características de la población beneficiada.

El programa recolecta información para monitorear su desempeño y la ejecución de los proyectos *Atención médica especializada de tercer nivel*, *Esquemas de vacunación universal* y *Atención en salud al menor de cinco años*, y se registra en diversos sistemas de información que se operan en el sector salud, de manera oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada, es pertinente respecto de su gestión y permite medir los indicadores y generar los reportes tanto a las instancias responsables del Gobierno del Estado de México, como a la Secretaría de Salud Federal a través de la Dirección General de Información en Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

La estrategia de cobertura está referida a la determinación de las metas en los programas anuales que se formulan tanto para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, como para la Secretaría de Finanzas y de Salud del Gobierno del Estado de México.

El punto de partida para el establecimiento de las metas es la definición de la población de responsabilidad institucional, en la que se estima en principio la población derechohabiente y no derechohabiente del grupo menor de 8 años y la que corresponde atender a cada una de las instituciones que concurren en la prestación de los servicios de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), utilizando como fuentes principales las proyecciones de población del COESPO y la derechohabiencia del INEGI. Es así como el ISEM, de acuerdo con los lineamientos establecidos para la formulación del Programa Operativo Anual y la distribución que por institución y municipio que realiza el Consejo Estatal de Vacunación, define las metas en cada uno de los rubros.

Para el monitoreo y evaluación del programa se incluye un indicador sobre cobertura con esquema completo de vacunación, sin embargo, debido a algunas inconsistencias en la definición del indicador y de las metas no es posible establecer con precisión la cobertura del programa, en particular por variaciones en las unidades de medida y en la definición de la población de responsabilidad. Otro aspecto es la variación en los grupos de edad a los que van dirigidos los programas entre los propios documentos normativos, por ejemplo, en el caso de Esquemas universales de vacunación, que puede considerar a menores de 12, 8 ó 5 años.

En términos generales, el programa se orienta a la atención de la población infantil menor de 5 años y focalizado a las jurisdicciones que registran los más bajos resultados en cuanto a cobertura o los más altos respecto a mortalidad infantil; tal situación está sustentada en diversos documentos normativos, pero no se dispone de un documento integrado que facilite la consulta y permita de forma objetiva valorar el avance en la disminución de las brechas entre municipios y jurisdicciones; en la ampliación de la cobertura y en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas o infecciosas respiratorias agudas.

La operación del programa presupuestal *Salud para la población infantil y adolescente* está sustentada en diversos documentos normativos federales como son las Normas Oficiales Mexicanas vinculadas a la atención de la salud del niño, a la vigilancia epidemiológica, lineamientos de operación de los programas y manuales, entre otros; así como manuales de organización y procedimientos propios del Instituto de Salud del Estado de México.

Los procesos clave para la generación de los bienes y servicios del programa presupuestal son: Consulta externa de especialidad, Hospitalización pediátrica y Estimulación temprana para el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel*; para el correspondiente a *Esquemas de vacunación universal* se incluyen tres etapas: determinación de necesidades, programación y aplicación de biológicos; por último, los del proyecto *Atención en salud al menor de 5 años* están referidos a la consulta externa en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y en Enfermedades

Diarreicas Agudas (EDA), y el proceso de capacitación a las madres y/o responsables de los menores de 5 años y la correspondiente a los médicos y paramédicos.

La operación del programa presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+ involucra diversos sistemas integrales de información que permiten conocer los apoyos que se proporcionan, lo anterior en virtud de que atendiendo al principio de cero rechazos, la información de la población atendida corresponde propiamente a la solicitante; entre los que destacan el Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema de Egresos Hospitalarios, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el registro de consulta externa, el Expediente clínico, el Sistema Único de Información en Salud; así como con Sistemas de Planeación, Programación y Evaluación (SIPREP) y el de Información Estadística del Informe de Gobierno (SIEIG) de carácter estatal.

Los procedimientos para la administración y operación de los tres proyectos están formalmente estandarizados y sistematizados, corresponden a las características de la población, incluyen formatos específicos para recibir, registrar y proporcionar los servicios a la población objetivo, están apegados a los documentos normativos (normas oficiales mexicanas, manuales de procedimientos y de operación, así como diversas disposiciones normativas) y la mayoría está disponible para la población objetivo. Cabe señalar que los únicos criterios de selección para la prestación de los servicios están referidos a la edad y el tipo de padecimiento de acuerdo con las características propias de cada proyecto y deben ser respetados por todas las unidades aplicativas que concurren en la ejecución del programa. Atendiendo a las disposiciones normativas, los servicios se orientan principalmente a la %Población de responsabilidad definida para el ISEM+ pero se brindan a todas las personas que acuden a algún centro de salud; en la práctica, %la atención universal+ no se ha generalizado, en virtud que en algunos centros de salud la demanda ha rebasado su capacidad instalada y no cuentan con la infraestructura o los recursos humanos y técnicos suficientes para brindar una atención oportuna.

La mayor parte de los procedimientos involucran registros en sistemas de información, sin embargo, de acuerdo con lo manifestado por las áreas ejecutoras de los proyectos, aún existe un subregistro de información y, en algunos casos, falta de oportunidad en los reportes, en gran medida por las brechas en la infraestructura, recursos técnicos y humanos entre las unidades médicas. El avance en la conformación de un censo nominal aún enfrenta limitaciones que inciden en la calidad de los datos.

De acuerdo con el Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, el verificar que los procedimientos se realicen de acuerdo las disposiciones normativas recae en diversas unidades administrativas: la Subdirección de Epidemiología tiene a su cargo la vigilancia epidemiológica, que realiza a través de las Jurisdicciones Sanitarias que entre sus funciones se incluye supervisar y evaluar a través de las coordinaciones municipales, que los servicios que se proporcionen en el primer nivel de atención de su demarcación se brinden con calidad y de acuerdo con los estándares establecidos.

Durante el análisis y valoración se han puesto de manifiesto algunas debilidades referidas a la dispersión de las disposiciones normativas que guían la operación del programa, así como a la insuficiencia de manuales de procedimientos específicos para la institución. Los procedimientos sustantivos referidos a los que se llevan a cabo en la interacción con el paciente como son consulta externa, vacunación, hospitalización, estimulación temprana o capacitación, entre otros, están institucionalizados, documentados, estandarizados y sustentados en diversas normas, reglas o manuales. Sin embargo, no todos los procedimientos adjetivos están documentados e integrados en un manual específico para el Programa Atención a la salud infantil y adolescente.

La operación del programa precisa de la coordinación entre diversas unidades administrativas que

concurrir en su ejecución, sin embargo, hay interacciones entre las direcciones y departamentos ejecutores de los proyectos y los de atención médica y de éstos con sus instancias superiores, que no están suficientemente documentadas y limitan una visualización integral de los procedimientos.

Un aspecto favorable es que los procedimientos adjetivos que están a cargo de las jurisdicciones sanitarias están documentados, estandarizados, sistematizados, apegados a la normatividad y están difundidos públicamente; más aún si se considera que al cierre del 2016 sumaron 1,265 las instancias involucradas en la prestación de los servicios a cargo del Instituto de Salud del Estado de México, incluyendo las 1,195 unidades de consulta externa, 19 jurisdicciones sanitarias; 55 hospitales generales y del programa de reconstrucción, 14 hospitales de especialidad y el módulo de oftalmología.

El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de las acciones contempladas en cada proyecto, que permiten identificar que se realizan de acuerdo con las disposiciones normativas, tales como el %Análisis de las coberturas administrativas+, mecanismo instrumentado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud que tiene por objeto monitorear la cobertura y calidad de los esquemas de vacunación; así como las funciones que desempeñan los consejos nacional y estatal de vacunación en su calidad de órganos encargados de la prevención, control y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

En este sentido también destaca la metodología Caminando a la Excelencia, mediante la cual se determina el alcance del objetivo del Programa de Acción Específico %Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia+y el avance en el cumplimiento de las metas establecidas para el 2018 respecto a la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas y por enfermedades agudas en menores de cinco años, así como los criterios para obtener una calificación del desempeño sobresaliente, satisfactorio, mínimo o precario. El análisis y calificación está a cargo de la Dirección General de Epidemiología, que utiliza como fuente la información reportada por la Dirección General de Información en Salud, generada por los cubos de información dinámica del SIS y las defunciones de menores de 5 años estimadas por CONAPO y reportadas por el INEGI.

Cabe señalar que el proyecto 020302010109 %Calidad en la atención médica+, incluye metas relativas a la supervisión y asesoría a los %Establecimientos acreditados+y %Por acreditar+, dirigidas a verificar el avance de los programas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA'S) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA'S), Atención a la salud de la niñez y adolescente, entre otros; así mismo, tanto en las entrevistas como en los cuestionarios aplicados con objeto de esta evaluación, se señaló que el seguimiento y evaluación de los proyectos estaba a cargo del Departamento de Calidad; sin embargo, no fue posible identificar en el Manual General de Organización del ISEM, ni en los manuales de procedimientos consultados, la ubicación y funciones de dicha unidad administrativa.

De acuerdo con la Ley y Reglamento de Planeación del Estado de México y Municipios las funciones de monitoreo y evaluación de los programas y proyectos de la administración pública son competencia de las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación que operan tanto en el sector central como en el auxiliar, por lo que se sugiere analizar, armonizar y documentar dichos procesos.

Por lo que respecta a la mejora regulatoria, diversos documentos de carácter federal y estatal se actualizan anualmente como son el Manual de Vacunación; Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional; Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia; y Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamientos de Operación; sin embargo, en las actualizaciones no se identificó alguna modificación sustantiva que permita agilizar los procesos a los solicitantes.

Para la operación del Instituto de Salud del Estado de México se transfieren recursos estatales y federales a través de diversos fondos y subsidios, los cuales son ministrados internamente para la ejecución de los programas y proyectos por la Dirección de Finanzas que tiene entre sus funciones las derivadas de los convenios y acuerdos de colaboración entre el organismo y la Secretaría de Salud; así como la integración y gestión del programa presupuestal, administrar las cuotas de recuperación y actualizar los tabuladores.

En general no se manifiestan problemas para la transferencia de recursos federales y estatales al Instituto de Salud del Estado de México, ni en la ministración de recursos entre las unidades financieras y los centros de salud y jurisdicciones sanitarias; los responsables de las unidades administrativas que coordinan la ejecución de los proyectos no son responsables de los recursos, sólo de su gestión y aplicación. Sin embargo, de acuerdo con la información recabada en las entrevistas, la demanda de los servicios ha rebasado la capacidad de atención, hacen falta recursos humanos especializados y algunos insumos básicos; así como desabasto de algunos biológicos, lo que altera los procedimientos y limita sus resultados.

Para la ejecución del programa presupuestal *Salud para la población infantil y adolescente*, en el ejercicio fiscal 2016 se destinaron 3,320,494,362 pesos, de los cuales el 8% fue para el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*; 22% a *Esquemas de vacunación universal*; 64% para *Atención en salud al menor de 5 años* y el 6% restante al proyecto *Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente*, el cual no fue incluido como objeto de evaluación.

Los recursos destinados en el 2016 con respecto al 2013 fueron incrementales para el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil* y para *Atención en salud al menor de 5 años* con un aumento del 76% y 9% respectivamente; en contraste, el destinado a *Esquemas de vacunación universal* disminuyó 26%. Por lo que es recomendable armonizar los criterios para la asignación de los recursos del programa por proyecto y por meta, ya que no se advierte congruencia.

Por lo que respecta a las fuentes de financiamiento, de los 3,320 millones de pesos ejercidos en el 2016, el 76.4% provino de dos fuentes: el FASSA y el Seguro Popular, que aportaron el 49.7 y el 26.7% respectivamente; también aplicó recursos del ASE y el AFASPE, que representaron el 10.7 y el 6.5%; el Seguro Médico Siglo XXI, Prospera y Fortalecimiento a la Atención médica sumados aportaron el 4.2%, así como los recursos propios que sólo representaron el 1.8%.

El programa cuenta con sistemas institucionales y fuentes de información confiables que permiten verificar o validar la información capturada, tienen establecida la periodicidad de los reportes estadísticos y documentales, de acuerdo con los formatos y procedimientos establecidos por la Dirección General de Información en Salud y por los Servicios Estatales en Salud, los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

El avance de los indicadores del programa se reporta periódicamente a través del Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño. Para el cuarto trimestre del 2016 muestran un avance favorable superior al 85%. A nivel de Fin, la esperanza de vida se incrementó de 75.06 a 75.41 años; sin embargo, las cifras no corresponden a la  $\%$ esperanza de vida de niños y adolescentes  $\circ +$  y resulta complejo establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador. En el Propósito, el número de muertes por IRAS y EDAS en menores de 5 años fue superior al esperado y el alcance es de 78%, no obstante que erróneamente en la Ficha para el diseño y seguimiento de indicadores marca una eficiencia de 126%.

De los seis indicadores de gestión uno corresponde al Componente y los otros cinco a las actividades, que registraron un avance superior al 95%: para el caso del Componente la cobertura de niños menores de 5 años con esquema completo de vacunación fue de 98%. Si bien es cierto que fueron 35,874 niños menos de los previstos, la cifra programada para la población de responsabilidad se modifica, tanto a través de los trimestres, como de los años, lo que limita la valoración objetiva del comportamiento del indicador.

Si bien es cierto que, de acuerdo con los criterios establecidos para valorar el avance de los indicadores, el resultado es positivo, la percepción se modifica si se contrastan con el avance reportado por la PNUD para la entidad en los ODM que tuvieron vigencia hasta el 2015, y fueron retomados en *Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*; en particular, para la meta *poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años*, establece cinco indicadores, y un sistema de monitoreo para el desempeño nacional y subnacional, del que se realizó el siguiente análisis considerando un periodo de 2010 al 2015:

La tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años en el Estado de México descendió 2.8 puntos, el descenso nacional fue de 2.1 puntos, sin embargo, en el contexto nacional ocupó el lugar 24; la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, descendió 2.3 puntos y se ubicó en el lugar número 30; la Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedades Respiratorias Agudas descendió de 50.2 a 12.6, un avance notable que permitió mejorar la posición 32 a la 17. La tasa de mortalidad infantil en menor es de 5 años por Enfermedades Diarreicas Agudas descendió de 10.3 a 6.2, resultados que ubicaron a la entidad en los lugares 26 y 19 respectivamente. Por lo que respecta a la Proporción de niños de un año con esquema básico completo de vacunación, en los últimos cinco años analizados, el indicador estatal se incrementó 2.8 puntos porcentuales, a nivel nacional el incremento fue de 16 puntos; la entidad pasó de la tercera posición en el 2010 a la 28 en el 2015.

El análisis de los indicadores antes referidos, dan cuenta del desempeño del Estado de México, pero no sólo con respecto a sus propias metas, si no respecto a los alcances que se advierten en el contexto nacional y en el resto de las entidades federativas. Así mismo, se observan diferencias en cuanto a los indicadores que se utilizan para la medición de los mismos fines, incluso de las posibles inconsistencias en el diseño de los indicadores del ISEM, de los criterios para el manejo de las cifras y de la calidad del dato.

El Programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir de manera electrónica y accesible sus documentos normativos y sus principales resultados, tiene información de contacto, y no se cuenta con modificaciones de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el INFOEM.

El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población, cuya aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas, corresponden a las características de sus beneficiarios y los resultados que arrojan son representativos. Entre los que destacan los instrumentos utilizados por Gestores del Seguro Popular para los beneficiarios dicho programa; el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP); los Módulos de Atención y Orientación al Usuario, Buzón de Atención al Usuario del Sistema Unificado de Gestión; así como el Aval Ciudadano, que constituye un mecanismo de participación ciudadana que avala las acciones de calidad.

Los resultados del programa a nivel de fin y de propósito se documentan mediante los indicadores incluidos en la Matriz de Indicadores de Resultados y en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento

de indicadores, en los Informes de metas por proyecto y unidad ejecutora que se realizan trimestralmente, así como en los contenidos que al respecto se integran en el Informe de Gobierno y en las cuentas de la hacienda pública que se realizan anualmente. También mediante los reportes que se realizan a diversas instancias de la Secretaría de Salud federal y la información que se registra en los principales sistemas de información del sector salud. Todos ellos basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia, como el sistema vectorial Caminando a la Excelencia.

Por último, es importante señalar que el programa y sus tres proyectos, no cuentan con evaluaciones externas de ningún tipo, auditorías al desempeño, informes de organización independientes, u otros relevantes, cuyos resultados sustenten la toma de decisiones informadas para mejorar los procesos y resultados.

En este contexto, y con base en los criterios establecidos en los Términos de Referencias para la Evaluación de Consistencia y Resultados 2017 para Programas no Sociales, emitidos por la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México, se concluye que la valoración final promedio del programa fue de 3.5 sobre un valor máximo de 4.

La valoración para el Diseño del programa fue de 3.7 y de 3.8 para Planeación y orientación a resultados del programa; con cuatro puntos resultaron los temas de Cobertura y focalización del programa, Operación del programa y Percepción de la población atendida del programa; el resultado más bajo correspondió a Resultados del programa que obtuvo 1.5 puntos.

Con base en los resultados obtenidos y con el objeto de contribuir al fortalecimiento del programa, se realizan las siguientes recomendaciones:

- ☒ Fortalecer y armonizar los diagnósticos, identificar los factores que limitan la disminución de la tasa de mortalidad infantil, y el alcance de los estándares señalados por instancias internacionales, así como la persistencia de desequilibrios entre municipios y regiones.
- ☒ Definir con precisión la población a la que van dirigidos los proyectos a efecto de sustentar políticas públicas focalizadas a los menores que habitan en los municipios en riesgo, ampliar la cobertura y reducir la brecha en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.
- ☒ Valorar la pertinencia de que permanezcan en el mismo programa la población infantil menor de 5 años y los adolescentes.
- ☒ Perfeccionar la definición de las poblaciones potencial, objetivo y atendida, armonizar las variaciones que en cuanto a población establecen las disposiciones normativas; asegurar la consistencia histórica en la definición de la población de responsabilidad del ISEM; así como disponer de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información.
- ☒ Definir y documentar una estrategia de cobertura que especifique con claridad los criterios para definir, caracterizar y cuantificar a los grupos de edad a considerar para el programa y sus proyectos, así como unidades de medida específicas y armonizadas entre los indicadores y las metas; y en general, una estrategia que permita disponer de una herramienta para valorar con objetividad la cobertura particular de los proyectos y general del programa.
- ☒ Perfeccionar el diseño de la MIR, asegurar que todos los servicios que se brindan se integren y

desarrollen en la lógica vertical; fortalecer la construcción de los indicadores y la definición de las metas; armonizarlos con los utilizados para valorar el desempeño de la entidad en el ámbito nacional en congruencia con los Objetivos de Desarrollo Sustentable. Mantener los criterios históricos a fin de dar consistencia a la comparación de los resultados a través del tiempo.

- ☒ Armonizar la asignación de los recursos del programa presupuestal entre los proyectos y las metas, analizar el origen de las variaciones.
- ☒ Formular el manual general de procedimientos específico para el programa Atención a la salud infantil y adolescente, que integre tanto los procedimientos sustantivos como los adjetivos que muestren con claridad las interacciones entre las unidades administrativas; además de organizar en un solo documento las disposiciones normativas básicas que sustentan la operación del programa.
- ☒ Analizar, documentar y regularizar las funciones y procedimientos que se llevan a cabo en materia de monitoreo y evaluación de los programas y proyectos, que de acuerdo con las disposiciones normativas son competencia de las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación.
- ☒ Definir estrategias y acciones para que tanto el programa como sus proyectos sean evaluados de forma sistemática; así como para disponer de información oportuna sobre los resultados de evaluaciones y/o estudios que se realicen en el ámbito internacional, nacional y estatal a fin de sustentar políticas públicas que contribuyan a mejorar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población infantil.
- ☒ Definir estrategias para asegurar la atención oportuna y suficiente de la demanda de los servicios en todos los centros de salud; realizar las gestiones para fortalecer su capacidad instalada a fin de que dispongan de la infraestructura, los recursos humanos y técnicos, y el abasto de insumos suficientes para garantizar el acceso universal a la salud.
- ☒ Avanzar en la corrección de las brechas en el uso de las tecnologías de información y comunicación, que persisten entre unidades médicas, a fin de subsanar el subregistro de información o los reportes extemporáneos; así como simplificar la formulación de reportes que hasta ahora se realizan de forma independiente para cada programa y proyecto, a fin de que en los centros de salud se privilegien las actividades sustantivas sobre las administrativas.

*Resumen ejecutivo*

*Índice*

*Introducción*

- I. Diseño del programa*
- II. Planeación y orientación a resultados del programa*
- III. Cobertura y focalización del programa*
- IV. Operación del programa*
- V. Percepción de la población atendida del programa*
- VI. Resultados del programa*
- VII. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones*
- VIII. Conclusiones*

*Referencias*

*Anexos*

*Anexo 1 Descripción general del programa.*

*Anexo 2 Metodología para la cuantificación de las poblaciones o áreas de enfoque potencial y objetivo.*

*Anexo 3 Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios.*

*Anexo 4 Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados.*

*Anexo 5 Indicadores.*

*Anexo 6 Metas del programa.*

*Anexo 7 Complementariedades y coincidencias entre programas estatales.*

*Anexo 8 Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora.*

*Anexo 9 Resultado de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora. Anexo 10 Análisis de recomendaciones no atendidas derivadas de evaluaciones externas.*

*Anexo 11 Evolución de la cobertura.*

*Anexo 12 Diagramas de flujo de los componentes y procesos claves.*

*Anexo 13 Í Gastos desglosados del programaÍ.*

*Anexo 14 Í Avance de los Indicadores respecto a sus metasÍ.*

*Anexo 15 Í Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población o Área de Enfoque AtendidaÍ*

*Anexo 16 Í Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y RecomendacionesÍ.*

*Anexo 17 Í Comparación con los resultados de la evaluación de consistencia y resultados anteriorÍ.*

*Anexo 18 Í Valoración final del programaÍ.*

*Anexo 19 Í Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluaciónÍ.*

## INTRODUCCIÓN

En atención a lo dispuesto en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 129 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 327 del Código financiero del Estado de México y 79 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México, emitió el Programa Anual de Evaluación para el Ejercicio Fiscal 2017 de los Programas Presupuestarios del Gobierno del Estado de México, en el que se determina la evaluación de Consistencia y resultados del programa 02030202 Salud para la población infantil y adolescente, proyectos: 020302020101 Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, 020302030102 Esquemas de vacunación universal y 020302030103 Atención en salud al menor de 5 años, a cargo de Instituto de Salud del Estado de México.

Este tipo de evaluación tiene por objeto contribuir a la mejora de la consistencia y orientación a resultados del programa presupuestario, proveyendo información que retroalimente su diseño, gestión y resultados; así como continuar con el fortalecimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico, el Presupuesto basado en Resultados (PbR) y el Sistema de Evaluación del Desempeño. En este sentido, el proceso de evaluación se llevó a cabo con base en el modelo de Términos de referencia para la evaluación de consistencia y resultados para programas no sociales, emitidos por la Dirección de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México.

El informe que aquí se presenta está organizado en seis apartados: Diseño del programa; Planeación y Orientación a Resultados del programa; Cobertura y Focalización del programa; Operación del programa; Percepción de la Población Atendida del programa y Resultados del programa; los cuales son abordados a través de 46 preguntas establecidas en el modelo; una vez concluida la respuesta a las preguntas se integra el análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del programa, así como las conclusiones generales. Al final del documento se integran las referencias y los anexos. Antes de dar cuenta pormenorizada de cada uno de los temas, al inicio de este documento se integra un resumen ejecutivo que contiene los principales hallazgos del programa.

La evaluación se llevó a cabo con base en un análisis de gabinete de la información que fue proporcionada por la unidad responsable de la evaluación; la consulta de información estatal, nacional e internacional especializada en la materia, así como análisis de campo a través de la aplicación de cuestionarios y la realización de entrevistas a los responsables de la ejecución y control del programa y los proyectos. Lo anterior permitió cumplir cabalmente con los objetivos particulares establecidos en los términos de referencia:

- Valorar la lógica y congruencia del diseño del Pp, su vinculación con el Sistema de Planeación Democrática para el Desarrollo del Estado de México (programa sectorial, regional, institucional y/o especial), la consistencia entre el diseño y el problema o necesidad de política pública que se atiende, así como con la normatividad que lo regula, y las posibles complementariedades, riesgos de duplicidades y/o coincidencias con otros Pp de la Administración Pública Estatal.
- Valorar los instrumentos de planeación y orientación a resultados con que cuenta el Pp.
- Valorar la estrategia de cobertura o de atención de mediano y de largo plazo,

conforme a la población o área de enfoque objetivo del Pp, así como sus avances.

- Valorar los principales procesos establecidos para la operación del Pp, así como los sistemas de información que lo soportan y sus mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- Valorar los instrumentos que permitan medir el grado de satisfacción de los beneficiarios, usuarios o destinatarios de las funciones de gobierno del programa y sus resultados.
- Valorar los resultados del Pp respecto a la atención del problema o acción de gobierno para la que fue creado.

Es importante señalar que las evaluaciones que se llevan a cabo a los programas presupuestales, carecerían de sentido si no contribuyeran a detonar acciones para mejorar la calidad de los servicios públicos que se brindan a la población infantil, más aún si se considera que el acceso a los servicios de salud es un derecho constitucional, del que es garante el Estado mexicano y al que de manera sustantiva concurre el Instituto de Salud del Estado de México.

**I. DISEÑO DEL PROGRAMA**  
**I.1. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO**

1. ¿El problema, necesidad o acción de gobierno que busca resolver o atender el Pp está identificado en un documento que cuente con la siguiente información?

- a) El problema, necesidad o acción de gobierno a atenderse se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida o atendida.
- b) Define la población o área de enfoque que presenta el problema o necesidad, o que requiere de atención del gobierno.
- c) Cuantifica y caracteriza a la población o área de enfoque que presenta el problema o la necesidad o que requiere de atención del gobierno.
- d) Define el periodo de revisión y actualización para conocer la evolución del problema y/o necesidad.

**Respuesta: Sí, nivel 3**

Con base en el análisis documental es posible afirmar que existen imprecisiones en la identificación del problema que busca resolver el programa *Salud para la Población Infantil y Adolescentes* no está descrito como un hecho o situación negativa que pueda ser revertida; está definida la población, pero es insuficiente la caracterización y cuantificación del problema; anualmente se revisa y actualiza la evolución del problema; por lo que se otorga el nivel 3.

NIVEL	CRITERIOS
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El problema, necesidad o acción de gobierno identificado y que busca resolver el Pp cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>

Para la identificación del problema se consultaron diversos documentos que se muestran a continuación:

FUENTE	DESCRIPCIÓN
Árbol de Problemas <sup>1</sup> del Programa Presupuestario Salud para la Población Infantil y Adolescente	La población infantil del Estado de México <b>presenta mortalidad y morbilidad principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas</b> , así mismo los adolescentes no reciben información y capacitación oportuna para prevenir conductas de riesgo.
Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 <sup>2</sup>	Existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud (õ ) Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector <b>ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención</b> . En segundo lugar, <b>no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales</b> hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (õ ) Tercero, en la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde <b>prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y</b>

<sup>1</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, *Reporte General de la Matriz de Indicadores para Resultados, Árbol de Problemas*, 2016.

<sup>2</sup> Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018, 2013.

FUENTE	DESCRIPCIÓN
	<b>fragmentadas</b> , que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018 <sup>3</sup>	<p>o la mayoría de las <b>muerres que aquejan a los niños menores de 11 años de edad son prevenibles</b> (o ) es fundamental llevar a cabo (o ) prevención de enfermedades y promoción de la salud y darles un seguimiento puntual.</p> <p>o Si bien, <b>en términos de la Tasa de Mortalidad Infantil y la Tasa de Mortalidad Infantil en menores de 5 años, las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio son alcanzables</b>, en las entidades de muy alta marginación el desafío es significativo; o</p>
Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017	<p><b>Dentro de las principales causas de mortalidad infantil destacan las infecciones respiratorias agudas bajas, la natalidad prematura y con bajo peso, además de las enfermedades infecciosas intestinales.</b> No obstante que dichas causas pueden ser previsible en muchos casos, están ligadas a los cuidados durante el embarazo y a la etapa de lactancia.</p> <p>Por otro lado, <b>las principales causas de mortalidad en edad escolar (niños entre uno y cuatro años) se deben a las infecciones respiratorias agudas(o ) las enfermedades infecciosas intestinaleso</b></p>
Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017 <sup>4</sup>	<p>o <b>el sistema de salud estatal debe ser capaz de disminuir la ocurrencia de estos padecimientos (enfermedades diarreicas y respiratorias)</b>, buscando cumplir con las metas nacionales e internacionales comprometidas, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) emanados del Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).</p>
Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 <sup>5</sup>	<p><b>México no ha sido la excepción en cuanto a este comportamiento, se observa un decremento del 50% en la mortalidad infantil durante el periodo 1990-2011, el cual obedece al impacto de las políticas públicas de salud implementadas en el país y enfocadas a las principales causas de mortalidad infantil como son la prevención diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años</b>, prevención de desnutrición, acciones dirigidas a la atención del recién nacido y en los últimos años las acciones de prevención de accidentes en el hogar.</p>

Como se puede advertir, en diversos documentos se refiere la problemática en materia de salud para la población infantil y adolescente, en la que se destaca la necesidad de incrementar el acceso a los servicios de salud y mejorar su calidad, con la finalidad de tener mayores beneficios, con la consecuente disminución de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, se observa que el problema principal establecido en el árbol, no está formulado como un hecho negativo o una situación que pueda ser revertida o atendida como lo marca la MML; ya que solo se afirma, por una parte, que la población infantil presenta mortalidad y morbilidad por infecciones respiratorias y diarreicas agudas, y por la otra, que los adolescentes no reciban información y capacitación oportuna para prevenir conductas de riesgo; además, no se cuantifica ni caracteriza a la población que tiene el problema.

Los objetivos del programa presupuestario y los proyectos evaluados están enfocados a mejorar el desarrollo integral de los infantes y adolescentes, mediante el aseguramiento de la prestación de los

<sup>3</sup> Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, enero 2014.

<sup>4</sup> Gobierno del Estado de México, Programa Sectorial Gobierno Solidario, 2012-2017, 2012.

<sup>5</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018*, enero 2014.

prevenir y atender infecciones respiratorias y diarreas mas completos de vacunación y para el otorgamiento de especialidad a pacientes que por la patología presentada requieren el manejo médico, quirúrgico y especializado, lo que se puede constatar en el siguiente esquema:



**Programa Presupuestario *Salud para la Población Infantil y Adolescente***

**Objetivo** Aumentar el número de población infantil y adolescente beneficiada por los servicios institucionales de salud, a través de la mejora en la atención médica a esta población de responsabilidad.

**Descripción** Agrupa los proyectos en materia de salud que lleva a cabo el Gobierno Estatal para garantizar el respeto a los derechos de los niños y adolescentes, principalmente de los que están en condiciones de marginación con acciones que mejoren su bienestar y desarrollo y disminuyendo la desnutrición.



**Proyecto *Atención en salud al menor de 5 años***

**Objetivo** Disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años de edad, mediante acciones de detección y control para contribuir a elevar la calidad de vida de este sector de la población.

**Descripción** Comprende acciones de detección y control encaminadas a atender a los menores de 5 años con padecimientos por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.



**Proyecto *Esquemas de vacunación universal***

**Objetivo** Incrementar la cobertura de esquemas completos de vacunación para disminuir los casos de enfermedades prevenibles, mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos en menores de 5 años.

**Descripción** Se orienta a las acciones que se llevan a cabo para aplicar los esquemas completos de vacunación con dosis de los diferentes biológicos en menores de 5 años.



**Proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil***

**Objetivo** Mejorar la salud de la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos, mediante el otorgamiento de atención médica y quirúrgica de alta especialidad a pacientes que por la patología presentada requieran el manejo médico, quirúrgico y especializado.

**Descripción** Se refiere a las acciones orientadas a apoyar a la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos con servicios de salud pública otorgándoles atención médica y quirúrgica de alta especialidad.

Se advierte congruencia entre la descripción del programa y el proyecto de *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*, en cuanto a su focalización; el primero señala que abarca las acciones para garantizar el respeto a los derechos de los niños y adolescentes, principalmente de los que están en condiciones de marginación y el segundo establece que las acciones que comprende están orientadas a apoyar a la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos.

de vacunación universal y Atención en salud al menor de 5 años en condición específica (sexo o situación socioeconómica, por causas de salud. Lo anterior, considerando que de conformidad con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>6</sup>, el derecho a la salud es un derecho humano, por lo que el acceso a los servicios debe ser universal.

Por otro lado, en los tres proyectos no se hace referencia a la población adolescente, circunscribiendo la población a los infantes menores de 5 años; al respecto, en la Ley de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México,<sup>7</sup> se entiende por niña o niño a toda persona cuya edad sea menor a doce años y por adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los doce años y menor a los dieciocho años; en tanto para la OMS la población adolescente va de los 10 a 19 años de edad.<sup>8</sup>

En ese sentido, es conveniente que el programa presupuestario identifique adecuadamente a su población considerando que los tres proyectos evaluados se orientan a la población infantil, y que solo el de *Control y Prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente*, hace referencia a los adolescentes, cuyo planteamiento del problema se reduce a la falta de información para prevenir conductas de riesgo, se dirige a la población adolescente, que presenta necesidades diferentes.

De esta forma, se propone replantear el problema relativo a la población infantil considerando por ejemplo si los servicios de salud son suficientes, oportunos y de calidad; realizar un análisis minucioso que le permita, con base en un diagnóstico razonado, identificar la problemática que le impide disminuir la incidencia de la tasa de mortalidad infantil, así como analizar la conveniencia de que permanezcan en el mismo programa la población de menores de 5 años y los adolescentes.

Finalmente, de conformidad con el Manual para la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto 2017 emitido por la Secretaría de Finanzas,<sup>9</sup> la evolución de la problemática es actualizada de forma anual.

---

<sup>6</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 1917, reformas y adiciones.

<sup>7</sup> Ley de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 7 de mayo de 2015, reformas y adiciones.

<sup>8</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018*, enero 2014.

<sup>9</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Manual para la Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto 2017, 2016.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

- a) Las causas, efectos y características del problema, necesidad o acción de gobierno
- b) La definición de objetivos y justificación del modelo de intervención o de operación del Pp.
- c) La caracterización y cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.
- d) El impacto presupuestal y las fuentes de financiamiento.

**Respuesta: Sí, nivel 3**

El programa cuenta con documentos que acreditan que cuenta con un diagnóstico del problema en el que se caracteriza y cuantifica la población, su impacto presupuestal y las fuentes de financiamiento; que justifica los objetivos y el modelo de intervención; sin embargo, existe imprecisión en la identificación de las causas y efectos y en la caracterización del problema lo que limita la definición de acciones específicas para su atención, por lo que se le otorga el nivel 3.

NIVEL	CRITERIOS
3	El diagnóstico del Pp cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

La anterior conclusión se sustenta en la información identificada en los siguientes documentos:

**Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017**

*En el año 1990, la tasa de mortalidad infantil era de 32.9 defunciones por cada 1,000 nacimientos. En 20 años se ha logrado reducir esta tasa en casi 20 puntos, para registrar 13.2 muertes, índice menor al promedio nacional de 14.2, y se espera que para el 2030 dicha tasa se reduzca a la mitad.*

**Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017**

*Cabe informar que el sistema de salud estatal ha avanzado considerablemente en el tratamiento de las enfermedades consideradas como de rezago, entre ellas las enfermedades diarreicas y respiratorias. Ello se hace patente en el hecho de que en sólo seis años se logró disminuir la mortalidad materna en más de 40%, la de menores de 5 años por enfermedades diarreicas en más de 50% y la producida por enfermedades respiratorias en más de 20%.*

**Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018**

Si bien la mortalidad por diarreas ha disminuido de manera constante, se observa una heterogeneidad al comparar cada entidad federativa. Se observa una disminución en este periodo de 21.1 puntos a nivel nacional, sin embargo, aunque todas las entidades presentan una reducción importante, aún existen entidades con una tasa elevada como Oaxaca y Chiapas, y otras con una tasa menor como Colima y Nuevo León.

Las infecciones respiratorias agudas si no se atienden de manera adecuada, se complican con neumonía, que puede causar la muerte en menores de cinco años; indicador que si bien ha registrado

el periodo de 1990 a 2012, al interior de las entidades federativas.

La atención al recién nacido se ha representado por un conjunto de actividades dirigidas a menores de 28 días, las cuales han impulsado la capacitación del personal en salud en atención integral del recién nacido. Sin embargo, también existen otras causas de mortalidad como la desnutrición y las malformaciones congénitas.

En particular, en el formato PbR\_01a Descripción del Proyecto por Unidad Ejecutora emitido para el ejercicio fiscal 2016, para cada proyecto se integran los siguientes diagnósticos:

**Atención en salud al menor de cinco años.** -Hace alusión a las estrategias del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil implementadas a partir del 2007; destaca la disminución de 57.6% registrada entre el 2000 y el 2013 de la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas, y de 74.3% la causada por enfermedades diarreicas; así como las acciones emprendidas y los municipios en riesgo. En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se estableció como meta reducir la mortalidad infantil en un 74.3% y 80% respectivamente. **Presupuesto de Gasto corriente 2016 \$ 2,175,129,287**

**Esquemas de vacunación universal.** -Indica los objetivos de la vacunación universal en el marco de los compromisos nacionales, continentales e internacionales en la materia; además se relacionan las dos actividades permanentes e intensivas del Programa de Vacunación Universal. **Presupuesto de Gasto corriente 2016 \$ 487,602,685**

**Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil.** -Señala la estructura de la División de Neonatología del ISEM y su infraestructura; el comportamiento de la actividad hospitalaria de 2011 a junio de 2015 en donde se advierte una tendencia similar en los egresos registrados; también se indican las principales patologías presentadas en los neonatos, así como los servicios brindados a pacientes pediátricos de población abierta. Finalmente, se hace alusión a la capacitación que se brinda al personal. **Presupuesto de Gasto corriente 2016 \$ 162,671,837**

En el Árbol de Problemas las causas y efectos son:

<b>CAUSAS</b>	<b>EFFECTOS</b>
<p><b>No se cubren los esquemas completos de vacunación</b> en la población infantil, considerando la <b>carencia de infraestructura hospitalaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiente cobertura de vacunación para los menores de cinco años.</li> </ul> <p>Incremento de las <b>alteraciones nutricionales en los niños menores de cinco años:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Falta de eficiencia</b> en la atención médica integral para la población infantil.</li> <li>- <b>Insuficiente promoción, difusión y capacitación</b> en el programa de enfermedades diarreicas agudas.</li> <li>- <b>Insuficiente promoción, difusión y capacitación</b> en el programa de infecciones respiratorias agudas.</li> <li>- Insuficiente promoción, difusión y capacitación en el programa de nutrición.</li> </ul>	<p><b>Incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de la población infantil</b> y adolescente del Estado de México disminuyendo su esperanza de vida:</p> <p>Incremento de la morbilidad infantil derivado de la <b>falta de atención médica oportuna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aumento de las patologías</b> propias de la población infantil.</li> <li>- <b>Carencia de los servicios médicos integrales y de personal calificado.</b></li> </ul> <p>Afectación del desarrollo y calidad de vida en la población infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Incremento de la morbilidad y mortalidad derivada de enfermedades diarreicas agudas.</b></li> <li>- <b>Incremento de la morbilidad y mortalidad</b></li> </ul>

**EFFECTOS**

as a los **derivada de infecciones respiratorias agudas.**

- **Desinterés de los adolescentes para integrar y promover grupos de promotores de salud.** Incremento en las patologías y conductas de riesgo de los adolescentes:
  - Incremento de la morbilidad y mortalidad derivada de alteraciones nutricionales.
  - Falta de información y orientación a los adolescentes respecto de las enfermedades prevenibles.

Como se ve, el Árbol de Problemas presenta algunas inconsistencias en cuanto a su lógica secuencial que impide identificar claramente las causas y los efectos que producen. Por citar algunas:

Se repiten en los tres niveles de efectos el incremento en la morbilidad y mortalidad en población infantil y adolescente.

Se refiere como causa el incremento en las alteraciones nutricionales en menores de cinco años y como efecto las alteraciones nutricionales en adolescentes. Para la primera, refiere a su vez como causas de manera generalizada la insuficiente promoción, difusión y capacitación en programas de enfermedades diarreicas, respiratorias agudas y de capacitación en nutrición.

Señala algunos efectos que deberían ser causas, como son la carencia de los servicios médicos integrales y de personal calificado o la falta de información y orientación a los adolescentes respecto de las enfermedades prevenibles.

Identifica tres causas principales del problema que son insuficientes para provocar los efectos que se describen.

Como se puede advertir la intervención del programa se sustenta en un modelo y definición de objetivos nacionales e internacionales orientados a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil; en ninguno de los diagnósticos establecidos para los proyectos se especifica y caracteriza con precisión la población objetivo; sin embargo a partir de los diversos documentos consultados se identifica que el programa está enfocado a la población infantil en general, y a los mexiquenses menores de 5 años en particular, la cual se prioriza geográficamente de acuerdo a la incidencia de las enfermedades y las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

Para fortalecer el diseño del programa se recomienda perfeccionar y profundizar en los diagnósticos e integrarlos y armonizarlos en un solo documento; precisar con claridad el problema caracterizarlo, cuantificarlo y focalizarlo; identificar correctamente sus causas y efectos; incluir un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del programa, que no se reduzca a dar cuenta de las actividades realizadas o los programas implementados.

También se estima conveniente, definir con precisión la población a la que van dirigidos los proyectos, dimensionar la capacidad del ISEM en la atención de los servicios; así como sustentar políticas públicas orientadas a los municipios en riesgo, que contribuyan a ampliar la cobertura que a la postre logren reducir la brecha entre regiones y municipios respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad infantil y alcanzar los estándares internacionales.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[\*Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features\*](#)

que sustenta el modelo de intervención o de operación características?

- a) Es consistente con el diagnóstico.
- b) Contiene evidencia (estatal, nacional o internacional) de que el modelo es eficiente/eficaz/respecto de otras alternativas.
- c) Considera la factibilidad y riesgos en la implementación del modelo de intervención/operación.
- d) Contiene evidencia (estatal, nacional o internacional) ya sea de los efectos positivos atribuibles a los componentes del Pp, o de la importancia de la ejecución de la acción de gobierno ejecutada por el Pp.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

Con base en los documentos normativos se acredita que el programa presupuestal y sus tres proyectos evaluados están teórica y empíricamente justificados, son consistentes con el diagnóstico y existe evidencia de los efectos positivos atribuibles a sus componentes; se sustenta en un modelo de intervención nacional que atiende a las pautas y metas internacionales; que han considerado al esquema de vacunación universal y a la atención de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas como estrategias fundamentales para hacer frente a la mortalidad infantil, por lo que se considera que el modelo es internacional y nacionalmente considerado como eficiente/eficaz/respecto de otras alternativas para la atención de la salud infantil, por lo que se le otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	La justificación teórica o empírica que sustenta el modelo de intervención o de operación del Pp cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

La intervención del programa *Salud para la Población Infantil y Adolescente*, y sus tres proyectos evaluados, están teóricamente justificados, ya que la salud es un derecho humano constitucionalmente consagrado, que precisa de la definición de políticas públicas para su ejercicio, más aún, tratándose de la población infantil y adolescente, la cual requiere de atención especializada al estar en una etapa de desarrollo y madurez física y mental.

De la revisión de los instrumentos normativos se identificó:

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<sup>10</sup>**

**Artículo 4o.- (o )**

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (o )*

**LEY GENERAL DE SALUD<sup>11</sup>**

**Artículo 61.-** *El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón*

<sup>10</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 2017, sus reformas y adiciones.

<sup>11</sup> Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, sus reformas y adiciones.

se encuentra la mujer y el producto.

carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual; (õ )

VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

**Artículo 62.-** En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

**Artículo 63.-** La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

**Artículo 64.-** En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia (...);

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna (...) y, en su caso, la ayuda alimentaria (...) tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y

III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

#### CÓDIGO ADMINISTRATIVO DEL ESTADO DE MÉXICO<sup>12</sup>

**Artículo 2.16.-** Los servicios de salud que presta el Estado en materia de salubridad general son: (õ )

XVII. Atención médica gratuita a niñas, niños y adolescentes. (õ )

**Artículo 2.21.-** El sistema estatal de salud tiene los objetivos siguientes: (õ )

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante la prestación de servicios de salud principalmente a niñas, niños, adolescentes (...)

#### LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO:<sup>13</sup>

**Artículo 26.-** A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. Ejercer las atribuciones que en materia de salud le correspondan al titular del Ejecutivo Estatal (...);

II. Conducir la política estatal en materia de salud (...) de conformidad con el Sistema Nacional de Salud;

III. Elaborar en coordinación con las autoridades competentes los programas de salud (...);

IV. Coordinar la participación de todas las instituciones de los sectores público, social y privado en la ejecución de las políticas de salud de la entidad;

VI. Coordinar la prestación de servicios de atención médica, salud pública y regulación sanitaria en el Estado;(õ )

<sup>12</sup> Código Administrativo del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, sus reformas y adiciones.

<sup>13</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 17 de septiembre de 1981.



**PDF Complete**  
Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

do de México, como organismo público descentralizado personalidad jurídica y patrimonio propios, es la instancia los evaluados, y en términos del Código Administrativo del

Estado de México tiene por objeto.

**Artículo 2.5.** *El Instituto de Salud del Estado de México es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por objeto la prestación de los servicios de salud en la Entidad.*

Como ha se ha precisado la intervención del programa evaluado está teóricamente justificado y existen evidencias estatales de los efectos positivos atribuibles a los apoyos otorgados a la población infantil en sus tres proyectos evaluados, en particular su contribución para garantizar el derecho de acceso a la salud y a la disminución de la mortalidad en menores de 5 años, tanto por los esquemas de vacunación universal y la atención a las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas; como por la atención altamente especializada que se brinda a los menores de 5 años.

Por la naturaleza del programa, no se precisa de un estudio de factibilidad o de riesgo específico para la implementación del modelo de intervención, ya que dicho modelo se ha perfeccionado gradualmente y se han articulado los diversos proyectos y programas para conformar un modelo de atención integral para la infancia impulsado a nivel nacional en el marco de las políticas y acuerdos internacionales. Cabe señalar que el no contar con el programa presupuestal y sus proyectos, se detonaría un incremento en la mortalidad infantil y en la prevalencia de diversas enfermedades provocadas por la falta de vacunación y de atención de las enfermedades diarreicas agudas, o infecciosas respiratorias agudas, o bien por la falta de consultas de especialidad, de hospitalización o de intervenciones quirúrgicas, entre otras.

4. ¿El Propósito del Pp está vinculado con algún objetivo de algún programa sectorial o, en su caso, objetivo de algún programa especial, derivados del PED, y cumple con las siguientes características?
- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito del Pp y algún objetivo de algún programa sectorial o, en su caso, objetivo de algún programa especial, derivados del PED, por ejemplo: población o área de enfoque objetivo, problema o acción de gobierno atendida, etc.
  - b) El logro del Propósito del Pp, aporta al cumplimiento de alguna meta de algún objetivo del programa sectorial o, en su caso, objetivo de algún programa especial, derivados del PED.
  - c) El logro del Propósito del Pp, es suficiente para el cumplimiento de alguna meta de algún objetivo del programa sectorial o, en su caso, objetivo de algún programa especial, derivados del PED.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

De la información analizada se desprende que existen conceptos comunes entre el Propósito del programa establecido en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR); un objetivo, estrategias y temas del Programa sectorial y el logro del Propósito aporta a su cumplimiento y es suficiente para el cumplimiento de una meta, por lo que se otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	El Propósito del Pp está vinculado con algún objetivo de algún programa sectorial o, en su caso, con algún objetivo de algún programa especial, derivados del PED, y cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

El Propósito del Programa Presupuestario se vincula con los objetivos, estrategias y líneas de acción con el Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, que se describen a continuación:

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	
<b>PROPÓSITO:</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	
<b>Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017</b>	
<b>Objetivo 2: Combatir la pobreza</b>	<p><b>Estrategia 2.1 Establecer como prioridad la prevención médica</b>  <b>Tema 12 Medicina preventiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a gran escala la medicina preventiva</li> <li>➤ Fortalecer las campañas de vacunación para erradicar enfermedades, en coordinación con las instancias federales, estatales y municipales</li> </ul> <p><b>Estrategia 2.2 Fortalecer la atención médica</b>  <b>Tema 18 Calidad de los servicios médicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud</li> </ul> <p><b>Tema 19 Recursos humanos para los servicios de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud</li> </ul> <p><b>Estrategia 2.4 Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen</b>  <b>Tema 27 Objetivos del Milenio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015.</li> </ul>

Las estrategias del Programa sectorial se advierten conceptos como: mejorar los servicios médicos brindados a las niñas, niños y adolescentes; de manera particular, mediante el esquema de vacunación, la profesionalización y actualización del personal; así como a través de elevar la efectividad y calidad de los servicios.

También se vincula con la estrategia "Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen", cuyo tema central está referido a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que si bien es cierto tuvieron vigencia hasta el 2015, la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil se incluyó también como meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Además, el objetivo del Programa de Acción Específico "Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad" está alineado con dos objetivos y diversas estrategias establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, relativas al fortalecimiento de las capacidades de los hogares con carencias; avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal; priorizar las acciones de protección, promoción y prevención; así como mejorar la atención de la salud a la población en situación vulnerable; todas ellas en el marco de los objetivos para garantizar el ejercicio del derecho a la salud y asegurar el acceso a los servicios.

De esta forma, se puede afirmar que el logro del Propósito aporta al cumplimiento de los objetivos del programa sectorial Gobierno Solidario y al Programa de Acción Específica; así mismo está vinculado con los objetivos de desarrollo sostenible y el Plan Nacional de Desarrollo vigente.

**s Metas Estatales del PED; a sus objetivos, estrategias programas sectoriales o especiales?**

Los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017 a las que el programa presupuestario contribuye se muestran a continuación:

Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017	
<p><b>Objetivo 2:</b></p> <p><b>Combatir la pobreza</b></p>	<p><b>2.1 Establecer como prioridad la prevención médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a gran escala la medicina preventiva</li> <li>➤ Fortalecer las campañas de vacunación para erradicar enfermedades, en coordinación con las instancias federales, estatales y municipales</li> </ul> <p><b>2.2 Fortalecer la atención médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud</li> <li>➤ Fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud</li> </ul> <p><b>2.4 Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen</b></p> <p><b>Tema 27 Objetivos del Milenio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015.</li> </ul>

El programa presupuestario contribuye con el objetivo, estrategias y metas del Plan, en virtud de que éste tiene como objetivo aumentar el número de población infantil y adolescente beneficiada por los servicios institucionales de salud, a través de la mejora en la atención médica a esta población de responsabilidad y su descripción señala que agrupa los proyectos en materia de salud que lleva a cabo el gobierno estatal para garantizar el respeto a los derechos de los niños y adolescentes, principalmente de los que están en condiciones de marginación con acciones que mejoren su bienestar y desarrollo y disminuyendo la desnutrición.

De esta forma, busca contribuir al combate a la pobreza, asegurando servicios de salud para la población infantil y adolescente, principalmente los que están en condiciones de marginación. Al respecto, de acuerdo con el Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social, por pobreza se entiende: *Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.*<sup>14</sup>

Es así, que uno de los indicadores de rezago es justamente el acceso a los servicios de salud, por lo que el programa presupuestario y los tres proyectos evaluados contribuyen a garantizar dicho derecho en la población infantil y adolescente. Al respecto, en el Sexto Informe de Gobierno de la Administración 2011-2017 se indica que, *de acuerdo con las últimas mediciones de CONEVAL, entre 2010 y 2014 se redujo de 30.7 por ciento a 17.9 por ciento la carencia de acceso a servicios de salud en el Estado de México, disminuyendo así de manera muy importante la pobreza por motivos sanitarios, lo que da evidencia de la contribución del programa al objetivo del Plan de Desarrollo estatal.*<sup>15</sup>

Además, añade: *De 2011 a 2017 se alcanzaron los siguientes logros en materia de disminución en la mortalidad infantil en menores de cinco años: En general disminuyó 26 por ciento. Por infecciones respiratorias agudas, disminuyó 87 por ciento. Por enfermedades diarreicas, bajó 63 por ciento.*

<sup>14</sup> Consultado en <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>, el 6 de enero de 2018.

<sup>15</sup> Consultado en [https://www.eruviel.com/6toinforme/wp-content/uploads/2017/09/6to\\_informe.pdf](https://www.eruviel.com/6toinforme/wp-content/uploads/2017/09/6to_informe.pdf), el 4 de enero de 2018.

...mas de vacunación universal, contribuye a la estrategia 2.1  
...on médica, particularmente en el fortalecimiento de las  
...campañas de vacunación para erradicar enfermedades, en coordinación con las instancias federales,  
estatales y municipales, ya que se orienta a incrementar la cobertura de esquemas completos de  
vacunación para disminuir los casos de enfermedades prevenibles, mediante la aplicación de dosis  
de los diferentes biológicos en menores de 5 años. Al respecto, en el citado Informe de Gobierno se  
advierte: *Para prevenir enfermedades en menores de cinco años, durante esta gestión se aplicaron  
44 millones 511 mil dosis de vacunas a este grupo de población, de las cuales 6 millones 227 mil se  
suministraron durante este último año. Para lograrlo, trabajaron 281 mil brigadistas especiales que  
atendieron las Semanas Nacionales de Salud y para lograr la participación en estos eventos se  
emitieron 33 millones 572 mil mensajes de promoción.*

El proyecto *Atención en salud al menor de 5 años*, está orientado a disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años de edad, mediante acciones de detección y control para contribuir a elevar la calidad de vida de este sector de la población, por lo que se relaciona con la estrategia 2.2 Fortalecer la atención médica, en la meta elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud, así como con la meta Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015 que indicaban en su meta 4 que señalaba el reducir la mortalidad de niños menores de cinco años.

A dicha meta también contribuye el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, ya que éste se orienta a garantizar los servicios de salud, principalmente la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos, que requieren de atención médica y quirúrgica de alta especialidad, es decir menores que por la patología presentada requieran el manejo médico y quirúrgico especializado.*

Finalmente, también contribuye con la meta fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud, mediante la certificación de médicos en atención a la niñez (neonatos), que sumaron 27 para el año evaluado, de acuerdo con la ficha del indicador de gestión respectivo.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2016, Indicador: [1664] Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos), 2016.

## DEFINICIÓN O ÁREA DE ENFOQUE POTENCIAL Y OBJETIVO

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

La definición de la población o área de enfoque potencial y objetivo, está definida en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema, necesidad o acción de gobierno y cuenta con la siguiente información y características?

- a) Unidad de medida y la población o área de enfoque está cuantificada, caracterizada y (en su caso) desagregada geográficamente.
- b) Incluye metodología para su cuantificación, caracterización y, en su caso, desagregación, así como fuentes de información.
- c) Se define un plazo para su revisión y actualización.
- d) Existe evidencia del uso de las definiciones de población o área de enfoque en la planeación y ejecución de los servicios y/o acciones que el Ppl lleva a cabo.

**Respuesta: Sí, nivel 3**

Las poblaciones potencial y objetivo están referidas de forma general a la población menor de 5 años; para cada uno de los proyectos evaluados se cuenta con unidades de medida y están cuantificadas y se define un plazo para su actualización; no obstante, no se dispone de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información y tampoco hay evidencia del uso de las definiciones de población en la planeación y ejecución de los servicios que se llevan a cabo, por lo que se asigna el nivel 3.

NIVEL	CRITERIOS
3	La definición de la población o área de enfoque (potencial y objetivo) cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

De acuerdo con lo establecido en los Términos de Referencia las poblaciones se definen como:

**Población potencial**, a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.  
**Población objetivo**, a aquella que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.  
**Población atendida**, es la beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

En este sentido se puede afirmar que la población del programa presupuestario va enfocada justamente a la población infantil y adolescente; no obstante, cada proyecto atiende a características particulares de acuerdo con su objetivo y descripción, como se muestra a continuación:

a) **Atención en salud al menor de 5 años:** tiene por objeto disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años de edad, mediante acciones de detección y control para contribuir a elevar la calidad de vida de este sector de la población. La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño,<sup>17</sup> tiene por objeto *establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia*

<sup>17</sup>Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.

desarrollo de los niños menores de 5 años. En este sentido

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil en el Estado de México (menor de 10 años)	3,081,653
Potencial	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México	1,538,606
Objetivo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México programados a atender	615,416

Para la cuantificación de las poblaciones universo y potencial se sustentaron en las proyecciones del Consejo Nacional de Población<sup>18</sup>; la potencial además es considerada por el indicador Mortalidad *en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)*. La población objetivo corresponde al número de consultas programadas en el Programa Operativo Anual, con la salvedad de que no necesariamente el número de consultas corresponde al número de menores previstos y atendidos.

Meta	Niños menores de 5 años programados a atender (Consultas)	Niños menores de 5 años atendidos
Detectar infecciones respiratorias agudas	525,569	516,460
Detectar enfermedades diarreicas agudas	89,847	93,943
TOTAL	615,416	610,403

#### b) Esquemas de vacunación universal

De acuerdo con el Catálogo de Objetivos de la Estructura Programática 2016, el proyecto tiene por objeto incrementar la cobertura de esquemas completos de vacunación para disminuir los casos de enfermedades prevenibles, mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos en menores de 5 años. En tanto en la NOM-031-SSA2-1999 referida se establece que el Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad y cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los cuatro años con once meses de edad; así mismo establece que las instituciones de salud de carácter público están obligadas a realizar la vacunación de los niños menores de 15 años, que formen parte de los grupos de población cautiva.

De lo anterior, se desprende lo siguiente:

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil y adolescente en el Estado de México (menos de 15 años)	4,618,855
Potencial	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México de responsabilidad	1,493,292
Objetivo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México de responsabilidad programados a atender	N/D

La definición de la población universo se sustentó en proyecciones de población del CONAPO; para la población potencial en el indicador *Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños*

<sup>18</sup>Consultado en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico>, el 12 de enero de 2018.

encia a los infantes de responsabilidad del ISEM, los cuales  
dida, no pudo precisarse para el año evaluado en virtud de  
sobre dosis de vacunación, como se observa en la meta  
establecida en el Programa Operativo Anual:

Meta	Dosis programadas a aplicar	Dosis aplicadas
Aplicar dosis de vacunación a menores de 5 años	5,719,130	6,237,144

### c) Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

De conformidad con el Catálogo de la Estructura Programática citado, este proyecto se orienta a mejorar la salud de la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos, mediante el otorgamiento de atención médica y quirúrgica de alta especialidad a pacientes que por la patología presentada requieran el manejo médico, quirúrgico y especializado. En la Descripción del proyecto por unidad ejecutora y en la Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2016 del indicador *Egresos hospitalario por mejoría*, se advierte que los servicios que se ofrecen van encaminados a la población neonatal, es decir del recién nacido considerado en el ISEM como los menores de 28 días de nacidos; en tanto en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 el recién nacido es el menor de 30 días de vida.

De esa forma, advertimos lo siguiente:

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil de neonatos (menores de 28 días) en el Estado de México	261,318
Potencial	Población infantil de neonatos (menores de 28 días) en el Estado de México sin derechohabiencia	63,455
Objetivo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México sin derechohabiencia programados a atender	1,235

Al respecto, para la cuantificación de la población neonatal se consideró el número de nacimientos registrados en el año evaluado y para la población potencial los nacimientos de menores sin derechohabiencia; en ambos casos la información fue proporcionada por el área evaluada; en tanto para la correspondiente a la población objetivo se consideró la meta brindar hospitalización pediátrica especializada establecida en el programa anual.

Meta	Unidad de medida	Cantidad programada	Total de neonatos programados a atender	Total de neonatos atendidos
Brindar hospitalización pediátrica especializada	Egreso hospitalario	1,235	1,235	1,424

Por lo anteriormente expuesto es posible afirmar que la población potencial y objetivo está definida en documentos oficiales proporcionados por la instancia ejecutora, que se establecen unidades de medida para definir a la población potencial, referida en lo general a la población infantil menor de 5 años, sin derechohabiencia, la cual está cuantificada y caracterizada.

Sin embargo, es importante referir que, tanto para establecer las metas en el Programa Operativo Anual para atender a la población, como para reportar el avance en su cumplimiento, las unidades de medida determinadas no están referidas a personas, al traducirse en consultas, dosis, cirugías, etc. lo que dificulta la cuantificación y caracterización de la población objetivo y atendida.

imientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se establecen las metas y los criterios para su cuantificación y para sustentar la presupuestación; sin embargo, el alcance de dicha metodología es limitada para determinar con precisión la población potencial y objetivo para cada proyecto objeto de evaluación, y armonizarla con las metas del programa anual y los indicadores que se formulan de carácter estatal.

En general, como se puede advertir para identificar las poblaciones del programa y sus proyectos fue necesario recurrir a diversas fuentes de información; así como realizar ejercicios de inferencia ya que no se dispone de una metodología integrada y explícita para tales fines. Además, en el análisis fue posible advertir variaciones importantes respecto a los grupos de edad a los que van dirigidos los proyectos, condiciones que limitan establecer con claridad y de manera objetiva las poblaciones potencial, objetivo y atendida.

Por lo que hace al plazo para su actualización, en términos del Manual para la Elaboración del Anteproyecto de Egresos, la definición de la población se realiza anualmente.

Por lo anterior se sugiere formular un documento con la metodología a efecto de poder identificar de manera integrada el impacto real del programa y sus proyectos, considerando:

Las fuentes de información que serán la base en la cuantificación de la población.  
Homologar en los proyectos que integran el programa la cifras para la población universo y potencial, la cual deberá utilizarse en los diagnósticos e indicadores.  
Identificar claramente las características de la población a atender, así como los criterios propios para cada proyecto.  
Contar con metas que den cuenta de los menores proyectados a atender y atendidos que permitan identificar el alcance de los proyectos.  
Para la definición de la población objetivo considerar la capacidad presupuestal, humana y de infraestructura de las instancias ejecutoras.  
Garantizar que los criterios adoptados tengan comparabilidad en el tiempo y en el espacio.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

- a) Incluya sus características de acuerdo con sus documentos normativos.
- b) Incluya el tipo de apoyo o componente otorgado o generado.
- c) Esté sistematizada e incluya una clave de identificación por destinatario que no cambie en el tiempo.
- d) Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

Con base en las evidencias documentales, se puede afirmar que existe información que permite conocer quiénes reciben los componentes del programa, así como las características de los infantes que fueron apoyados de acuerdo con sus documentos normativos, la cual se encuentra sistematizada e incluye una clave única, así mismo se tienen mecanismos documentados para su depuración y actualización, por lo que se otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	La información de los destinatarios de los apoyos o componentes del Pp cuenta con todas las características establecidas.

En términos de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, establece en el numeral 11 Registro de información que el control y la evaluación de los componentes de vacunación universal, control de la nutrición y crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, se efectuará en forma computarizada mediante el uso del Sistema de Información PROVAC. Cada institución de salud realizará el registro de la población de niños menores de ocho años en su área de responsabilidad (Sistema de Información PROVAC. Manual de Procedimientos Técnicos) y levantarán un Censo Nominal y realizarán el seguimiento del esquema de vacunación, así como el registro del peso y la talla de los niños, de manera permanente; para mantenerlo actualizado es preciso que se capten los datos de los nacimientos ocurridos en su área de responsabilidad.

Así mismo, en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, se establecen con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

*El Expediente Clínico se define como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.*

*De esta forma, se establece que todo expediente clínico, deberá tener como datos generales el tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; la*

ario o concesionario, si aplica al caso; nombre, sexo, edad y señalen las disposiciones sanitarias. También señala que, al interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, a partir de la fecha del último acto médico.

En el caso particular del proyecto *Atención en salud al menor de 5 años*, en el Manual de Enfermedades Respiratorias 2012 Prevención, diagnóstico y tratamiento,<sup>19</sup> y en el documento denominado *Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento*, emitidos por la Secretaría de Salud,<sup>20</sup> se refiere el Sistema Único de Información en Salud (SINAIS), *el cual promueve la notificación de casos e integra la información estadística de mortalidad, morbilidad e invalidez; además de registros demográficos, económico, sociales y ambientales vinculados a la salud*. Establece que una fuente básica es la unidad de primer nivel de atención, de donde se obtienen datos de servicios otorgados y daños a la salud, que se incorporan a los niveles superiores y finalmente al SINAIS. Dos de los instrumentos importantes en este flujo de información son la hoja diaria del médico y el expediente clínico.

La Hoja diaria del médico *permite conocer datos de morbilidad (casos) y contribuye al registro de la vigilancia epidemiológica*. El médico (a) asignado debe llenarlo con letra legible y con tinta, los datos completos del paciente durante la consulta diaria otorgada en primer nivel, por causa, edad, sexo y tratamiento otorgado, sin omitir ningún renglón y de acuerdo con el instructivo del SIS (Sistema de Información en de Información en Salud o su equivalente institucional) vigente. A través del Subsistema de Prestación de Servicios, se capta información referente a los servicios otorgados a la población demandante.

Para el proyecto *Esquemas de vacunación universal*, en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, se define a la cartilla de vacunación como el documento gratuito, único e individual, oficialmente válido para toda la República Mexicana. Se utiliza para el registro y control de las acciones de vacunación, así como para la anotación de la CURP, peso y la talla del niño. Así mismo, en el Manual de Vacunación<sup>21</sup> emitido por la Secretaría de Salud Federal, contempla el Censo Nominal, que es el formato que utiliza el personal vacunador en las unidades de salud y en las brigadas de vacunación, en el que se registra el nombre, domicilio, tipo y dosis de vacunas aplicadas. Así mismo, la información de los biológicos aplicados se registra en el Sistema de Información en Salud, mediante el formato primario SINBA-SIS-06-P-2016, y el SIS-CE-H 2016 Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica, en donde se consignan las vacunas aplicadas según el grupo de edad y el orden de las dosis. Los responsables de la información son el médico, el personal de enfermería, el vacunador y el personal de sistemas de información.

Finalmente la información que se genera a través del proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*, de acuerdo al Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México<sup>22</sup>, en todos los casos deberá efectuarse el registro de los

<sup>19</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.

<sup>20</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, *Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento*, 2010.

<sup>21</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Vacunación, 2016.

<sup>22</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.

en el expediente clínico, en los formatos del SIS y en los formatos de Referencia y Contrarreferencia de cada nivel de atención. En la Hoja Diaria de Consulta Externa, los diferentes formatos de Referencia y Contrarreferencia de cada nivel de atención; los pacientes que fueron referidos a los centros de salud para su atención; dicho documento integra, además, información de identificación del paciente, del diagnóstico realizado, así como el seguimiento respectivo.

Se identifican además los formatos: Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel, Libreta de control de referencia de comunidad a unidad médica de primer, Visita Domiciliaria, Libreta de control de referencia y contrarreferencia de unidad médica de primer nivel a unidad médica de segundo nivel, Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Referencia y contrarreferencia de pacientes/ concentrado mensual jurisdiccional.

De esta forma, podemos concluir que el programa está normado por ordenamientos de índole federal y estatal, entre ellas destaca la obligación de las instancias de salud, de contar con un expediente clínico de cada menor beneficiado de los servicios relacionados con los tres proyectos evaluados; además de las normas particulares que establecen la obligación de recabar información en formatos específicos relacionados con la atención y seguimiento que se da a los menores beneficiados, que permiten identificar de manera única al infante atendido y el apoyo recibido.

La Secretaría de Salud Federal a través de la Dirección General de Información en Salud, opera el Sistema de Información en Salud y administra el padrón general de salud que integra información de asegurados (afiliados, derechohabientes y beneficiarios), profesionales y enfermedades específicas<sup>23</sup>, y establece los procedimientos para su sistematización.

Adicionalmente, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia es el encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, de la vacunación para toda la población residente del país<sup>24</sup>; emite en particular distintos ordenamientos para la cuantificación y registro de la población usuaria de los servicios.

Atendiendo a la naturaleza de los servicios médicos ofrecidos y a la diversidad de instancias involucradas, se establecen procedimientos para la depuración y actualización de la información de los padrones respectivos y de la base de datos de beneficiarios, los cuales pueden ser advertidos con detalle en el **Anexo 3 Í Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios Í**.

<sup>23</sup> <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/acercade/index.html>, consultada el 21 de diciembre de 2017.

<sup>24</sup> <https://www.gob.mx/salud/%7Ccensia/que-hacemos>, consultada el 3 de enero de 2018.

## INDICADORES PARA RESULTADOS

¿Es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en las evidencias documentales es posible afirmar que todos los elementos contenidos en el resumen narrativo del programa presupuestal se identifican en documentos normativos, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en el documento normativo del Pp.

Los objetivos establecidos en el resumen narrativo de la MIR del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente<sup>25</sup>, a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades se identifican en diversos documentos normativos, iniciando por el artículo 4º constitucional, la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas sobre Epidemiología y para la Atención del niño; el Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, así como en el Manual Metodológico, Caminando a la Excelencia.

A continuación, se presenta un cuadro en el que se incluyen los objetivos de la MIR y su identificación en los documentos normativos:

Nivel de objetivo	Documento normativo
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad.	Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Derecho a la salud. Manual General de Organización del ISEM, Objetivo del Departamento de Salud del niño, Organizar y controlar los programas de promoción de la salud que coadyuvan al mejoramiento y conservación de la salud física, mental y social de la población infantil.
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 <sup>26</sup> Para la atención a la salud del niño, que establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos (õ) aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y

<sup>25</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Reporte general de la MIR del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente para el ejercicio fiscal 2016.

<sup>26</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.

**Documento normativo**

**COMPONENTE**

Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.

Ley General de Salud Art. 144.- Las vacunaciones contra la tosferina, la difteria, el tétanos, la tuberculosis, la poliomielitis y el sarampión, así como otras contra enfermedades transmisibles que en el futuro estimare necesarias (õ) serán obligatorias. La misma Secretaría determinará los sectores de población que deban ser vacunados y las condiciones en que deberán suministrarse las vacunas, conforme a los programas que al efecto establezca, las que serán de observación obligatoria para las instituciones de salud.

Función del Departamento de Salud del niño<sup>27</sup>: %Coordinar y apoyar el proceso de vacunación a la población infantilõ +

**COMPONENTE:**

Niños menores de 5 años atendidos por alteraciones nutricionales, con la finalidad de coadyuvar en su calidad de vida.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999<sup>28</sup> Para la atención a la salud del niño, que establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud (õ) para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco añosõ +

**COMPONENTE:**

Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad.

**COMPONENTE:**

Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables

Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PAE- ASIA):

Objetivo particular: Contribuir a la prevención y promoción de estilos de vida saludables en la población adolescente.

Meta 2018: Lograr que el 80% de los adolescentes de 10 a 19 años, que acudan a consulta de primera vez en el año (independientemente del motivo de consulta) cuenten con medición del IMC y evaluación nutricional.

**ACTIVIDAD:**

Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999<sup>29</sup> Para la atención a la salud del niño, que establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos (õ) aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.

**ACTIVIDAD:**

Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado

**ACTIVIDAD:**

Incremento en el número de jóvenes que

PAE ASIA:<sup>30</sup>

Meta 2018: Alcanzar al menos el 80% de las metas

<sup>27</sup> Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, Funciones del Departamento de Salud del niño.

<sup>28</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

<sup>29</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

<sup>30</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Caminando a la excelencia, Manual metodológico

**Documento normativo**

establecidas para la formación de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) a nivel nacional.

**ACTIVIDAD:**  
Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.

PAE ASIA Objetivo específico: Consolidar las acciones que promuevan la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la población menor de cinco años.

**ACTIVIDAD:**  
Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.

**Ley General de Salud, Artículo 65.-** Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán: **I.** Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil.

**ACTIVIDAD:**  
Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada a las madres y/o responsables del menor de 5 años del programa de nutrición.

PAE ASIA: Las intervenciones están enfocadas a encaminar a las Unidades de Salud a llevar un adecuado control nutricional, que permita una atención integrada y de calidad, donde la madre, padre o cuidador cuenten con consejería sobre lactancia materna, alimentación complementaria y recomendaciones sobre una alimentación correcta para prevenir y tratar la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.+

Si bien es cierto que el diseño de la MIR del programa está sustentado en documentos normativos, éstos no se encuentran integrados, lo que dificulta la consulta, por lo que se sugiere disponer de un compendio de las principales disposiciones normativas que faciliten la consulta.

En el **Anexo 4 Í Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados** del programa presupuestal objeto de evaluación.

## Fin de la MIR del Pp al objetivo sectorial o, en su institucional, es clara y sólida?

El fin del programa presupuestal está referido a %Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad+, el cual está alineado con el siguiente objetivo, estrategias y líneas de acción:

Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017 <sup>31</sup>	
<b>Objetivo</b>	<b>Combate a la pobreza<sup>32</sup></b>
<b>Estrategia</b>	<i>Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen.</i>
<b>Línea de acción</b>	<i>Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los objetivos del milenio (ODM) 2015+</i>
<b>Metas</b>	Detectar infecciones respiratorias agudas. Detectar infecciones diarreicas agudas.
<b>Estrategia</b>	<i>Fortalecer la atención médica</i>
<b>Línea de acción</b>	<i>Elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud.</i>
<b>Línea de acción</b>	<i>Fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud</i>
<b>Estrategia</b>	<i>Establecer como prioridad la atención médica</i>
<b>Línea de acción</b>	<i>Fortalecer las campañas de vacunación para erradicar enfermedades, en coordinación con las instancias federales, estatales y municipales.</i>
<b>Línea de acción</b>	<i>Promover a gran escala la medicina preventiva.</i>

Como se puede advertir, el Fin del programa presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+, incluido en la MIR del 2016<sup>32</sup>, está alineado con un objetivo del Programa Sectorial Gobierno Solidario, en particular con tres estrategias y cinco líneas de acción.

Con el objeto de contribuir a dicha afirmación es importante destacar la estrecha vinculación con dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>33</sup>, que estuvieron vigentes hasta el 2015: 4. %Reducir la mortalidad infantil+y 5. %Mejorar la salud materna+. En este sentido, el programa objeto de evaluación no sólo se sustenta en un derecho constitucional referido al acceso a la salud, sino que tiene una estrecha vinculación con los instrumentos estatales de planeación y contribuye al cumplimiento de dos de los ocho propósitos que fueron identificados como prioritarios para el desarrollo humano, por los 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

En efecto, el objetivo que el fin postula respecto a contribuir a incrementar la esperanza de vida y a disminuir la mortalidad, mediante las acciones preventivas y curativas, contribuyen, por una parte, a cubrir las necesidades básicas de quienes menos tienen, garantizando el acceso a la salud de la población infantil y adolescente y por la otra, al fortalecimiento de la atención médica, mediante el impulso a la medicina preventiva.

En virtud de que se está formulando el plan de desarrollo para la administración 2017-2023, se sugiere asegurar la alineación del programa presupuestal, así como con los programas sectoriales e institucionales que en su momento se elaboren.

<sup>31</sup> Gobierno del Estado de México, Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México, Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017.

<sup>32</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Reporte general de la MIR del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente para el ejercicio fiscal 2016.

<sup>33</sup> [www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx](http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx)

indicadores del Pp cuentan con la siguiente

- b) Definición
- c) Método de cálculo
- d) Unidad de medida
- e) Frecuencia de medición
- f) Línea base
- g) Metas
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal)

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en la información contenida en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores 2016, correspondientes al programa presupuestal *Salud para la población infantil y adolescente*, es posible afirmar que los ocho indicadores cuentan con nombre, definición, método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición y metas; la mitad cuenta con línea de base y 7 de 8 establecen el comportamiento del indicador, por lo que se considera que reúnen entre 6 y 8 de las características establecidas en la pregunta y se asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Las Fichas Técnicas de los indicadores del Pp tienen en promedio un valor entre 6 y 8 características establecidas en la pregunta.

Para el programa presupuestal objeto de evaluación se incluyen ocho indicadores registrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores 2016,<sup>34</sup> cuentan con casi todas las características establecidas en la pregunta; se advierte en un par de casos debilidad respecto a la línea de base y en otro respecto al comportamiento del indicador. No obstante, la fortaleza en su contenido, se observan algunas debilidades en su diseño, las cuales pueden ser advertidas en el siguiente cuadro:

Nombre del Indicador	Valoración	Observaciones
Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	87.5%	Línea de base incorrecta, es igual al nombre del indicador.
Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	100.0%	La línea de base está referida al porcentaje de médicos certificados. Comité Normativo Nacional de Especialidades (CONACEM). Con la certificación del 57.45% de los médicos, la meta se alcanzó en 95.74%.
Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	87.5%	Falta de claridad por la utilización de las siglas en el contenido del indicador

<sup>34</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación y Presupuesto, Dirección General de Planeación y Gasto Público, Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2016, Programa Presupuestario 02030202 Salud para la población infantil y adolescente, correspondientes al cuarto trimestre.

**Observaciones**

		Observaciones
la población menor de 5 años (ISEM)	<b>87.5%</b>	Las unidades de medida son incorrectas, para las dos variables del indicador se establece "dosis", y la fórmula está referida a la relación entre el número de dosis y la población.
Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	<b>87.5%</b>	Las unidades de medida son incorrectas, para la variable del numerador se establece adulto, para la del denominador es año. Las dos unidades de medida deben ser las mismas toda vez que se pretende identificar la variación de un año sobre otro. La esperanza de vida calculada no corresponde a la población infantil y adolescente, ya que este segmento de la población es de 0 a 17 años.
Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	<b>87.5%</b>	El factor de comparación está referido al 4o ODM y a las metas MMM. El registro del indicador es imperfecto, no se logró reducir la mortalidad a la tasa programada que fue de 7.94, sin embargo, con una tasa de 10.01 alcanzada se reporta una eficiencia del 126.01%. sin embargo, la tendencia ha sido descendente.
Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	<b>100.0%</b>	El factor de comparación que se establece es con el 4o ODM, reducir la mortalidad infantil y las MMM 16.5, pero es incorrecto en virtud de que es el porcentaje de madres capacitadas y no la tasa de mortalidad.
Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	<b>100.0%</b>	El factor de comparación que se establece es con el 4o ODM, reducir la mortalidad infantil y las MMM 16.5, pero es incorrecto en virtud de que es el porcentaje de madres capacitadas y no la tasa de mortalidad.
<b>Promedio</b>	<b>92.2%</b>	

Para la evaluación y seguimiento del programa presupuestal directamente están definidos dos indicadores %Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM) y Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)+, los dos, como se puede observar en el cuadro, registran algunas inconsistencias en su diseño, el primero por diferencias entre la denominación, el método de cálculo y el alcance; el segundo por falta de especificidad en el factor de comparación, en el comportamiento del indicador y en el uso de las siglas.

Para el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil* se definen los indicadores relativos a egreso hospitalario por mejoría y porcentaje de médicos certificados con respecto a los contratados, en los que se advierten imprecisiones, tanto por el uso de siglas como por el establecimiento de la línea de base.

En particular para el proyecto *Esquema de vacunación universal* se definen dos indicadores, el primero relativo a la cobertura y el segundo a las dosis aplicadas, en los cuales se advierten inconsistencias tanto por el uso de siglas, como por las unidades de medida establecidas para las variables.

Los tres últimos indicadores están definidos para el proyecto *Atención en salud al menor de 5 años* y están referidos a la mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS y a la capacitación de las madres en los dos temas; los tres toman como factor de comparación al 4º ODM y las MMM para reducir la mortalidad infantil a 16.5, referencia que si bien es pertinente para el indicador relativo a la mortalidad infantil, resulta inconsistente para el tema de la capacitación tanto en IRAS como en EDAS.

obre el porcentaje de médicos certificados no se incluye en seguimiento de indicadores está ausente el tema de nutrición del programa presupuestal. Con el objeto de fortalecer el análisis de los indicadores, se incluyó el de los 15 registrados en la MIR del programa correspondiente al 2016, de los cuales 14 son relevantes y es económica su generación; 13 son adecuados, (los inadecuados son Porcentaje de sesiones informativas para adolescentes madres.... que está previsto a nivel de propósito; y el de egreso hospitalario que resulta inadecuado para medir el incremento de la eficiencia...); sólo uno es claro (Cobertura con esquema completo de vacunación ...), y ninguno puede ser monitoreable.

En el siguiente cuadro se incluyen los indicadores referidos, así como las observaciones.

Nivel de objetivo	Nombre	Método de cálculo	Observaciones
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)	(Esperanza de vida año 2016-Esperanza de vida año 2014)	El objetivo refiere la Esperanza de vida de la población infantil y adolescente, el nombre del indicador niños y adolescentes y la fórmula establece esperanza de vida en lo general. Dicho indicador debe estar acotado a la población de 0 a 17 años, especificar que corresponde al Estado de México; de acuerdo con la fórmula se infiere que es la variación entre un periodo y otro. Es un indicador relevante y adecuado, pero no es posible establecer y cuantificar la contribución del programa al fin.
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	(Número de defunciones de IRAS y EDAS en menores de 5 años / Población menor de 5 años) *100000	El indicador está referido a la mortalidad, el objetivo incluye además la morbilidad, en la fórmula no se establece la periodicidad; la denominación es imprecisa ya que corresponde a la tasa de mortalidad, no especifica la dimensión espacio temporal, y no es monitoreable. Es relevante y adecuado para el propósito.
	Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	(Consultas de primera vez de infecciones respiratorias agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años)*1000	Es adecuado y relevante, no especifica periodo, la denominación es imperfecta ya que por la fórmula se infiere que es la tasa de morbilidad. La fórmula es imprecisa, la variable del numerador no especifica menores de 5 años, no hay una delimitación territorial
	Morbilidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años	(Consultas de primera vez de enfermedades diarreicas agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años) *1000	Es adecuado y relevante, no especifica periodo, la denominación es imperfecta ya que por la fórmula se infiere que es la tasa de morbilidad. La fórmula es imprecisa, la variable del numerador no especifica menores de 5 años, no hay una delimitación territorial.

		Método de cálculo	Observaciones
	sesiones informativas para adolescentes madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar y entre pares (ISEM)	Número de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia programadas / Número de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia realizadas) *100	Es inadecuado a nivel de propósito, la denominación y la fórmula de cálculo son imprecisas, y las variables están invertidas. Es irrelevante para medir el propósito. Si se perfecciona puede ser útil a nivel de actividad, ya que es parte de un proceso.
<b>COMPONENTE 1.</b> Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	(Niños menores de 5 años de edad con esquema completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años) *100	Es claro, relevante, adecuado, y económica su generación, pero registra limitaciones para hacerlos monitoreables, en virtud de que no establece el periodo ni el territorio. La redacción se puede perfeccionar refiriendo el porcentaje de menores de 5 años con esquema completo de vacunación.
<b>COMPONENTE 2.</b> Niños menores de 5 años atendidos por alteraciones nutricionales, con la finalidad de coadyuvar en su calidad de vida.	Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales	(Consultas de primera vez de niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales / Población de responsabilidad menor de 5 años) *1000	Incongruencia entre el objetivo, la denominación del indicador y la fórmula de cálculo. No establece periodo ni delimitación territorial.
<b>COMPONENTE 3.</b> Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad.	Promedio de prevalencia de la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años (ISEM)	(Número de menores de 5 años de edad con desnutrición moderada y severa / Total de población menor de 5 años de edad de responsabilidad) *1000	Incongruencia entre el objetivo, la denominación del indicador y la fórmula de cálculo que no conduce a un promedio. Sin embargo, el indicador es relevante y adecuado, pero las debilidades en su diseño limitan su monitoreo.
<b>COMPONENTE 4.</b> Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables	Porcentaje de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud (ISEM)	(Número de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud / Total de adolescentes de responsabilidad) *100	Es claro, relevante, adecuado, y económica su generación, pero registra limitaciones para hacerlos monitoreables en virtud de que no establece el periodo ni el territorio. El indicador nacional incluye la medición del IMC y evaluación nutricional a la población de 10 a 17 años.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

		Método de cálculo	Observaciones
vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Dosis de vacunas aplicadas a niños menores de 5 años / Población de responsabilidad menor de 5 años) *100	Falta de claridad en el objetivo e incongruencia entre la denominación del indicador y la fórmula, la cual también presenta inconsistencias y limita su monitoreo.
<b>ACTIVIDAD 2.</b> Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado.	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	(Egresos por mejoría (niñez) / Total de egresos hospitalarios registrados (niñez)) *100	El objetivo está referido a incrementar la eficiencia, en consecuencia, es de resultado, la denominación del indicador es imprecisa y es incongruente con la fórmula que no da como resultado la variación, si no la proporción. Tales debilidades limitan el que sea monitoreable.
<b>ACTIVIDAD 3.</b> Incremento en el número de jóvenes que integran los grupos de adolescentes promotores de salud (GAPS).	Porcentaje de adolescentes integrantes de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS) (ISEM)	Número de adolescentes integrantes de GAPS formados / Número de adolescentes integrantes de GAPS programados) *100	El objetivo es incrementar el número, el nombre del indicador es el porcentaje de adolescentes integrantes de grupos, y la fórmula de cálculo establece el número de adolescentes, y su aplicación no conduce al objetivo que se pretende medir.
<b>ACTIVIDAD 4.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) ISEM	Número de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDA'S) / Total de madres y/o responsables del menor de cinco años programadas a capacitar) *100	La redacción del objetivo es imprecisa, ni la denominación del indicador ni la fórmula permiten medir la "continuidad en la promoción". No establece periodo ni delimitación territorial.
<b>ACTIVIDAD 5.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	(Número de madres y o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS / Número de madres y o responsables del menor de 5 años programadas a capacitar en IRAS) *100	La redacción del objetivo es imprecisa, ni la denominación del indicador ni la fórmula permiten medir la "continuidad en la promoción". No establece periodo ni delimitación territorial.
<b>ACTIVIDAD 6.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada a las madres y/o responsables del menor de 5 años del programa de nutrición.	Porcentaje de madres capacitadas y/o responsables del menor de 5 años de edad para su adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. (ISEM)	(Número de madres y/o responsables del menor de 5 años de edad capacitadas (CCYDM) / Total de madres y/o responsables del menor de 5 años de edad (CCYDM))*100	La redacción del objetivo es imprecisa, ni la denominación del indicador ni la fórmula permiten medir la "continuidad en la promoción". No establece periodo ni delimitación territorial.
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Entre los indicadores integrados en las Fichas técnicas de los ítems de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), en ambos casos registran debilidades que limitan el uso para monitorear y evaluar el programa y sus proyectos, por lo que se sugiere la atención de las observaciones y su fortalecimiento. El análisis particular de cada indicador se incluye en el **Anexo 5 ÍndicadoresÍ**.

¿Cuáles de las características de la MIR del Pp tienen en las siguientes características?

- a) Están orientadas a impulsar mejoras en el desempeño, es decir, las metas de los indicadores planteadas para el ejercicio fiscal en curso son congruentes y retadoras respecto de la tendencia de cumplimiento histórico de metas y la evolución de la asignación presupuestaria.
- b) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el Pp.

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en la información registrada en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores del programa presupuestal y en la definición de los proyectos objeto de evaluación para el Programa anual correspondiente al ejercicio fiscal 2016, es posible afirmar que para las ocho metas establecidas en los indicadores se define unidad de medida, cuatro están orientadas a impulsar el desempeño y siete son factibles; así mismo, las ocho metas incluidas en los programas anuales cuentan con unidad de medida, seis impulsan el desempeño y seis son factibles, por lo que se considera que las metas reúnen entre 1.5 y 2 de las características establecidas en la pregunta y se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Las metas de los indicadores del Pp tienen en promedio un valor entre 1.5 y 2 características establecidas en la pregunta.

De acuerdo con la información proporcionada por las unidades que intervienen en la ejecución de los proyectos, la definición de las metas para la formulación del programa anual se lleva a cabo a través de un ejercicio colegiado en el que intervienen los ejecutores de los proyectos y es coordinado por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México; además, para cada proyecto, dependiendo de sus características y de la normatividad establecida, se realizan procedimientos específicos para determinar las metas; para el caso del proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ la UIPPE del hospital realiza una consulta interna, y se determinan con base en la capacidad instalada+*, la planeación se realiza a través de ejercicios de coordinación mediante *Reuniones internas con los jefes de Neonatología y los Jefes de servicio, para planear el comportamiento de la salud, la capacidad instalada y el comportamiento de los recursos.* El programa anual de obra siempre rebasa los recursos<sup>35</sup>.

La planeación del proyecto *Esquemas de vacunación universal+* toma como punto de partida *la población estimada por el Centro Nacional para la Atención de la Salud de la Infancia y la Adolescencia con base en las cifras proporcionadas para el Estado de México por CONAPO respecto a la Población sin seguridad; la cual es distribuida por institución en el Consejo de Vacunación*<sup>36</sup>.

Para el proyecto *Atención en salud al menor de 5 años+*, la planeación se realiza por medio del POA *con base en los lineamientos federales que plantea el Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia. Se cita a los jurisdiccionales, con base en el histórico de cinco años se analizan y determinan las consultas a proporcionar y las madres a capacitar. En el segundo nivel de atención se*

<sup>35</sup> Entrevista realizada al jefe de la UIPPE del Hospital Mónica Pretelini Sáenz, 17 de noviembre del 2017.

<sup>36</sup> Entrevista realizada al responsable estatal de vacunación, 17 de noviembre del 2017.

varias de las metas del programa y de los indicadores toman como referente la %Población de responsabilidad del ISEM+estimada por Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia, al respecto, es importante destacar la forma en que se definen, en virtud de que algunas de las imprecisiones que se registran en los indicadores y en el comportamiento de las metas están asociadas a variaciones en la población de responsabilidad.

Por lo que respecta a las metas del programa, a continuación, se muestra un cuadro con los indicadores registrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores para el ejercicio fiscal 2016, las metas y la propuesta de mejora.

Nivel de objetivo	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de medida	Propuesta de mejora de la Meta
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	SI / .35	Adulto/ Año	El incremento registrado en los últimos años ha sido sostenido, por lo que es factible y no impulsa el desempeño. Está referido a la esperanza de vida al nacer de la población en general, no corresponde a la de niños y adolescentes, menos aún si sólo se refiere a la población de responsabilidad del ISEM. En caso de mantener el indicador debe estar calculado considerando un intervalo de tiempo específico; sin embargo, es difícil establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador.
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	SI / 7.94	Niño/ Niño	La meta fue muy alta con respecto al comportamiento histórico (904 en 2014 y 618 en 2015), por lo que se considera que impulsa el desempeño, pero no es factible. Se sugiere definir una meta más viable y que siga constituyendo un reto.

<sup>37</sup> Entrevista realizada al Responsable de Infecciones respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, 17 de noviembre del 2017.

			Unidad de medida	Propuesta de mejora de la Meta
<p><b>COMPONENTE</b> Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.</p>	<p>Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)</p>	<p>SI / 100%</p>	<p>Niño/ Niño</p>	<p>Impulsa al desempeño porque busca atender al 100% y es viable. Mantener los criterios en el manejo de las cifras para garantizar la comparabilidad. Revisar unidades de medida. Las unidades de medida no son congruentes con las cifras reportadas en años anteriores. Se infiere que la cifra consignada para la variable del numerador (niño) corresponde a las dosis, lo anterior en virtud de que las cifras son semejantes a las registradas en el indicador relativo al "Porcentaje de dosis". La inconsistencia es palpable en el alcance del 2014 y la imposibilidad de comparar el 2016 con los resultados de periodos anteriores.</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado</p>	<p>Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)</p>	<p>SI / 87.94%</p>	<p>Niño/ Persona</p>	<p>El porcentaje programado es incremental por lo que se considera que impulsa el desempeño y es viable. Revisar el nombre del indicador, por la forma de construcción está referido a un porcentaje; corregir las unidades de medidas (niñez vs neonatos) revisar la pertinencia de incluir las siglas; revisar las unidades de medida (niño/persona). Asegurar que la programación siempre sea incremental.</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.</p>	<p>Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)</p>	<p>SI / 95.75%</p>	<p>Dosis/ Dosis</p>	<p>No impulsa el desempeño porque la meta prevista es inferior a las programadas en años anteriores y es viable porque se superó la meta prevista. Dar congruencia a las cifras sobre población de responsabilidad, cuya variación tiene implicaciones en la consistencia del indicador. Revisar las unidades de medida y hacerlas congruentes con la definición del indicador (Población de responsabilidad vs dosis)</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.</p>	<p>Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)</p>	<p>SI / 100%</p>	<p>Mujer/ Mujer</p>	<p>En el 2015 el número de madres capacitadas fue superior a las programadas en el 2016 y no impulsa el desempeño y por el mismo motivo se considera viable. Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, no obstante, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con infecciones respiratorias agudas de madres que ya habían sido capacitadas.</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.</p>	<p>Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)</p>	<p>SI / 100%</p>	<p>Mujer/ Mujer</p>	<p>No impulsa el desempeño porque se ha mantenido la misma meta durante los últimos años, y se considera viable en virtud de que se alcanzó 99%. Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, no obstante, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con EDAS de madres que ya habían sido capacitadas.</p>
	<p>Porcentaje de médicos</p>	<p>SI / 60%</p>	<p>Médico/ Médico</p>	<p>Tanto el número de médicos, como el porcentaje de certificados, ha sido incremental, por lo que</p>

Meta	Unidad de medida	Propuesta de mejora de la Meta
certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)		impulsa el desempeño y es viable en virtud de que la meta fue alcanzada. Para la programación hay que considerar que, como aspiración lo deseable sería que el 100% de los médicos contratados estén certificados, en particular por la función tan relevante que desarrollan en materia de salud infantil. Valorar la inclusión de una meta relativa a la certificación de los médicos que ya se encuentran en funciones.

En las Fichas técnicas para el diseño y seguimiento de indicadores no se incluye el tema presupuestal, y el análisis de las metas en relación con la evolución presupuestal se realizó con base en la programación anual de los proyectos para los ejercicios fiscales 2013, 2014, 2015 y 2016,<sup>38</sup> cuyos resultados se describen a continuación.

**a) Proyecto: Atención médica especializada para la población infantil**

Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Factible	Propuesta de mejora de la meta
Brindar hospitalización pediátrica especializada	Egreso hospitalario	No, se ha mantenido la meta desde el 2013; se programó menos de lo alcanzado en 2015	Si, se registraron 1,424 egresos, 189 más de los previstos, con un alcance del 115.3	Incrementar la meta prevista considerando el comportamiento histórico
Realizar intervenciones quirúrgicas	Cirugía	Si, es superior a la programada en el 2015	Si, se registraron 65 cirugías menos de las previstas y se alcanzó el 77.19%; sin embargo, en el 2014 y 2015 se realizó un mayor número de cirugías	Revisar el comportamiento histórico y las posibles causas de la disminución en el número de cirugías, ya que una disminución puede ser una señal favorable con respecto a las condiciones de salud de la población infantil, y cuidar que el comportamiento sea congruente con la disponibilidad de recursos a fin asegurar la eficiencia.
Brindar admisión continua	Persona	Si, es superior a la programada en los tres años anteriores	No, se registraron 801 admisiones alcanzando el 76.11% de la meta. El comportamiento en los últimos tres años ha sido descendente	Revisar el comportamiento histórico y las posibles causas de la disminución en el número de admisiones y redefinir una meta alcanzable.

<sup>38</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación y Presupuesto, Dirección General de Planeación y Gasto Público, Secretaría de Salud del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Pbr\_01ª Programa Anual, Descripción del proyecto por Unidad Ejecutora para los proyectos Atención médica especializada de tercer nivel, Esquemas de vacunación universal, Atención en salud al menor de 5 años, correspondientes a los ejercicios fiscales 2013, 2014, 2015 y 2016.

			Factible	Propuesta de mejora de la meta
Otorgar consulta externa de especialidad	Consulta	Si, es la misma meta desde el 2013, pero no ha sido alcanzada	se otorgaron 3,626 consultas, logrando el 72.52% de la meta; en el 2013 el número de consultas otorgadas estuvo cercana a las 5,000.	Analizar las posibles causas de la disminución en el número de consultas y determinar si es imputable a la demanda de la población o a restricciones institucionales. Redefinir o confirmar la meta de acuerdo con los resultados
Realizar actividades de estimulación temprana	Consulta	Si, es semejante a la programada y mayor a la alcanzada en el 2015.	No, se realizaron 1,503 actividades, y un alcance de 78.28%. Se considera factible porque entre el 2014 y el 2015 se incrementaron 453 actividades.	Hacer congruente la denominación de la meta con la unidad de medida (actividades vs consulta)
		4/5	3/5	

Como se puede advertir, 4 de las 5 metas establecidas para el proyecto están orientadas a impulsar al desempeño y 3 de las 5 son factibles.

Por lo que respecta a su relación con los recursos, como se puede observar en el siguiente cuadro, el presupuesto programado para el proyecto registra un incremento del 105% con respecto del correspondiente al 2013, con variaciones sustantivas por meta. Para las metas relativas a intervenciones quirúrgicas, el incremento fue de 183.4% y de 191.8% para estimulación temprana; para hospitalización y admisión fueron el 120.3% y 79.5%; el menor crecimiento fue de 36% para consulta externa.

Comportamiento histórico de las metas programadas para el proyecto:

Meta	2013	2014	2015	2016
Brindar hospitalización pediátrica especializada	15,501,888	41,501,888	41,259,877	34,147,562
Realizar intervenciones quirúrgicas	11,375,641	21,375,641	42,897,562	32,237,137
Brindar admisión continua	17,860,598	23,860,598	35,246,446	32,062,862
Otorgar consulta externa de especialidad	23,616,589	30,616,589	20,757,774	32,137,137
Realizar actividades de estimulación temprana	10,997,152	31,117,743	20,599,753	32,087,137
	<b>79,351,868</b>	<b>148,472,459</b>	<b>160,761,412</b>	<b>162,671,837</b>

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento histórico de las metas programadas, que permite afirmar que no existe una relación directa entre el comportamiento de las metas y el presupuesto programado; por lo que se sugiere armonizar tanto la distribución de los recursos entre las metas, como entre éstas y el presupuesto destinado.

Comportamiento histórico de las metas programadas:

Meta	2013	2014	2015	2016
Brindar hospitalización pediátrica especializada	1,235	1,235	1,235	1,235
Realizar intervenciones quirúrgicas	192	286	232	285
Brindar admisión continua	945	945	945	1,053

	5,000	5,000	5,000	5,000
	1,000	1,100	1,920	1,920

Por lo que respecta al proyecto Esquemas de vacunación universal, sólo se incluye una meta, relativa a la aplicación de dosis de vacunación al menor de 5 años, que registra un incremento del .4% y 13.1% con respecto a lo programado en el 2013. Sin embargo, como se puede observar en el siguiente cuadro, en el 2015 se registró un incremento del 17.5% en la meta y de 7.2% en el presupuesto con respecto al 2014. Por lo que se considera que no hay una relación directa entre las dos variables analizadas.

### b) Proyecto: Esquemas de vacunación universal

Meta	2013	2014	2015	2016	2016/2013
Aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años	5,689,952	5,834,606	6,857,252	5,715,130	0.4%
Presupuesto	431,016,532	447,104,203	479,497,336	487,602,685	13.1%

Para el proyecto Atención en salud al menor de 5 años, en el 2016 se programaron más de 2,175 millones de pesos, que representan 18.3% más con respecto a los destinados en el 2013; para la ejecución del proyecto se establecen dos metas relativas a la detección de infecciones respiratorias y diarreicas agudas, cuyo comportamiento ha sido descendente en el periodo analizado.

### c) Proyecto: Atención en salud al menor de 5 años

Comportamiento histórico del presupuesto:

Meta	2013	2014	2015	2016
Detectar infecciones respiratorias agudas	917,968,275	968,128,029	1,048,780,259	1,331,864,559
Detectar infecciones diarreicas agudas	920,302,203	968,624,375	1,059,381,558	843,264,728
Total presupuestado	1,838,270,478	1,936,752,404	2,108,161,817	2,175,129,287

Comportamiento histórico de las metas:

Meta	2013	2014	2015	2016
Detectar infecciones respiratorias agudas	546,823	556,507	538,933	525,569
Detectar infecciones diarreicas agudas	100,752	103,043	58,641	89,847

Por lo anterior, se sugiere armonizar los aspectos presupuestales con los programáticos, a fin de dar mayor congruencia al procedimiento y fortalecer la eficiencia en los procesos referidos. En el **Anexo 6 / Metas del programa presupuestal**, se integra la información detallada que sustenta el análisis.

## COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS ESTATALES

12. ¿Con cuáles programas presupuestarios y en qué aspectos el Pp evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Se identifica complementariedad del Programa *Salud para la población infantil y adolescente* y sus tres proyectos evaluados con los siguientes programas estatales:

PROGRAMA	INSTANCIA EJECUTORA
Entrega de lentes oftalmológicos a menores escolares	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México <sup>39</sup>
Otorgamiento de zapato ortopédico	
Desarrollo social promoción a la participación comunitaria comunidad Diferente	
Desayunos escolares fríos y raciones vespertinas	
Canasta mexiquense	
Atención a niñas y niños menores de cinco años	
Desayuno escolar comunitario	
Por una infancia en grande	Secretaría de Desarrollo Social <sup>40</sup>
Apadrina a un niño indígena	Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas <sup>41</sup>

Programa	Justificación
Entrega de lentes oftalmológicos a menores escolares/ DIFEM	Tiene como propósito la entrega de lentes oftalmológicos nuevos a adultos mayores o estudiantes en escuelas públicas de nivel básico que viven en condiciones de vulnerabilidad, a los que después de la aplicación de un examen de la vista se determinó que los requieren.
Otorgamiento de zapato ortopédico/ DIFEM	Está orientado a la entrega de zapato y tenis ortopédico y/o plantillas correctoras a niñas y niños de 4 a 7 años y 11 meses de edad, con defectos plantares, inscritos en escuelas públicas del Estado de México.
Promoción a la participación comunitaria Comunidad	Está dirigido a Personas y familias (hombres y mujeres) que por sus condiciones de vulnerabilidad, requieran del apoyo del Programa, para superar las circunstancias que le impiden su pleno desarrollo, y que además habiten en localidades rurales y urbanas de alta y muy alta marginación, de cualquiera de los 125 municipios que conforman el

<sup>39</sup> Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Entrega de Lentes Oftalmológicos, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Otorgamiento de Zapato Ortopédico, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Promoción a la Participación Comunitaria Comunidad Diferente, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Desayunos Escolares Fríos y Raciones Vespertinas, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Canasta Mexiquense, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Atención a Niñas y Niños Menores de Cinco Años, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Desayuno Escolar Comunitario, Gaceta del Gobierno, 8 de marzo de 2016.

<sup>40</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Desarrollo Social, Acuerdo del Secretario de Desarrollo Social, por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Por una infancia en Grande, Gaceta del Gobierno, 29 de enero de 2016.

<sup>41</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Desarrollo Social, Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas, Acuerdo del Vocal Ejecutivo del Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México, por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Apadrina a un Niño Indígena, Gaceta del Gobierno, 29 de enero de 2016.

	<p>fatizando acciones que involucren la participación y la atención de: niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo; mujeres embarazadas; mujeres en periodo de lactancia; adultos mayores; personas con discapacidad; jornaleros agrícolas migrantes e indígenas.</p>
Desayunos escolares fríos y raciones vespertina/ DIFEM	<p>Tiene como objetivo entrega de Desayunos Escolares Fríos o Raciones Vespertinas, a niñas, niños y adolescentes de nivel preescolar y primaria que sean diagnosticados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México con desnutrición o en riesgo de padecerla y que asistan a planteles escolares públicos matutinos o vespertinos, preferentemente de comunidades marginadas de zonas indígenas, rurales y urbanas del Estado de México.</p>
Canasta mexiquense/ DIFEM	<p>El programa consiste en la entrega bimestral de insumos alimentarios (despensa) a familias con vulnerabilidad social madres solteras adolescentes hasta 21 años de edad, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, niñas y niños menores de cinco años, personas que presenten padecimientos crónicos y adultos mayores (de 60 a 64 años), de comunidades preferentemente marginadas en zonas indígenas, rurales y urbano marginadas del Estado de México.</p>
Atención a niñas y niños menores de cinco años/ DIFEM	<p>Tiene como propósito la entrega de apoyos alimentarios acordes a la edad y acciones complementarias de orientación alimentaria a niñas y niños menores de cinco años no escolarizados que sean diagnosticados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México con desnutrición o en riesgo, ubicados en comunidades marginadas de zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas prioritarias del Estado de México, focalizando a los municipios prioritarios de acuerdo a resultados del 5° Censo Estatal de Peso y Talla, a la Herramienta del Reloj de la Desnutrición en México y a los municipios prioritarios en la Cruzada Nacional contra el Hambre.</p>
Desayuno escolar comunitario/ DIFEM	<p>Entrega de insumos alimentarios no perecederos para la preparación diaria de un primer alimento, desayuno caliente, a menores escolares de Educación Básica del Sistema Educativo Estatal y Federal, que asistan a planteles escolares públicos, ubicados en el Estado de México.</p>
Por una infancia en grande/SEDESEM	<p>Está orientado a contribuir al gasto de los hogares en condición de pobreza multidimensional en su dimensión alimentaria o vulnerabilidad y en cuyo seno algún/a integrante de la familia de 0 (cero) a 14 años; presente alguna discapacidad; se encuentre en tratamiento de salud especializado o por quemaduras, viva en situación de orfandad; que la madre se encuentre ausente por resolución judicial; vivan en hogares monoparentales masculinos o sean trillizos, cuatrillizos o más.</p>
Apadrina aun niño indígena/ SEDESEM	<p>Tiene como propósito disminuir la condición de pobreza multidimensional en sus dimensiones alimentaria y educativa, en las niñas y niños indígenas de entre 5 y 15 años, que se encuentran estudiando en escuelas públicas de educación básica del Estado de México, a través del otorgamiento de canastas alimentarias, útiles escolares y apoyos monetarios para la compra de uniformes escolares.</p>

En el anexo se integra un análisis atendiendo al propósito, la definición de la población, tipos de apoyos otorgados y cobertura, de acuerdo con sus Reglas de Operación.

Los proyectos evaluados también encuentran similitud con las acciones de salud realizadas por el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, para los derechohabientes de este organismo descentralizado, a través de la consulta médica general o de especialidad médica subsecuente, de acuerdo con el Sistema de Servicios de Salud Integrales de Calidad y con Enfoque Familiar, en las Unidades Médicas del primero y segundo nivel de atención del ISSEMyM.

Lo anterior, considerando lo que establece el Reglamento para la Afiliación de los Derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios:<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Instituto de Seguridad Social del Estado de

mento se entiende por: (õ )

Derechohabiente: *El servidor público, pensionado, pensionista, familiares o dependientes económicos, que tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto, en los términos de la Ley.*

**Artículo 8.-** *Los servidores públicos, pensionados, pensionistas y familiares, para formalizar su afiliación, deberán presentar la siguiente documentación: (õ )*

III. Los hijos:

a) *Original o copia certificada legible del acta de nacimiento; o en su caso, documento legal que acredite la adopción. Tratándose de mayores de 16 años, deberá ser expedida por lo menos con una anterioridad de seis meses a la fecha de presentación de la solicitud de afiliación; ...*

En particular, el Reglamento de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios,<sup>43</sup> establece lo siguiente:

**Artículo 32.** *Para el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, se desarrollarán actividades específicas, permanentes o intensivas, tendentes a la protección de los derechohabientes, con base en las necesidades del panorama epidemiológico en la población y adoptadas en forma coordinada con la Secretaría. Los servicios preventivos que otorgue el Instituto mediante la aplicación de biológicos del esquema básico de vacunación se ofrecerán en las fases intensivas y de contingencia a la población derechohabiente y en su caso, a los convenios o acuerdos celebrados con la Secretaría.*

**Artículo 37.** *Los servicios médicos de las estancias para el desarrollo infantil del Instituto y las unidades médicas recabarán y notificarán la información epidemiológica sobre morbilidad y mortalidad de los pacientes, conforme lo establecido en la legislación de salud y demás disposiciones normativas aplicables.*

**Artículo 42.** *La atención materno-infantil tendrá por objeto el control del desarrollo del embarazo, parto y puerperio, así como el control y seguimiento del niño sano conforme a las disposiciones legales, administrativas, institucionales y las que resulten aplicables.*

**Artículo 52.** *Las unidades médicas brindarán a los derechohabientes las prestaciones de servicios de salud que incluyan los insumos suficientes y de calidad para la atención médica integral, así como las que se deriven de riesgos de trabajo.*

**Artículo 69.** *Los derechohabientes y su familia que requieran servicios de salud, deberán acudir a su unidad médica de adscripción para la atención preventiva, diagnóstico y tratamiento y solo en caso de urgencia podrán acudir a cualquier unidad médica distinta a la de su adscripción.*

**Artículo 73.** *El Instituto proporcionará el servicio de hospitalización a los pacientes que lo ameriten, según el cuadro clínico, diagnóstico o tratamiento que resulte de la valoración del médico.*

---

México y Municipios, Reglamento para la Afiliación de los Derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Gaceta del Gobierno, 11 de junio de 2009.

<sup>43</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Reglamento de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Gaceta del Gobierno, 24 de junio de 2013.

os documentos normativos de los proyectos evaluados o la con las instancias públicas que los ejecutan, y que estén coordinación. En tal virtud, sería recomendable que pudiera establecerse alguna sinergia entre las instancias que coadyuvan a garantizar la salud de los niños y adolescentes del Estado de México.

Al respecto la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México,<sup>44</sup> contempla el Sistema Estatal de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México, el cual, de conformidad con el artículo 96, está conformado por las dependencias y entidades de la administración local vinculadas con la protección de estos derechos, en los términos que determinen las leyes del Estado de México y sus municipios será presidido por el Gobernador del Estado.

Además, entre otras, tendrá las siguientes atribuciones:

- ✓ Crear, impulsar, instrumentar y articular políticas públicas que favorezcan el interés superior de la niñez.
- ✓ Garantizar la participación de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos humanos, tomando en consideración las medidas especiales que se requieran.
- ✓ Hacer efectiva la concurrencia, vinculación y congruencia de los programas y acciones de los gobiernos estatal y municipales, estrategias y prioridades de la política pública estatal de protección de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Celebrar convenios de coordinación en la materia.

La información que sustenta el análisis anterior se integra en el **Í Anexo 7 Complementariedad y coincidencias entre programas estatales**

---

<sup>44</sup>Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 7 de mayo de 2015, reformas y adiciones.

## Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS STRUMENTOS DE PLANEACIÓN

13. ¿Existe un plan estratégico de la Unidad Responsable o Unida(des) Ejecutora(s) del Pp que cumpla con las siguientes características:

- Es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento oficial.
- Abarca un horizonte de mediano y/o largo plazos.
- Establece los resultados que se pretenden alcanzar con la ejecución del Pp, es decir, el Fin y el Propósito del Pp, consistentes con lo establecido en la MIR.
- Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados, consistentes con lo establecido en la MIR.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

El Programa Presupuestario y los tres proyectos objeto de evaluación, cuentan con el plan estratégico referido al Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, que es resultado de un ejercicio de planeación institucionalizado, el cual abarca un horizonte de largo plazo, establece los resultados que se quieren alcanzar (Fin y Propósito) que son consistentes con lo establecido en la MIR y tiene indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados, por lo que se otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	La Unidad Responsable o Unida(des) Ejecutora(s) del Pp cuenta(n) con un plan estratégico, y este cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

Con base en las evidencias documentales es posible afirmar que en la ejecución del Programa objeto de evaluación se sustenta en un plan estratégico identificado como Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, que de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios, es el instrumento de los planes de desarrollo que comprende proyectos y acciones relativos a un sector de la economía y/o de la sociedad, coordinado por una o más dependencias, y añade que, se integran bajo la responsabilidad de las dependencias coordinadoras de los sectores, atendiendo a las estrategias del desarrollo del Estado de México y municipios.

El mismo documento legal, señala en sus artículos 14 y 34 que el Sistema de Planeación Democrática para el Desarrollo del Estado de México y Municipios se conforma, entre otros por, los programas sectoriales de corto, mediano y largo plazo; y que éstos se sujetarán a las estrategias contenidas en los planes de desarrollo, precisarán sus objetivos y metas, así mismo, establecerán las prioridades que regirán el desempeño de las actividades del sector de que se trate. Por lo tanto, dicho programa es producto de un ejercicio de planeación institucionalizados, que de acuerdo con lo establecido en el artículo 38 abarca un horizonte de mediano largo y plazo y no pueden rebasar el periodo constitucional de gobierno.

Los resultados que se pretenden alcanzar con el programa presupuestal establecidos en el Fin y el Propósito de la MIR, son consistentes con las estrategias y metas consignadas en el Programa Sectorial referido, para el logro del objetivo 2 *Combatir a la Pobreza, las cuales se muestran a continuación:*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

MIR

- ✓ 2.2 Fortalecer la Atención Médica con los Temas 18 Calidad de los servicios médicos y 19 Recursos humanos para los servicios de salud (Elevar la efectividad, calidad y humanismo de los servicios de salud y Fomentar la profesionalización y actualización del personal de los servicios de salud)
- ✓ 2.4 Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen, en el Tema 27 Objetivos del Milenio (Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015)

- ✓ **Fin** *Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad+ en virtud de que ambos se orientan a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad.*
- ✓ **Propósito:** *La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas aguda+*

Por último, también es posible afirmar que se en dicho instrumento se identifica el siguiente indicador relacionado con el proyecto *Atención en salud al menor de 5 años*:

PROGRAMA SECTORIAL DE GOBIERNO SOLIDARIO 2012-2017	
<b>OBJETIVO.</b> Combatir la Pobreza.	<b>ESTRATEGIA.</b> Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen
<b>REGISTRO</b>	<b>GS É 133</b>
<p><b>Nombre del Indicador:</b> Cumplimiento de los indicadores de los Objetivos del Milenio</p> <p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Desarrollar la capacidad de las instituciones de salud para proporcionar servicios que permitan combatir el paludismo y otras enfermedades.</p> <p><b>PRINCIPALES ACTIVIDADES:</b> Fortalecer el otorgamiento de los servicios para la población en materia de control de infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA), así como el paludismo.</p> <p><b>Metas:</b> Detectar infecciones respiratorias agudas y detectar enfermedades diarreicas agudas.</p>	

Existen también instrumentos del orden nacional que forman parte de su plan estratégico como son el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018.

En síntesis, se cuenta con las evidencias documentales para confirmar que el programa presupuestal, es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, abarca un horizonte de mediano y largo plazo, establece los resultados que se pretenden alcanzar y cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

- a) Es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento oficial.
- b) Es conocido por los responsables de los principales procesos del Pp.
- c) Establece metas que contribuyan al logro de los objetivos del Pp.
- d) Se revisa y actualiza periódicamente.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

El programa anual es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, que se formula por las unidades ejecutoras de los proyectos con base en diversas disposiciones normativas; es conocido y suscrito por los responsables de los proyectos; se definen metas que contribuyen al logro de los objetivos del programa presupuestario, mismas que se revisan y actualizan de manera trimestral, por lo que otorga el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
<b>4</b>	La Unidad Responsable del Pp cuenta con un plan anual de trabajo, y cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

Para la operación del programa *Salud para la población infantil y adolescente*, se formulan programas anuales por proyecto, que son el resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, por las unidades ejecutoras de los proyectos, en coordinación con la Unidad de Programación y Evaluación; ya que atienden a procedimientos establecidos en el Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de México que se emite para cada ejercicio fiscal. Así mismo, se sustentan en diversas disposiciones normativas como las que se muestran a continuación:

**CÓDIGO FINANCIERO DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS<sup>45</sup>**

*Artículo 327 D.- La Secretaría y la Contraloría, en el ámbito de sus competencias, evaluarán el desempeño conforme a este Código y verificarán periódicamente los resultados de la ejecución de los programas de las Dependencias y Entidades Públicas, a fin de que, en su caso, se adopten las medidas necesarias, para corregir las desviaciones detectadas.*

*Las dependencias a través de las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación, así como las entidades públicas, por conducto de sus dependencias coordinadoras de sector, enviarán a la Secretaría dentro de los primeros diez días posteriores al cierre del trimestre inmediato anterior sus avances del informe programático-presupuestal, sin detrimento de la actualización periódica que hagan de sus indicadores contenidos en el Sistema Integral de Evaluación del Desempeño. Al efecto, se llevará a cabo la revisión, seguimiento y evaluación del desempeño en el cumplimiento de objetivos y metas establecidas en los proyectos aprobados, contra los resultados del ejercicio del Presupuesto de Egresos.*

**REGLAMENTO DE LA LEY DE PLANEACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS<sup>46</sup>**

*Artículo 19.- Para efectos de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley, las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación tendrán las siguientes funciones: (õ )*

<sup>45</sup>Publicado en la Gaceta del Gobierno el 9 de marzo de 1999, sus reformas y adiciones.

<sup>46</sup>Publicado en la Gaceta del Gobierno el 16 de octubre de 2002, sus reformas y adiciones.

## MANUAL DE NORMAS Y POLÍTICAS PARA EL GASTO PÚBLICO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO<sup>47</sup>

*Artículo 141.- Las unidades ejecutoras requisitarán conforme al instructivo correspondiente, el formato de avance trimestral consolidado de metas físicas, contenido en el Sistema a nivel de proyecto con la finalidad de que la unidad responsable revise su integración y validación.*

De igual forma, incluyen la definición de metas que se revisan trimestralmente y se actualizan de forma anual como se muestra a continuación:

PROGRAMA OPERATIVO ANUAL Formato Pbr-11 <sup>a</sup>
<p style="text-align: center;"><b>Proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar hospitalización pediátrica especializada</li> <li>✓ Otorgar consulta externa de especialidad</li> <li>✓ Realizar intervenciones quirúrgicas</li> <li>✓ Brindar admisión continua</li> <li>✓ Realizar actividades de estimulación temprana</li> </ul> <p><b>Elaboró:</b> Jefe de la Unidad de Información, Planeación y Evaluación <b>Revisó:</b> Director General de ISEM <b>Autorizó:</b> Secretario de Salud <b>Actualización:</b> Trimestral</p>
<p style="text-align: center;"><b>Proyecto Esquemas de vacunación universal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años</li> </ul> <p><b>Elaboró:</b> Jefe de la Unidad de Información, Planeación y Evaluación <b>Revisó:</b> Director General de ISEM <b>Autorizó:</b> Secretario de Salud <b>Actualización:</b> Trimestral</p>
<p style="text-align: center;"><b>Proyecto Atención en salud al menor de 5 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detectar infecciones respiratorias agudas.</li> <li>✓ Detectar enfermedades diarreicas agudas.</li> </ul> <p><b>Elaboró:</b> Jefe de la Unidad de Información, Planeación y Evaluación <b>Revisó:</b> Director General de ISEM <b>Autorizó:</b> Secretario de Salud <b>Actualización:</b> Trimestral</p>

Adicionalmente, el Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de México para el Ejercicio Fiscal 2016, establece que se recaban diversos formatos de seguimiento: PbR-11a Avance Trimestral de metas de Actividad por unidad ejecutora y PbR-11b Avance Trimestral de metas de Actividad por unidad responsable.

Por lo anteriormente expuesto, se considera que el programa anual de trabajo que formula la unidad responsable para los proyectos objeto de evaluación es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, es conocido por los responsables de los principales procesos, establece metas que contribuyen al cumplimiento de sus objetivos, y es revisado y actualizado periódicamente.

<sup>47</sup>Publicado en la Gaceta del Gobierno el 31 de julio de 2014, sus reformas y adiciones.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

19. ¿El Pp utiliza información derivada de análisis externos (evaluaciones, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros relevantes)?

- a) De manera regular, es decir, se consideran como uno de los elementos para la toma de decisiones sobre el Pp.
- b) De manera institucionalizada, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento oficial.
- c) Para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados.
- d) De manera consensuada: participan operadores, directores y personal de la UIPPE, o área encargada de realizar estas funciones de la Unidad Responsable que opera el Pp.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

De acuerdo con la evidencia documental se considera que el programa ha utilizado los resultados de una auditoría administrativa de operaciones institucionalizada, que fue útil para sustentar la toma de decisiones y para definir acciones y actividades que contribuyen a mejorar la gestión y participó la unidad responsable que opera el proyecto auditado, por lo se asigna el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	El Pp utiliza informes de evaluaciones externas y cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

Lo anterior, se deduce de la evidencia documental presentada para el proyecto *Esquemas de vacunación universal*, donde se advierte el registro de una auditoría:

Auditoría número 041-0113-2016 denominada Auditoría administrativa de operaciones al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia en la Subdirección de Servicios Generales y Control Patrimonial del Instituto de Salud del Estado de México, por el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2016, aplicada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México.

Es importante precisar que el artículo 38 bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México,<sup>48</sup> establece que la Secretaría de la Contraloría del Estado de México, *es la dependencia encargada de la vigilancia, fiscalización y control de los ingresos, gastos, recursos y obligaciones de la administración pública estatal y su sector auxiliar, así como lo relativo a la presentación de la declaración patrimonial, de intereses y constancia de presentación de la declaración fiscal, así como de la responsabilidad de los servidores públicos, en términos de lo que disponga la normatividad aplicable en la materia.*

Dentro de sus atribuciones, se encuentran:

- I. Planear, programar, organizar y coordinar el sistema de control y evaluación gubernamental.
- II. Fiscalizar e inspeccionar el ejercicio del gasto público estatal y su congruencia con el presupuesto de egresos(õ )
- IV. Vigilar y supervisar el cumplimiento de las normas de control y fiscalización, así

<sup>48</sup> Publicada en la Gaceta del Gobierno el 17 de septiembre de 1981, sus reformas y adiciones.

órganos de control interno de las dependencias, organismos auxiliares y fideicomisos de la administración pública estatal. Asimismo, para la realización de auditorías e inspecciones en las dependencias, organismos auxiliares y fideicomisos de carácter estatal, así como realizar las que se requieran en substitución o apoyo de sus propios órganos de control.

VI. Comprobar el cumplimiento por parte de las dependencias, organismos auxiliares y fideicomisos de la administración pública estatal; de las obligaciones derivadas de las disposiciones en materia de planeación, presupuestación, ingresos, financiamiento, inversión, deuda, patrimonio y fondos y valores de la propiedad o al cuidado del gobierno estatal.

VII. Realizar por sí o a solicitud de parte, auditorías, revisiones y evaluaciones a las dependencias, organismos auxiliares y fideicomisos de carácter estatal, con el objeto de controlar, examinar, fiscalizar y promover la eficacia, legalidad y la transparencia en sus operaciones y verificar de acuerdo con su competencia el cumplimiento de los objetivos y metas contenidos en sus programas, de manera trimestral los programas de mejora regulatoria, la actualización del Registro Estatal de Trámites y Servicios, así como a las disposiciones contenidas en la Ley de Gobierno Digital del Estado de México y Municipios y su Reglamento. (õ )

En otro orden de ideas, en el Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México,<sup>49</sup> el artículo 43 establece que corresponde a la Unidad de Contraloría Interna, entre otras, las siguientes atribuciones:

*I. Elaborar y ejecutar el programa anual de trabajo de control y evaluación, conforme a las políticas, normas, lineamientos, procedimientos y demás disposiciones que al efecto se establezcan.*

*II. Vigilar que las unidades administrativas y aplicativas del Instituto cumplan con las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables, en el ámbito de su competencia, a través de acciones de control y evaluación.*

*III. Realizar acciones de control y evaluación a las unidades administrativas y médicas del Instituto, tendientes a verificar el cumplimiento de los objetivos, normas, programas, proyectos, procedimientos y disposiciones relacionadas con los aspectos financieros, administrativos y operativos de dichas unidades.*

Como puede advertirse, las auditorías y las inspecciones son actividades que la Contraloría Interna del ente evaluado debe realizar de manera regular; ya que sus resultados sustentan decisiones y permiten definir acciones y actividades que contribuyen a mejorar la gestión del programa o proyecto analizado.

Durante el periodo analizado sólo se identificó una auditoría para el proyecto "Esquemas de vacunación universal", durante la cual hubo participación consensuada de la instancia ejecutora del ente evaluado: el Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia y el Subdirector de Epidemiología, quienes, de acuerdo a las evidencias, conocieron las observaciones emitidas.

Adicionalmente se identificó la Inspección número 041-1097-2016 realizada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por el órgano de control interno del Instituto de Salud del Estado de México, sobre el registro y aplicación de biológico en la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo del

<sup>49</sup> Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, publicado en la Gaceta del Gobierno el 12 de agosto de 2011, sus reformas y adiciones.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

por el periodo del 1 de enero al 31 de marzo.

s y la inspección antes referidas, son los únicos procesos que se han llevado a cabo, y no hay evidencia que se realicen, de manera sistemática, evaluaciones externas o auditorías al desempeño para el programa de manera integral o sus proyectos de forma particular; por lo que estima constituir los procesos externos de evaluación en una práctica sistemática y permanente, a fin que sus resultados contribuyan a sustentar decisiones para mejorar sus procesos y sus resultados.

ables de Mejora (ASM) de los últimos tres años, ¿qué acorde con lo establecido en el Convenio para la mejora del Desempeño y Resultados Gubernamentales?

**Respuesta: Sí, nivel 4**

De la revisión a la información proporcionada por la instancia ejecutora, se detectó que de las cuatro observaciones derivadas de la Auditoría administrativa de operaciones número 041-0113-2016 al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia, emitidas por la Contraloría Interna del ISEM, fueron solventadas, por lo que se ubica en el rango del 85 al 100% y se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	De 84.01% a 100% del total de los ASM se han solventado y/o las acciones de mejora están siendo implementadas de acuerdo con lo establecido en los documentos de trabajo e institucionales.

Es importante precisar, que no se tiene registro de que en los últimos tres años se hubiera realizado alguna evaluación o estudio específico que derivara en la suscripción de un Convenio para la Mejora del Desempeño y Resultados Gubernamentales; de la referida auditoría se tiene registro de las cédulas de seguimiento de observaciones de control interno y del oficio de cumplimiento de acciones de mejora emitido por el órgano de control interno, en el que se advierte:

No.	Aspectos susceptibles de mejora	Actividad
1	No se reportaron los atrasos presentados en la prestación del servicio	Solicitar de manera oficial: al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos el difundir a las unidades que se pretende dar el servicio, el contrato y la descripción; a los titulares de las unidades médicas y administrativas a las que la empresa prestadora del servicio realizó los mantenimientos la fecha real en que el proveedor ejecutó los servicios; remitir al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos las órdenes de servicios y los documentos emitidos por las unidades con las fechas en las que el proveedor otorgó el servicio para la aplicación de multas y penas convencionales. <b>Solventada</b>
2	Existencia de Cámara fría sin funcionar	Solicitar de manera oficial: al Departamento de Contratos y Seguimientos de Pedidos, considerar una cláusula en la que el proveedor y las unidades en las que se presta el servicio, informen a la Subdirección de Epidemiología la prestación del servicio los primeros 5 días del mes siguiente a su realización; a la empresa un reporte de las unidades en que se ejecutó el servicio y justificar la realización del mismo en una cámara fría no considerada en el contrato; solicitar al Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia, realice un diagnóstico de la situación que guardan las cámaras frías y plantas de emergencia y deberá estar validado por las unidades a considerar en el próximo contrato. <b>Solventada</b>
3	Deficiencias en la elaboración y cumplimiento del contrato	Solicitar al Jefe de Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia realice supervisiones a las unidades en las que la empresa otorgó servicios con el objeto de evaluar el servicio prestado y conocer el estatus actual de los equipos; considerar y solicitar el desglose del costo por tipo de servicio, un calendario de servicios y una visita del proveedor para conocer el estatus de los equipos; instruir al Jefe del Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia supervisar el cumplimiento de los contratos en todas sus cláusulas. <b>Solventada</b>
4	Falta de contratación del servicio de mantenimiento a cámaras frías y plantas de emergencia.	Instruir al Jefe de Departamento de Salud del Niño y el Adolescente realice un diagnóstico de manera conjunta con el Departamento de Ingeniería Biomédica con relación a los mantenimientos que se deben realizar; solicitar a la Dirección de Finanzas suficiencia presupuestal para contratar un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frías y plantas de emergencia; gestionar ante la Subdirección de Recursos Materiales la contratación del citado servicio, con el objeto de evitar reparaciones a un costo elevado. <b>Solventada</b>



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Observaciones derivadas de la auditoría fueron solventadas por la

A mayor detalle, se registra en el ítem del **Anexo 8 *Índice de Avance de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejoría.***

¿Se mejoraron los resultados a partir de evaluaciones, auditorías independientes, u otros relevantes de los resultados esperados?

Como se ha mencionado con anterioridad, no se cuenta con evaluaciones, auditorías al desempeño o informes de organizaciones independientes; sin embargo, de las acciones de mejora derivadas de la auditoría administrativa de operaciones identificada en el proyecto "Esquemas de vacunación universal" con el número 041-0113-2016 al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia, se pueden mencionar los siguientes resultados:

1. Se solicitó al Departamento de Contratos y Servicios de Pedidos la difusión del contrato celebrado con la empresa para el mantenimiento preventivo, correctivo y fortalecimiento de la red de frío; se solicitó a las Jurisdicciones Sanitarias las fechas en las que la empresa otorgó los servicios, así como al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos la aplicación de multas y penas convencionales.
2. Se solicitó al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos incluir una cláusula en la que se informe la prestación del servicio; se solicitó a la empresa un reporte de los servicios realizados y la justificación del realizado en un equipo no considerado. Se entregó evidencia del mantenimiento realizado a la cámara fría de la Jurisdicción Sanitaria de Naucalpan; finalmente se realizó la solicitud de elaboración del diagnóstico por parte del Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia.
3. Se solicitó al Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia se realicen supervisiones a las cámaras frías y plantas de emergencia; se solicitó considerar en las contrataciones subsecuentes el desglose del costo por servicio y calendario de mantenimiento; y se instruyó al Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia realizar supervisiones al cumplimiento de contratos subsecuentes.
4. Se solicitó al Departamento de Ingeniería Biomédica realizar un diagnóstico a las cámaras frías y plantas de emergencia; así mismo se solicitó al Departamento de Mantenimiento a Equipo Médico y Electromecánico realizar un diagnóstico para la contratación del servicio de acuerdo a lo que establecen los manuales de mantenimiento, también se hizo la solicitud de suficiencia presupuestal para la contratación del servicio, y la solicitud a la Subdirección de Recursos Materiales de la contratación del servicio de mantenimiento a cámaras frías y plantas de emergencia.

No se identificaron efectos adicionales, sin embargo, no puede pasar desapercibida la importancia que tiene el contar con cámaras frías y plantas de emergencia en adecuadas condiciones, para la consecución del objeto del proyecto "Esquemas de vacunación universal", ya que al no realizarse el mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo con las necesidades limita el disponer de vacunas tratadas bajo los cuidados necesarios de refrigeración, así como el cumplimiento de las metas comprometidas.

Para mayor precisión, las acciones de mejora realizadas para atender las observaciones se integran en el **Anexo 9** *Resultados de las acciones para atender los aspectos susceptibles de mejora*.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

sis externos (evaluaciones, auditorías al desempeño, dependientes, u otros relevantes) de los últimos tres qué?

La totalidad de observaciones de la Auditoría administrativa de operaciones número 041-0113-2016 al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia, emitidas por la Contraloría Interna del ISEM, fueron solventadas a la fecha de la presente evaluación, cuya evidencia documental fue proporcionada por la instancia evaluada.

(evaluaciones, auditorías al desempeño, informes de otros relevantes) realizados al Pp y de su experiencia en la temática ¿que temas del Pp considera importante analizar mediante evaluaciones u otros ejercicios conducidos por instancias externas?

Como se ha señalado, el programa presupuestario %Salud para la población infantil y adolescente+ y los tres proyectos evaluados, no han sido objeto de evaluaciones, auditorías al desempeño o informes de organizaciones independientes; en las evidencias sólo se advierte la auditoría administrativa de operaciones relativa al proyecto %Esquemas de vacunación universal+ respecto al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia.

Es por ello, que resulta recomendable institucionalizar y realizar ejercicios de monitoreo y evaluación interna del programa y sus proyectos; así como gestionar la realización de evaluaciones periódicas externas de los procesos, resultados e impacto del programa en general y de los proyectos en particular, a fin de sustentar políticas públicas orientadas a la mejora continua del quehacer gubernamental en la materia.

Las ventajas de estos ejercicios son evidentes, ya que, de conformidad con los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios del Gobierno del Estado de México, las evaluaciones tienen como finalidad determinar el grado de eficacia, eficiencia, calidad, resultados e impacto con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas, de conformidad con lo señalado en el artículo 10 de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios.

De esta forma, la realización de análisis externos (evaluaciones, auditorías al desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros relevantes), permitirá entre otras cosas, realizar estudios a mayor profundidad para (sólo por citar algunos):

- ✓ Identificar la congruencia entre lo que establece la denominación, objeto y descripción de los proyectos y programa presupuestario evaluado con el alcance real de los mismos.
- ✓ Advertir el impacto con el cual las metas de los tres proyectos coadyuvan con el cumplimiento del objeto, así como con el fin y propósito del programa presupuestario.
- ✓ Analizar la focalización de la población objetivo para advertir si se está dando cobertura de los servicios en las localidades de mayor rezago.
- ✓ Identificar de la totalidad del proyecto, las acciones que se orientan a la población adolescente y comparar con aquellas relacionadas con la población infantil menor de 5 años.
- ✓ Identificar los servicios de salud que propician el desarrollo del menor mayor de 5 años.
- ✓ Analizar el comportamiento de las metas y los indicadores y en lo posible, procurar el incremento para lograr mayores resultados y reducir la brecha existente en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil.

Es así, que, derivado de los procesos de análisis externos, será más factible identificar la coherencia entre lo que se diseña, lo que se hace y lo que se consigue, evitando esfuerzos insuficientes o innecesarios y logrando un mejor ejercicio del gasto público con mayores resultados.

## DE INFORMACIÓN DE DESEMPEÑO

acercade?:

- Su contribución a los objetivos del programa sectorial o especial derivado del PEDalquesealinea.
- Los tipos y, en su caso, el monto o cantidad de apoyos otorgados en el tiempo a la población o área de enfoque beneficiaria.
- Las características de la población o área de enfoque beneficiaria.
- Las características de la población o área de enfoque que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población o área de enfoque beneficiarias.

**Respuesta: Sí, nivel 3**

El Programa Presupuestario recaba información que permite verificar la contribución del Programa a los objetivos del Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, se tienen identificados los tipos y montos de los apoyos otorgados a los usuarios y se recolecta información de las características de la población beneficiada; sin embargo, no se cuenta con evidencia de que se recolecte información para la población que no recibe apoyos, por lo que se otorga el nivel 3.

NIVEL	CRITERIOS
3	El Pp cuenta con información de tres de los aspectos establecidos en la pregunta.

El programa recolecta información sobre su contribución a los objetivos del Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017 y al Plan de Desarrollo 2012-2017 y reporta mediante el Sistema Integral de Planeación y Evaluación del Gobierno del Estado de México (SIPEGEM) que administra el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México. En particular respecto a los indicadores de la línea de acción *Fortalecer las políticas, los programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015*. A los cuales se dio seguimiento durante la administración 2011-2017 y estuvo a cargo de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación en coordinación con las instancias ejecutoras.

Los tipos y montos de los apoyos otorgados a los beneficiarios pueden ser identificados en el expediente clínico; lo anterior en virtud de que de conformidad con la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012* contiene:

- Datos generales del tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, de la institución a la que pertenece.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.
- Antecedentes personales patológicos, incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas.
- Resultados de la exploración física (habitus exterior, signos vitales -temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria-, peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud).
- Diagnóstico o problemas clínicos, así como la evolución y actualización del cuadro clínico.

Además, en dicha norma se precisan los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad

el cual es de uso obligatorio para quienes conforman el la Hoja diaria del médico se identifican los datos completos da en primer nivel, por causa, edad, sexo y tratamiento

Además, en el Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad,<sup>50</sup> destacan los formatos Referencia y Contrarreferencia en los que se recaba información del médico y la unidad médica que refiere, o en su caso la que contrarrefiere, datos generales del beneficiario, el resumen clínico paciente, padecimiento actual, su evolución, estudios de laboratorio y gabinete, impresión diagnóstica, diagnóstico de ingreso y de egreso, instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente. En la Nota de Egreso /Contrarreferencia, se refiere el diagnóstico de ingreso y final, el resumen de la evaluación y estado actual, el tratamiento intrahospitalario (medicamentos, dosis, vía y tiempo), los problemas clínicos pendientes, el plan de manejo y tratamiento al egreso, recomendaciones ambulatorias, atención de factores de riesgo y el pronóstico.

Por otro lado, de conformidad con el Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México, se establecen formatos en los cuales se recaba diversa información de los menores atendidos:

DENOMINACIÓN DEL FORMATO	PRINCIPALES DATOS
Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel	Nombre del paciente, domicilio, edad y género; motivo de envío, unidad a la que se refiere, nombre de quien refiere, fecha y hora de referencia, así como motivo del envío y si éste se considera de urgencia.
Libreta de Control de Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel	Número progresivo de control (anual o mensual), fecha y hora de referencia, nombre del paciente, edad y sexo, domicilio del paciente, nombre de la microrregión o AGEBS, motivo por el cual se refiere, si es urgencia, nombre y firma del TAPS que refiere, seguimiento de la referencia (fecha de visita y estado de salud del paciente).
Hoja Diaria de Consulta Externa	Responsable del llenado, datos de identificación de la unidad médica y personal tratante, número del expediente clínico asignado al paciente y su nombre, edad, sexo, si es de primera vez o subsecuente atención, número de asistencias en el año, señalar si es referido o contrarreferido, el diagnóstico, el tipo de programa en el que se encuentra, si es consulta puerpera, estado de nutrición, si está en tratamiento por infección respiratoria aguda, detecciones y si es derechohabiente el paciente, en su caso.
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Fecha de referencia, número de control; nombre del paciente, edad, sexo y domicilio; si es de urgencia, motivo del envío, diagnóstico presuncional, especialidad o servicio, número de expediente, impresión diagnóstica, datos de la visita domiciliaria, manejo del paciente (diagnóstico de ingreso y de egreso, así como recomendaciones para su tratamiento).
Libreta de Control de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica de Primer Nivel a Unidad Médica de Segundo Nivel	Número progresivo de control (anual o mensual), fecha y hora de referencia, número de folio y del expediente, nombre del paciente, edad y sexo, domicilio del paciente, diagnóstico presuncional, servicio al que se le refiere, si es urgencia, motivo por el cual se refiere, unidad que refiere y a la que se le refiere, seguimiento de la referencia, fecha de visita, y estado de salud del paciente.
Referencia y Contrarreferencia de	Región, jurisdicción, año, mes, unidad médica, pacientes referidos (edad y sexo total), principales diagnósticos de referencia (número y porcentaje),

<sup>50</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad, septiembre 2011.

solicitadas (número y porcentaje), así como número de pacientes  
pacientes por referir.

Cabe señalar que se recaba información socioeconómica de los usuarios de los servicios, ya que de conformidad con el Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM,<sup>51</sup> en el procedimiento Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM, se establece la recopilación de un Estudio Socioeconómico, con datos de identificación del responsable del paciente, estado civil, estructura familiar, escolaridad, seguridad social, aspectos individuales del paciente, dinámica familiar, ingreso familiar mensual, tipo de vivienda, diagnóstico social, entre otros.

Para las enfermedades diarreicas agudas, en términos del documento ya citado Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, se describe la hoja de evolución clínica que incluye el nombre del paciente, la fecha y la edad, así como diversos parámetros para dar seguimiento a la evolución del paciente desde su ingreso hasta su alta. Por su parte, para las infecciones respiratorias agudas, de conformidad con el Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, se establece que se da seguimiento a través de la hoja diaria del médico y del expediente clínico.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, se indica llevar el registro de información para el control y evaluación de los componentes de vacunación universal, control de la nutrición y crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años a través del Sistema de Información PROVAC. También refiere que las instituciones de salud integrarán un Censo Nominal de la población de niños menores de ocho años que reside en su área de responsabilidad, dándoles seguimiento permanente del esquema de vacunación, así como de su peso y talla.

A mayor abundamiento, en el numeral 11 Registro de la información, se establece además que las instituciones de salud se coordinarán a efecto de intercambiar los listados de niños menores a ocho años, de nueva inclusión en el censo nominal, a fin de mantener actualizado el PROVAC y añade que para el caso de los servicios médicos privados, éstos llenarán el formato del Censo Nominal de los niños menores de ocho años que sean vacunados, pesados y medidos, y enviarán la información a la unidad operativa del Sistema Nacional de Salud más cercana a su domicilio.

Además, en este documento se establece que la Cartilla Nacional de Vacunación es el documento que se utiliza para el registro y control de las acciones de vacunación, así como para la anotación del peso y la talla del niño, precisándolos biológicos y dosis que integran el esquema básico de vacunación universal.

Dicho documento menciona que la cartilla es entregada a los padres, tutores o responsables de los niños menores de cinco años, al ser vacunados por alguna institución de salud; adicionalmente, las Oficialías o Juzgados del Registro Civil, la entregarán en el momento en que el niño sea registrado, en caso de que no cuente con ella. Se precisa que en ningún caso las Oficialías del Registro Civil destruirán o cambiarán las Cartillas Nacionales de Vacunación, otorgadas a los menores vacunados por el personal de las unidades aplicativas de las diferentes instituciones de salud. Además, en los casos de pérdida de la Cartilla, el nuevo documento con que se dote al responsable del niño deberá conservar la misma Clave Única de Registro de Población, la transcripción de las dosis de vacuna anteriormente recibidas por el niño se efectuará sólo por el personal de salud institucional, y esto se hará con base en el censo nominal o por los comprobantes de vacunación previos.

<sup>51</sup> Publicado en la Gaceta del Gobierno el 13 de marzo de 2013

de las instituciones que integran el Sistema Nacional de...  
obante a la población mayor de cinco años que reciba las...  
ma básico, mismo que deberá contener: nombre de la...  
institución o cédula profesional del médico que aplicó la vacuna, nombre, edad y sexo de la persona  
que recibe la vacuna, domicilio de la persona, nombre de la vacuna aplicada, fecha de su aplicación y  
nombre y firma del vacunador.

De conformidad con el Manual de Vacunación emitido por CENSIA ya mencionado con anterioridad,  
se recaban, entre otros, los siguientes formatos:

DENOMINACIÓN DEL FORMATO	PRINCIPALES DATOS
Registro de aplicación de biológicos. Primera parte SINBA-SIS-06-P-2016	Fecha, unidad, CLUES, Jurisdicción, localidad, nombre del responsable, biológico por tipo (BCG, pentavalente acelular, Hepatitis, DPT, etc.), dosis (única, primera, segunda, o tercera), grupo poblacional (recién nacido, 29 días a 11 meses, 2 a 11 meses, 4 a 11 meses, 1 a 4 años, etc.), aplicación y total.
Registro de aplicación de biológicos. Segunda parte SIS-CE-H-2016	Fecha, unidad, CLUES, Jurisdicción, localidad, nombre del responsable, biológico por tipo (varicela, tétanos, Tdpa, tifoidea, etc.), dosis (primera o segunda), grupo poblacional (1 a 3 años, 4 a 5 años, 10 a 19 años, 15 a 39 años, población en riesgo, etc.), aplicación y total.
Informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica SIS-SS-CE-H	Nombre de la unidad, nombre del responsable, CLUES, servicio, mes estadístico; se incluye el tipo de vacuna, la clave, variable (grupo de edad), total de aplicaciones,
Formatos de reporte de dosis aplicadas (RDA) por grupo de edad (menor de un año, de un año, cuatro años y seis años)	Nombre de la unidad, población, dosis aplicadas por tipo cobertura por tipo de biológico, esquemas de biológicos completos en niños menores de 1 años de edad.

Con base en lo anterior se puede concluir que el programa presupuestario cuenta con información de su contribución a los objetivos del Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, así como de los tipos de apoyos y la cantidad otorgada, considerando las características de la población beneficiada.

Sin embargo, no se tiene certeza de que se recabe información de las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población beneficiaria.

obtiene para monitorear su desempeño ¿Cuáles?

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

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

**Respuesta: Sí, nivel 4**

El Programa recolecta información para monitorear su desempeño, de manera oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada, es pertinente respecto de su gestión, pues permite medir los indicadores de Actividad y Componente, por lo que se otorga el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	La información con la que cuenta el Pp cuenta con todas las características establecidas en lapregunta.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley del Planeación del Estado de México y Municipios<sup>52</sup> las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación tendrán dentro de sus funciones el reportar a la Secretaría de Finanzas por conducto de la Dirección General de Planeación y Gasto Público, el avance programático y presupuestal de las metas contenidas en el programa anual, en forma trimestral y mensual, respectivamente y Reportar a la Secretaría los avances de los indicadores contenidos en el Sistema Integral de Evaluación del Desempeño, SIED.

En este sentido, el programa recaba información para monitorear su desempeño a través del Avance Trimestral de metas de Actividad por unidad ejecutora y responsable, que reporta mediante los formatos PbR-11a y PbR11b, los cuales son validados por quienes integran la información y por los titulares de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación, así como del ISEM; dicha información se registra en el Sistema de Planeación y Presupuesto, SPP, que está a cargo de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México; por lo tanto está sistematizada, actualizada y disponible para su monitoreo.

Los citados formatos se formulan por proyecto a nivel de unidad responsable y de unidad ejecutora y contienen, entre otros, el nombre del programa y del proyecto, las unidades responsables y ejecutoras, número de identificación de la meta, nombre de la meta, unidad de medida, cantidad programada, avance trimestral (cantidad programada, alcanzada y variación), avance acumulado (cantidad programada, alcanzada y variación), así como las firmas de las unidades ejecutoras y responsables.

Cabe señalar que para los tres proyectos objeto de evaluación están definidas ocho metas están referidas a: brindar hospitalización pediátrica especializada, realizar intervenciones quirúrgicas; brindar admisión continua, otorgar consulta externa de especialidad, realizar actividades de estimulación temprana, detectar infecciones respiratorias agudas y detectar infecciones diarreicas agudas; así como aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años.

<sup>52</sup>Reglamento de la Ley del Planeación del Estado de México y Municipios, publicado en la Gaceta del Gobierno el 16 de octubre de 2002, sus reformas y adiciones.

...ala que los indicadores de desempeño refieren el *parámetro* *encia o entidad pública evaluar los resultados de su gestión,* *en términos del cumplimiento de sus objetivos estratégicos, de la calidad, los costos unitarios y la pertinencia de sus servicios. Este indicador deberá mostrar los efectos que sus acciones estén teniendo en la sociedad o en los beneficiarios a los que se orientan sus programas para asegurar que se dé cumplimiento a los objetivos institucionales propuestos y a la misión.*

En este sentido, el programa recaba información que permite medir los indicadores establecidos para las cuatro actividades y el componente integrado en la Matriz de Indicadores para Resultados que se identifican en los siguientes cuadros:

NIVEL	NOMBRE	MÉTODO DE CÁLCULO
Actividad 1: Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	1. Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	(Egresos por mejoría (niñez) / Total de egresos hospitalarios registrados (niñez))*100
✓ Se incrementó el número de egresos programados, así como los registrados por mejoría, con un 90.24%, superando el 87.94% que se tenía previsto.		
Actividad 2: Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	2. Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Dosis de vacunas aplicadas a niños menores de 5 años / Población de responsabilidad menor de 5 años)*100
✓ Se superó la meta prevista de 5,846,148 a 6,237,144 dosis, tendiendo una disminución en los registros de la población de responsabilidad.		
Actividad 3: Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	3. Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	(Número de madres y o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS / Número de madres y o responsables del menor de 5 años programadas a capacitar en IRAS)*100
✓ Se capacitó a 55,018 mujeres, 812 más de las programadas.		
Actividad 4: Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	4. Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	Número de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDA'S) / Total de madres y/o responsables del menor de cinco años programadas a capacitar)*100
✓ Se capacitó a 453,209 mujeres, 4,786 menos de las previstas.		
<b>Componente 1:</b> Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	1. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	(Niños menores de 5 años de edad con esquema completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años)*100
✓ Se registraron 1,457,418 niños con cobertura completa del esquema de vacunación, alcanzando el 98% de la meta prevista		

La información contenida en estos indicadores es reportada en el Sistema Integral de Evaluación del Desempeño administrado por la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de

Código Financiero del Estado de México y Municipios, se  
los resultados de la ejecución de los programas de las  
de que, en su caso, se adopten las medidas necesarias,  
para corregir las desviaciones detectadas y que, para tal efecto, se llevará a cabo la revisión,  
seguimiento y evaluación del desempeño en el cumplimiento de objetivos y metas establecidas en el  
Programa Operativo Anual.

No puede pasar desapercibido, que los tres proyectos también monitorean su desempeño a través de  
la diversa información que es recabada y reportada a través de diversos sistemas a la Dirección  
General de Información en Salud, así como al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la  
Adolescencia, la cual tiene su base en instrumentos normativos internos que le dan sustento,  
estableciendo también criterios para su oportunidad, confiabilidad y pertinencia.

Por lo anteriormente expuesto se considera que la información que el programa obtiene para  
monitorear su desempeño es oportuna, está validada, permite medir los indicadores de actividades y  
componentes, está sistematizada, actualizada y disponible para su monitorear su desempeño.

¿El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población, usuarios, beneficiarios o área de enfoque objetivo con las siguientes características?

- a) Definición de la población, usuarios o área de enfoque objetivo.
- b) Metas de cobertura anual.
- c) Horizonte de mediano y/o largo plazo.
- d) Congruente con el diseño del Pp.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

De la evidencia documental se puede determinar que se tiene definida una estrategia de cobertura documentada, donde se precisa una población objetivo, existen metas de cobertura anual, con un horizonte de mediano plazo, las cuales son congruentes con el diseño del programa, por lo que se otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	La estrategia de cobertura cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

A partir de la consulta a diversas fuentes, es posible establecer que el programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo, inferida por una parte a las metas de cobertura anual que se establecen en los programas anuales a los que se ha hecho referencia en el marco de la normatividad estatal, y por la otra, al Programa Operativo Anual que se formula de acuerdo a los lineamientos que emite el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Atención a la Salud de la Infancia, entre otros.

En lo general aún con las imperfecciones que se han señalado respecto a la definición de las poblaciones para el programa y sus proyectos, se puede considerar que para cada uno está referida a:

- **Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil:** Población infantil de neonatos -menores de 30 días- en el Estado de México.
- **Esquemas de vacunación universal:** Población infantil menores de 5 años en el Estado de México de responsabilidad.
- **Atención en salud al menor de 5 años:** Población infantil menores de 5 años en el Estado de México.

Para cada proyecto se definen metas de cobertura anual para el ejercicio fiscal que corresponda, calendarizadas por trimestre y con recursos asignados para su ejecución; sin embargo, en virtud de que las unidades de medida de las metas están referidas al servicio que se proporciona y no corresponden a la población, resultan limitadas para cuantificar y dimensionar la cobertura de los servicios y el alcance de las metas.

Es importante señalar que bajo el principio de que los programas anuales son los instrumentos fundamentales para la ejecución de los programas sectoriales, especiales e institucionales, las metas consignadas en la programación anual son por ende los pequeños pasos para alcanzar los objetivos y metas de los horizontes de mediano y largo plazo que los principales instrumentos de planeación estatal contemplan para los sexenios correspondientes.

ales, los Lineamientos para la Elaboración del Programa Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Atención a la Salud de la Infancia,<sup>53</sup> constituyen un instrumento metodológico obligatorio para la integración del programa; contempla la formulación de un diagnóstico presupuestal base cero, y establece los criterios e indicadores para calcular las metas de las actividades básicas y complementarias, así como para estimar las necesidades de insumos y equipo para su ejecución.

En este sentido, el objetivo primordial del Programa de Atención a la Salud de la Infancia es disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 10 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género; en tanto los objetivos para la elaboración del programa operativo anual son:

- ✓ *Contar con un instrumento de apoyo que permita a los Servicios Estatales de Salud disponer de los lineamientos, indicadores y metas para calcular las necesidades de insumos, equipo y recursos humanos y materiales básicos para operar el Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.*
- ✓ *Contar con una guía técnica que permita a los Servicios Estatales de Salud coordinar que la programación de las actividades relacionadas con la infancia, a desarrollar por otros programas de acción, sea de manera conjunta con las áreas competentes.*

En dicho documento se destacan, entre otras, las siguientes pautas para la estimación de las actividades:

META/ACTIVIDAD	ESTIMACIÓN
Atender al 100% de los niños menores de cinco años de edad, con enfermedad diarreica aguda que acudan a la unidad de salud.	El cálculo se hará determinando los casos esperados en base al comportamiento de la tendencia de las consultas de primera vez por diarrea en menores de cinco años en los últimos cuatro años.
Atender al 100% de los niños menores de cinco años de edad, con infección respiratoria aguda que acudan a la unidad de salud.	El cálculo se hará determinando los casos esperados en base al comportamiento de la tendencia de las consultas de primera vez por infección respiratoria aguda en menores de cinco años en los últimos cuatro años.
Capacitar e informar a las madres del menor de diez años en temas de atención integrada en la infancia.	La base del cálculo es el 70% de las madres de las consultas programadas de primera vez en menores de cinco años reciben capacitación en temas de atención integrada.
Al menos el 60% de menores de cinco años de edad con resultado global, normal o rezago, en la Evaluación de Desarrollo infantil, recibe Estimulación Temprana por Competencias.	La base del cálculo es el 60% de los niños que obtuvieron como resultado global en la prueba EDI desarrollo normal (verde) y rezago en el desarrollo (amarillo).

Adicionalmente, en este documento se precisan criterios para la capacitación del personal, de capacitación e información a madres y/o cuidadoras del menor de 10 años, así como de supervisión integral del Programa de Infancia. También se dan directrices para actividades de apoyo logístico,

<sup>53</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016, Programa de Atención a la Salud de la Infancia, 2016.

para la estimación de medicamentos e insumos de acuerdo con las metas programadas (equipo y material de curación, medicamentos y otros insumos), así como de los recursos humanos necesarios (nutriólogos, promotores en salud, médico general o pediatra, psicólogo y profesional en comunicación humana) para atender a la población objetivo de acuerdo con lo programado.

Por otra parte, en el documento denominado Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016,<sup>54</sup> se establece como metodología para la obtención de casos esperados por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, la información de los últimos cinco años de casos de primera vez; así como la metodología propia para determinar las madres a capacitar. También se incluyen los insumos requeridos para el equipamiento de salas de hidratación oral y para la atención preventiva.

Además, se cuenta con los Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016,<sup>55</sup> en los cuales se determina la población derechohabiente y no derechohabiente del grupo menor de 8 años, de cada una de las instituciones de salud (IMSS obligatorio e IMSS Prospera; ISSSTE; PEMEX, SEDENA y SEMAR, y Secretaría de Salud. Se hace alusión a que la distribución de la población a nivel federal inicia con la entrega a los integrantes del GTI del CONAVA de la población oficial total 2016 por grupo de edad y entidad federativa, a la cual se le resta la señalada como derechohabientes por las instituciones antes señaladas, para obtener la de responsabilidad de la Secretaría de Salud; a la cual todas las instituciones deberán agregar un porcentaje por concepto de universalización.

La información es remitida a los Consejos Estatales de Vacunación para que la den a conocer a las instituciones y unidades de salud, así como para acordar la distribución a nivel municipal. Se precisa que se deberán generar talleres de trabajo para oficializar la población por unidad médica (CLUES).

Por lo anterior, es posible afirmar que se dispone de una estrategia de cobertura documentada para atender a su población, la cual cumple con los requisitos planteados en la pregunta. No obstante, sería recomendable contar con un documento integrado para el programa, que incluya la estrategia de cobertura general y las específicas de los proyectos objeto de evaluación, así como las normas estatales y federales que le den sustento. Lo anterior, además de articular las estrategias particulares en una de mayor alcance permitirían identificar escenarios alternativos que garanticen mayor eficiencia en la aplicación de los recursos y extiendan el beneficio social.

<sup>54</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016, 2016.

<sup>55</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016, 2016

os para identificar a su población, usuarios o área de contar con éstos, se deberá especificar cuáles y quéarlo.

El programa presupuestario cuenta con mecanismos institucionalizados para identificar a su población objetivo, que está referida en lo general a los menores de 5 años que habitan el Estado de México, sin embargo, para cada proyecto, de acuerdo con la naturaleza del servicio que se proporciona focaliza a algunos segmentos de la población en particular.

### Proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

La definición de su población se determina en los siguientes documentos:

Objetivo del proyecto	Población infantil carente de seguridad social y recursos económicos.
Descripción del proyecto	Población infantil carente de seguridad social y recursos económicos.
Manual de procedimientos para la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención	No se precisa.
Ficha técnica del Indicador Egreso Hospitalario por mejoría (niñez) (neonato)	Neonato (Menor de 28 días)
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño	Niño menor de 30 días de vida
Página web institucional del ISEM (Apartado Atención Médicas, Consultas)	Se atenderán a recién nacidos menores de 28 días.
Programa Anual	Comportamiento histórico de atención expresado en servicios

Se sugiere, contar con un documento propio para este proyecto en el cual se establezcan los mecanismos para identificar y focalizar a su población, en el cual se incluyan las variables, en su caso, la carencia de seguridad social y de recursos económicos, así como el comportamiento de las metas cuyas unidades de medida puedan referirse a población.

### Proyecto Esquemas de vacunación universal

Documentos que precisan la definición de su población:

Objetivo del proyecto	Menores de 5 años.
Descripción del proyecto	Menores de 5 años.
Manual de vacunación 2016	Se manejan tres censos nominales: menores de 8 años, adolescentes de 9 a 19 años y de población adulta de 20 años y más.
Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016	La universalización de la vacuna de los menores de 8 años deberá entenderse como el acceso a las vacunas del esquema básico de vacunación, en cualquier unidad médica.
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño	El Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los cuatro años con once meses de edad. El control y la evaluación de los componentes de vacunación universal, control de la nutrición y crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, se efectuará en forma computarizada mediante el uso del Sistema de Información PROVAC. Cada institución de salud realizará el registro de la población de niños

	es de ocho años en su área de responsabilidad (Sistema de acción PROVAC. Manual de Procedimientos Técnicos).
	establece como variable del denominador la población de responsabilidad menor de 5 años, con una unidad de medida de dosis, con 5,846,148 programadas al año.
vacunación aplicadas a la población menor de cinco años (ISEM)	
Ficha técnica del Indicador Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de cinco años de edad	En la variable de la fórmula del indicador, el numerador está referido a niños menores de 5 años con esquema completo de vacunación y en el denominador a la población de responsabilidad menor de 5 años. Al reportar el comportamiento del indicador las unidades de medida en ambos casos es niño, y tanto la de responsabilidad como la de esquema completo de vacunación reportan las mismas cifras (1,493,292 programadas al año). En el Manual de Vacunación 2016 establece que el criterio de evaluación será de dosis aplicadas/población.
Programa Anual	Aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años (Dosis)5,719,130

La única meta considerada en el Programa Anual se centra en el apoyo otorgado (dosis de vacunación) y no en el menor beneficiario, lo que dificulta identificar a los usuarios atendidos. No obstante, existe una serie de formatos en los cuales se puede identificar el número de menores atendidos, esto es posterior a la fase de programación, ya que se reportan una vez aplicadas las vacunas. Además, es importante referir que en diversos documentos se hace alusión a la población de responsabilidad hasta los 8 años, por lo que valdría la pena considerarla dentro del proyecto o en su caso, identificar mecanismos para cuantificar la atención de la población de 5 a 8 años, toda vez que en ellos también se realizan actividades que no están consideradas en los resultados y que favorecen el impacto sobre la población.

### Proyecto Atención en salud al menor de cinco años

Objetivo del proyecto	Menores de 5 años.
Descripción del proyecto	Menores de 5 años.
Enfermedades Diarreicas Agudas Prevención, Control y Tratamiento	Principalmente menores de 5 años.
Manual de Enfermedades Respiratorias. Prevención, diagnóstico y tratamiento	Principalmente menores de 5 años.
Lineamientos para la elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia.	Niños menores de cinco años de edad. El cálculo de la meta se hará determinando los casos esperados en base al comportamiento de la tendencia de las consultas de primera vez por infección respiratoria aguda en menores de cinco años en los últimos cuatro años.
Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016	Menores de 5 años. El cálculo de la meta se determina con la Información de los últimos años de consulta de primera vez.
Ficha técnica del Indicador Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS	Se establece como variable del denominador a la población menor de 5 años, con una unidad de medida de niño, con 1,538,606 programadas al año.
Programa anual	Tanto la detección de infecciones respiratorias agudas como la detección de infecciones diarreicas agudas se expresan en consultas no en menores

Es importante precisar si la meta reportada corresponde a consultas de primera vez como lo establecen Lineamientos para la elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia que se ha mencionado líneas arriba.

existen mecanismos para identificar a su población, que principalmente emitidos por la Secretaría de Salud con la participación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. No obstante, sería conveniente contar con un documento que integre la totalidad de normas, criterios y políticas, que le son aplicables, en la definición, cuantificación e identificación de su población (precisando sus fuentes de información), y que esta sea congruente con las metas e indicadores registrados.

Adicionalmente, también se estima conveniente incluir en la metodología la focalización, ya que, si bien es cierto que las tasas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años han disminuido, también lo es que existen municipios con mayor rezago, en donde deberían fortalecerse las acciones realizadas por el programa.

población, usuarios o área de enfoque potencial, la que objetivo y la población, usuarios o área de enfoque potencial, ¿cuál ha sido la cobertura del Pp?

Como se ha señalado en la respuesta a preguntas relacionadas con las poblaciones del programa, existen algunas imperfecciones que limitan establecer de forma objetiva su cobertura, ya que en gran medida estará expresada en el alcance de las metas programadas de cada proyecto reportadas para el cuarto trimestre del ejercicio fiscal 2016.

Para el proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*, se consideró la meta brindar hospitalización pediátrica especializada para poder cuantificar a los menores neonatos atendidos, de esta forma, se registró un total de 1,235 menores no derechohabientes programados a atender en el año evaluado, por lo que considerando que la población potencial se identificó como la población infantil de neonatos no derechohabientes (menores de 28 días) en el Estado de México, referidos por la instancia ejecutora de 63,455 nacimientos, la cobertura fue de 1.9%; respecto de la población universo, considerando a 261,318 menores nacidos en la entidad, la cobertura es de 0.47%.

Cabe señalar que el alcance del proyecto evaluado, no está directamente relacionado con los menores atendidos, ya que afortunadamente, no todos los neonatos precisan de servicios especializados de tercer nivel; además la disminución en la meta pudiera deberse a mayores acciones preventivas durante el embarazo de la madre que dan como resultado neonatos más sanos y la consecuente disminución en la demanda; adicionalmente, pudiera en todo caso, analizarse como positivo el incremento de los egresos hospitalarios por mejoría.

En relación con el proyecto *Esquemas de vacunación universal*, no fue posible identificar a su población objetivo en virtud de que la meta está referida a aplicación de dosis de vacunación en menores de cinco años y no tiene el registro de los menores atendidos en el año evaluado. Por otro lado, la información proporcionada por la instancia ejecutora respecto de los infantes vacunados contempla hasta el año 2014; lo anterior en virtud de que el proceso para la consolidación de cifras es prolongado y en ocasiones el proporcionar información provisional altera el análisis de los resultados. No obstante, se puede afirmar que la meta para el 2016 fue superada (109%), en virtud de que se aplicaron 6,237,144 dosis, rebasando las 5,719,130 programadas.

Finalmente, para el proyecto *Atención en salud al menor de 5 años*, la cobertura estimada a través de la meta Detectar infecciones respiratorias agudas fue de 32.8% respecto a la población potencial y respecto a la población objetivo, que en ambos casos para el 2014 ascendió a 1,533,126 menores de 5 años, y sumaron 503,259 el número de niños reportados como atendidos. Por lo que respecta a la meta Detectar enfermedades diarreicas agudas, la cobertura fue de 5.2% tomando como base los 1,533,126 menores reportados tanto como población potencial como objetivo; lo anterior en virtud de que el número de niños atendidos fue de 80,298 en el 2014.

Por otra parte, en términos de las metas programadas y alcanzadas correspondientes al 2016, para el caso de la Detección de infecciones respiratorias agudas con 516,460 consultas se alcanzó el 98.27% de la meta y para la Detección de enfermedades diarreicas agudas de se otorgaron 93,943 consultas, 4,096 más de las previstas, con un alcance de 104.56%.

El análisis específico se incluye en el **Anexo 11 *Évolución de la Cobertura***.

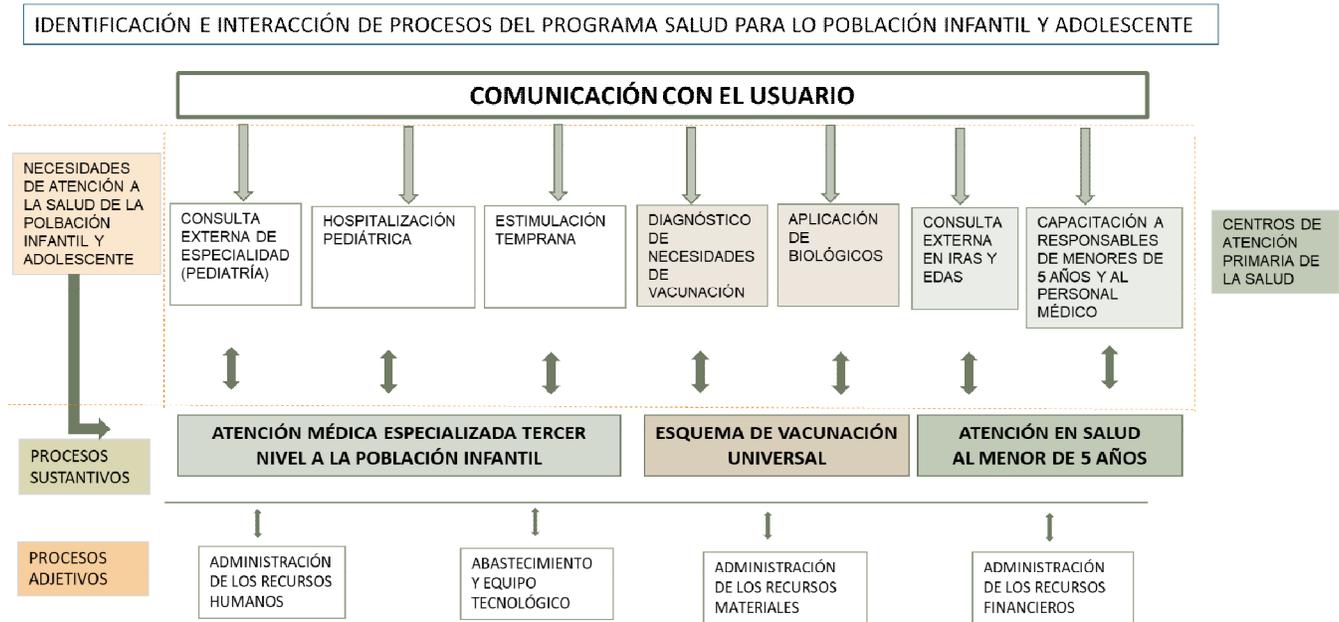
## IV. OPERACIÓN

### IV.1 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE

**25. Describa mediante Diagramas de Flujo el proceso general del Pp para cumplir, generar o entregar los bienes y los servicios (Componentes), así como los procesos clave en la operación del Pp.**

La operación del programa presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+ está sustentada en diversos documentos normativos federales como son las Normas Oficiales Mexicanas vinculadas a la atención de la salud del niño, a la vigilancia epidemiológica, lineamientos de operación de los programas y manuales, entre otros; así como manuales de organización y procedimientos propios del Instituto de Salud del Estado de México.

En el siguiente diagrama se integran los procesos clave para la generación de los bienes y servicios del programa presupuestal. Para el proyecto %Atención médica especializada de tercer nivel+ se incluyen Consulta externa de especialidad, Hospitalización pediátrica y Estimulación temprana; para el correspondiente a %Esquemas de vacunación universal+ se incluye tanto la etapa correspondiente a la determinación de necesidades y la programación, como la de aplicación de biológicos; por último para el proyecto %Atención en salud al menor de 5 años+ se incluye la consulta externa en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y en Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), y el proceso de capacitación a las madres y/o responsables de los menores de 5 años y la correspondiente a los médicos y paramédicos.



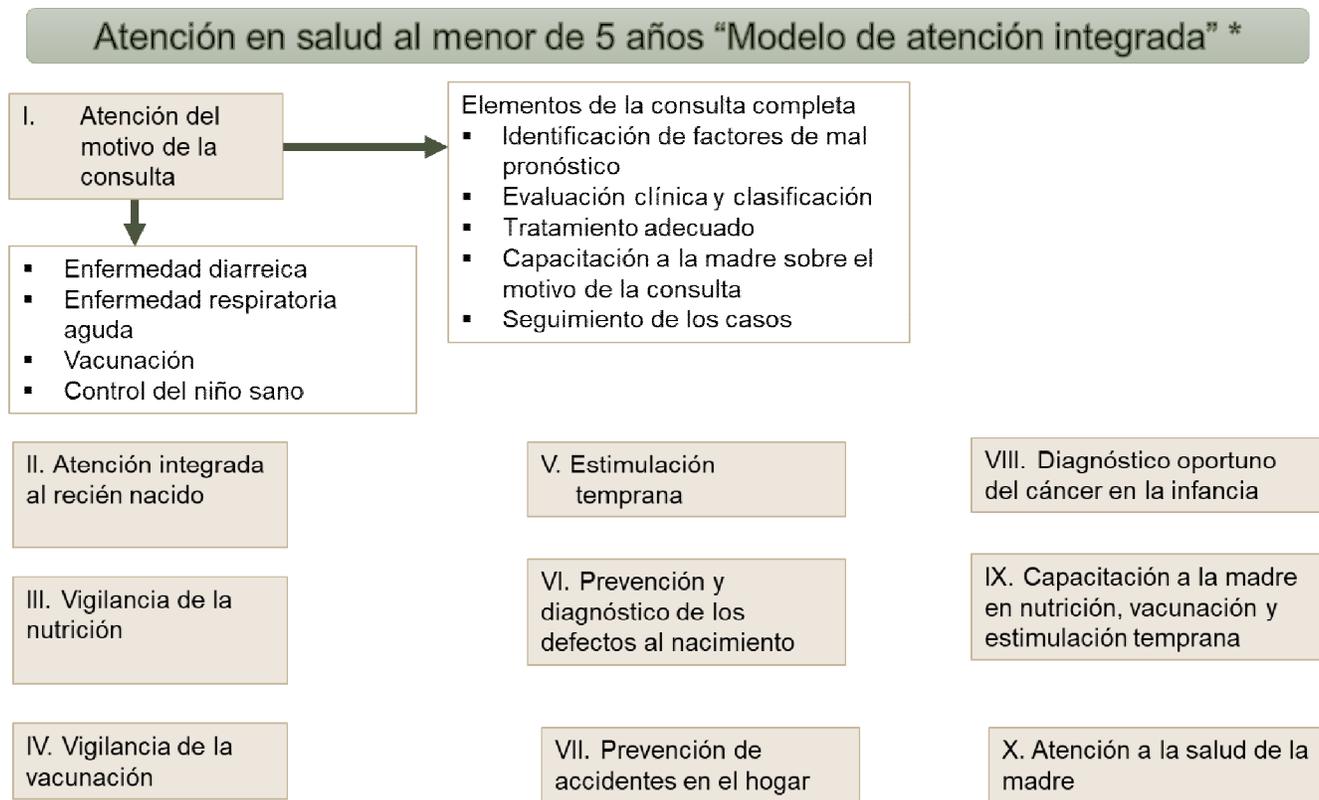
Los cuales constituyen el objeto de análisis para valorar la operación del programa presupuestal y sus proyectos.

Es importante destacar, que no todos los servicios que se proporcionan a través del programa están definidos como componentes en el resumen narrativo, ya que de los cuatro integrados, uno corresponde a %Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la

por vacunación; los tres restantes son relativos a la nutrición de los adolescentes: %Niños menores de 5 años atendidos por ad de coadyuvar en su calidad de vida+, %Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad+y %Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables<sup>56</sup>.

A nivel de propósito está planteado %La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas+, así como dos actividades que se vinculan con los procedimientos del proyecto Atención en salud al menor de 5 años.

A continuación, se realiza un análisis de los principales procedimientos involucrados en los tres proyectos objeto de evaluación, que operan en el contexto del modelo integral de atención que se muestra en el siguiente esquema<sup>57</sup>:



<sup>56</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Reporte general de la MIR del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente para el ejercicio fiscal 2016

<sup>57</sup> Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas, Prevención, Control y Tratamiento 2009.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

tres procesos clave, la consulta externa de especialidad<sup>58</sup>, hospitalización y estimulación temprana. Incluye las etapas de diagnóstico, tratamiento, hospitalización o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

En el siguiente esquema se muestra la interacción de los procesos del proyecto:



Inicia con la presentación del paciente a consulta externa especializada en ginecología y/o pediatría al Centro Especializado de Atención Primaria de la Salud, quien realiza el pago correspondiente en la caja, acude al archivo con el comprobante junto con su solicitud recepción de interconsulta médica y su carnet de citas; el archivo localiza su expediente, designa al médico especialista e indica al paciente pasar al área de enfermería, a la que turna su expediente.

La enfermera toma y registra signos vitales, localiza tarjeta del programa, registra actividades en la Hoja diaria de Consulta Externa+y junto con el expediente la turna al médico especialista y solicita al paciente permanecer en la sala de espera.

El médico llama al paciente, lo interroga, actualiza los datos de la evolución médica, establece diagnóstico y tratamiento médico y determina si requiere ser referido a otra unidad médica de mayor nivel de atención; en caso afirmativo elabora y registra referencia y contrarreferencia, expide receta, registra actividades en la Hoja diaria de Consulta Externa+y devuelve el expediente al archivo.

<sup>58</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Gobierno del Estado de México Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM, Área Médica, abril del 2010.

El paciente acude con su hoja de Referencia y contrarreferencia a la unidad de atención. Si requiere otros estudios en la unidad y, en su caso, emite las recetas médicas para estudios de laboratorio o de gabinete, registra las actividades en la Hoja Diaria de Consulta Externa, devuelve el expediente al archivo y registra una nueva cita en el carnet del paciente.

El paciente acude a los laboratorios a agendar su cita, se presenta, hace el pago y le realizan los estudios; acude a su nueva cita, el doctor revisa e interpreta sus estudios, confirma en su caso el tratamiento y, en caso de requerir hospitalización elabora solicitud de internamiento y solicita al paciente carta de consentimiento informado para traslados, lo remite junto con su expediente la enfermera de hospitalización y da indicaciones.

La enfermera de hospitalización recibe al paciente, realiza el registro en la libreta de Ingreso y Egreso de Pacientes, elabora registro clínico de enfermería y lo integra a su expediente. El médico especialista determina diagnóstico y tratamiento, da seguimiento al paciente hospitalizado hasta su alta.

Durante la consulta de los menores sanos de 5 años, al 20% se aplica la Evaluación del Desarrollo Infantil, y de acuerdo con los lineamientos, se debe proporcionar *Estimulación temprana al menos al 60% de los menores que en la prueba hayan obtenido un resultado global normal y en rezago*. Para tales fines se capacita al personal médico en la aplicación del programa, se realiza el equipamiento y dotación de materiales, se capacita a los padres o responsables de los menores para realizar actividades de estimulación temprana en el hogar. Los menores detectados con limitaciones en su desarrollo son canalizados al nivel de atención correspondiente.

#### **b) Esquemas de vacunación universal.**

Para la ejecución del proyecto Esquemas de vacunación universal se identifican como procesos clave la elaboración del programa operativo anual y la aplicación de los biológicos. El punto de partida fundamental es la elaboración del Programa Operativo Anual, mediante el cual se determina la población objetivo. El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia es la unidad responsable a nivel federal del Programa de Acción Específica de Atención a la Salud de la Infancia, y la que emite los Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual<sup>59</sup>, así como los Lineamientos para la Distribución de la Población de Responsabilidad Institucional<sup>60</sup>.

Para tales fines, el Sistema de Información del Consejo Nacional de Vacunación determina la población del año n, desagregada por edad y entidad federativa; para estimar a los menores de un año, toma como fuente el Subsistema de Información de Nacimientos, y para el resto las proyecciones de población que realiza CONAPO. De esa forma, y con base en la derechohabencia, se estima la población de responsabilidad por institución a nivel nacional: la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, instituciones que forman parte del Consejo Nacional de Vacunación y que validan con su firma la distribución nacional de la población de responsabilidad, lo anterior con el objeto de garantizar la cobertura universal del programa de vacunación. La fórmula básica considera un

<sup>59</sup> Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Atención a la Salud de la Infancia, Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016.

<sup>60</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Vacunación Universal, Lineamientos de Distribución de la Población de Responsabilidad Institucional 2016.

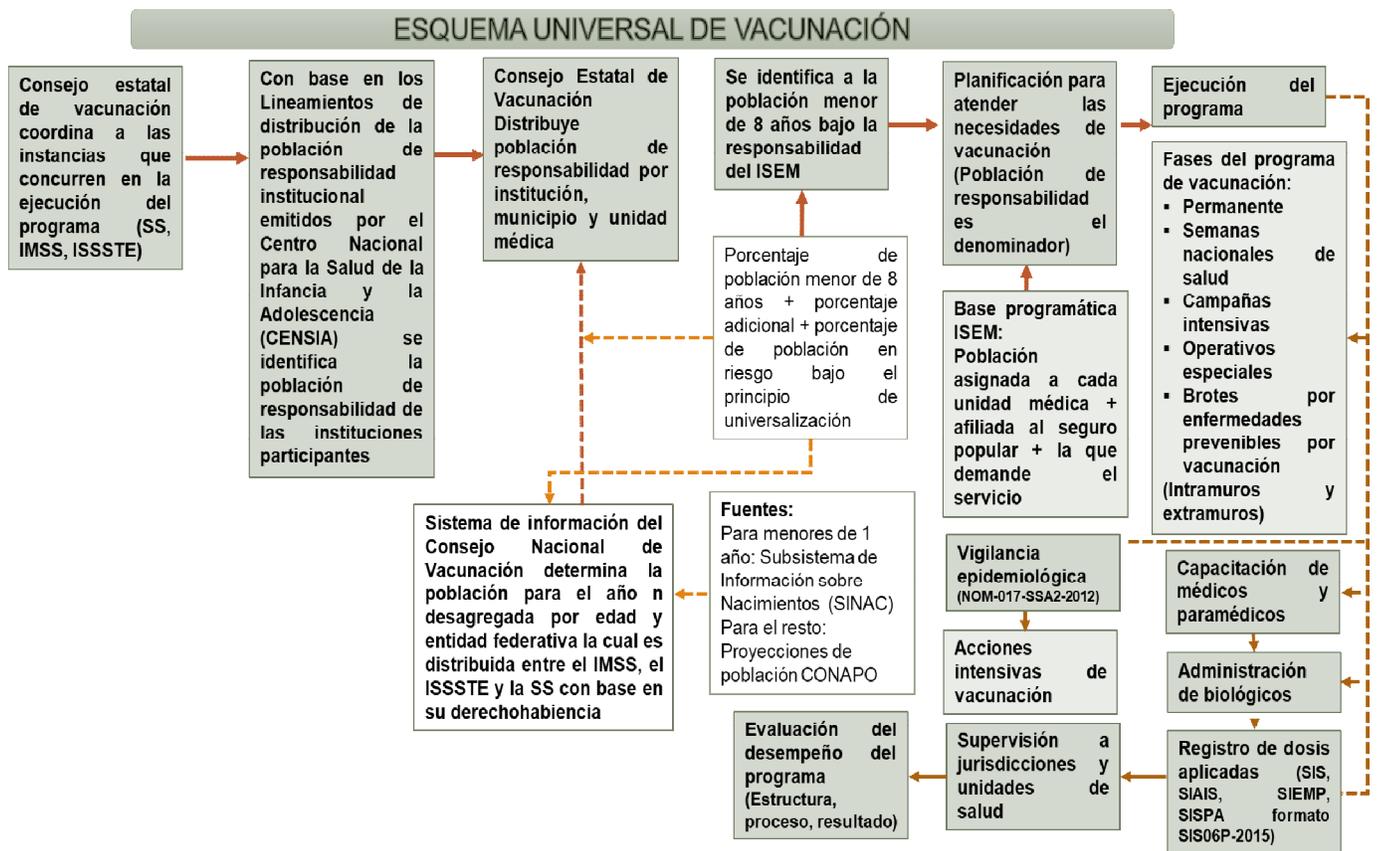
ños, más un porcentaje adicional, más un porcentaje de la

se en la información proporcionada por el Consejo Nacional de Vacunación y en los lineamientos antes referidos, distribuye la población de responsabilidad por institución, municipio y unidad médica. De esta forma se obtiene la población de responsabilidad del ISEM menor de 8 años, la cual constituye el elemento fundamental para la formulación del Programa Operativo Anual, es decir, para la planificación del programa de vacunación.

Dicha formulación precisa de los requerimientos específicos de los biológicos para cubrir las metas, los requerimientos para llevar a cabo la capacitación de los médicos y paramédicos, entre otros.

La ejecución del programa de vacunación involucra diversas fases: la permanente, las semanas nacionales, campañas intensivas, operativos especiales, y la atención a brotes por enfermedades prevenibles. Implican procedimientos para llevar a cabo la capacitación de médicos y paramédicos, para la puntual administración de los biológicos, el registro de las dosis aplicadas, la supervisión a jurisdicciones y unidades de salud y la evaluación del desempeño del programa. También se lleva a cabo la vigilancia epidemiológica de acuerdo con la normatividad, cuyos resultados pueden detonar acciones intensivas de vacunación.

Los procedimientos clave se muestran en el siguiente diagrama:



menores de 12 años en el 2016 contempló las siguientes

### Esquema nacional de vacunación para menores de 12 años 2016

Nacimiento	BCG	Hepatitis B		
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	SRP			Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular			
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual			
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual			
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)			Influenza refuerzo anual
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre-marzo)			
	VOP (polio oral) de los 6 a los 59 meses en 1ª y 2ª Semanas Nacionales de Salud*			
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)			

\*Siempre y cuando el niño haya recibido 2 dosis previas de vacuna de polio inactivada (pentavalente acelular). A partir del año 2017 se aplicará la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis.

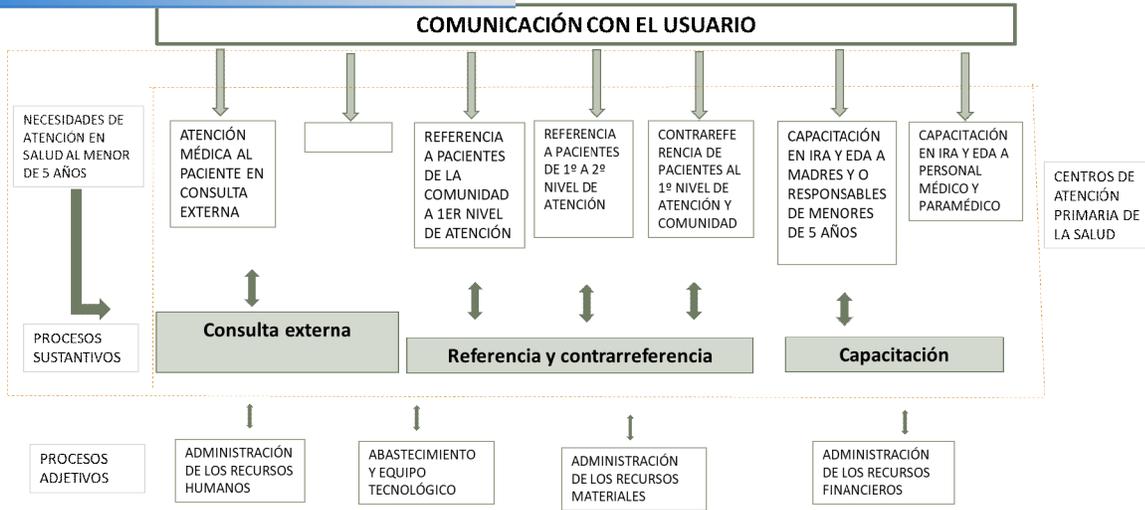
#### c) Atención en salud al menor de 5 años.

El proyecto se lleva a cabo en el marco del Modelo de Atención Integrada y se focaliza en la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas. Se identifican tres procesos clave: Consulta externa, Referencia y Contrarreferencia y Capacitación.

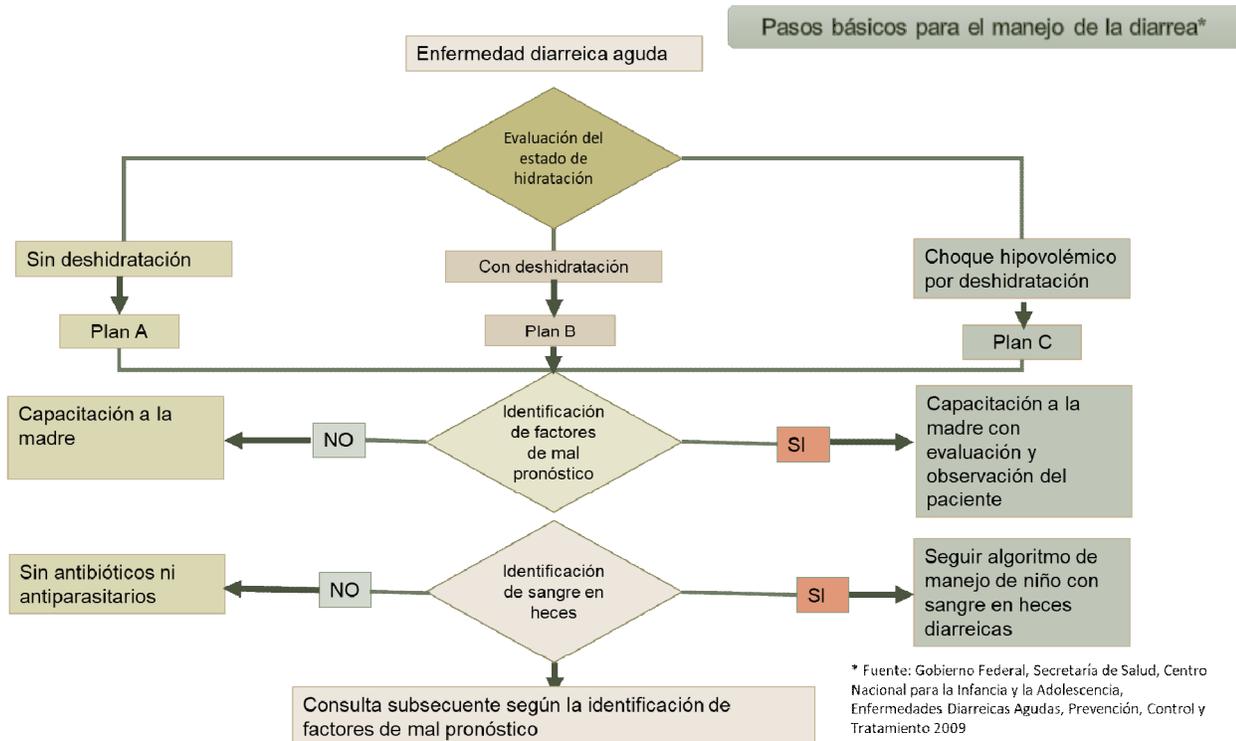
El procedimiento para brindar Atención médica en consulta externa es semejante al señalado para el proyecto de Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil pero focalizada en las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y en las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). El proceso de Referencia y contrarreferencia que incluye tres procedimientos: la Referencia de pacientes de la comunidad a primer nivel de atención; Referencia de pacientes de primer a segundo nivel de atención y contrarreferencia al primer nivel de atención y a comunidad. Por lo que respecta al tercer proceso relativo a la capacitación, se identifican dos vertientes, la dirigida al personal médico y paramédico; y la destinada a los padres o responsables de los menores de 5 años, en ambos casos sobre IRA y EDA.

En el siguiente esquema se muestra la interacción entre los principales procesos del proyecto:

PROCESOS DEL PROYECTO ATENCIÓN EN SALUD AL MENOR DE 5 AÑOS



De acuerdo con lo establecido en el Programa para la Atención de las Enfermedades Diarreicas Agudas<sup>61</sup>, Prevención, Control y Tratamiento, los pasos básicos para el manejo de la diarrea, se muestran en el siguiente esquema:



<sup>61</sup> Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas, Prevención, Control y Tratamiento 2009.

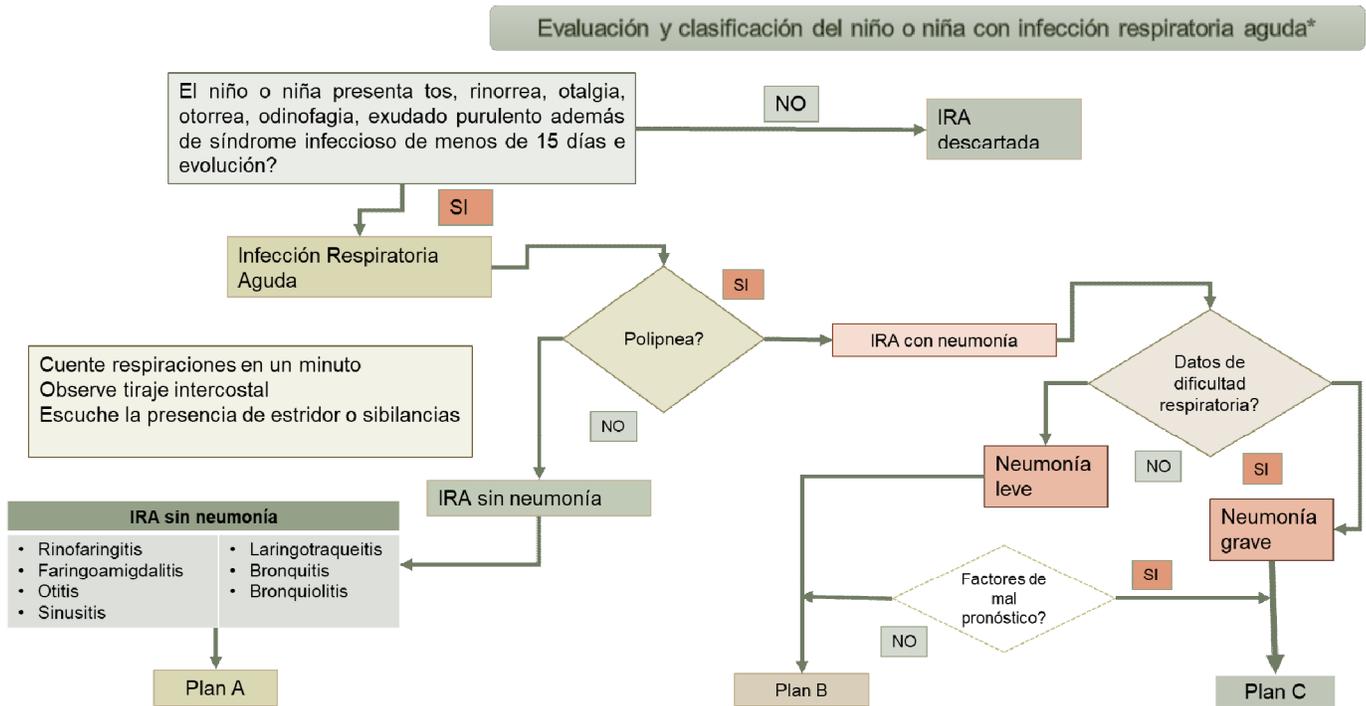
deshidratación del niño, el médico determina llevar a cabo signos de deshidratación, sólo se capacita a la madre o mentos. Si el paciente muestra signos de deshidratación menor presente choque hipovolémico por deshidratación, se

aplica el Plan C.

Dichos planes se encuentran establecidos en el documento emitido por la Secretaría de Salud del el Gobierno Federal y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia denominado "Enfermedades Diarreicas Agudas, Prevención, Control y tratamiento 2010+.

La atención a las Enfermedades Diarreicas Agudas es un componente del Modelo Integral de Atención a la salud de la infancia, y la definición de las metas se sustenta en los Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual, emitidos por el multicitado Centro. La meta es atender al 100% de los niños menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda que acudan a una unidad de salud y con porcentajes previstos para la aplicación de los planes A, B y C; la cuantificación se realiza analizando el comportamiento histórico de las consultas proporcionadas para tales fines en los últimos cuatro años.

Así mismo, en el siguiente diagrama se muestra el procedimiento para la Evaluación y clasificación del niño o niña con Infección Respiratoria Aguda<sup>62</sup>:



\* Fuente: Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Julio 2012.

En el que también se establecen criterios para la clasificación de los pacientes y la selección del plan a utilizar ya sea el A, B o C, dependiendo si el proceso infeccioso presenta signos de neumonía, y si ésta es leve o grave.

Como se puede advertir, el Modelo de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia, incluye la Capacitación en el modelo al personal involucrado en el programa a nivel estatal, jurisdiccional y operativo, así como la capacitación a las madres y/o responsables de los menores.

<sup>62</sup> Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012, Prevención, diagnóstico y tratamiento.

capacitar a los involucrados en el primer nivel de atención, inicia a los Coordinadores de los Centros estatales y regionales de atención; se impulsa un esquema de cascada, en los que los centros de capacitación establecen un programa, definen estrategias y metas para capacitar al 100% de los responsables del programa en el primer nivel de atención a nivel jurisdiccional, así como replicar la capacitación a un porcentaje de entre el 5 y el 20% del personal operativo, de acuerdo a sus respectivos ámbitos de competencia.

Por lo que respecta a la capacitación de las madres y/o responsables de los menores, la meta está referida al 70% de las madres estimadas de menores de 10 años en la Atención Integrada en la Infancia, y se toma como base el 70% de las madres de las consultas programadas de primera vez en menores de cinco años.

En los manuales referidos se incluye el tema de capacitación a los padres o responsables de los menores, se establece en dos sentidos tanto en las medidas básicas para la prevención de las enfermedades respiratorias, como los cuidados durante el proceso infeccioso. En el primer caso incluye aspectos de la higiene personal y en el hogar, para evitar el contagio, fumar o quemar leña en el hogar, ventilación y vacunación, entre otros. Dicha capacitación se lleva a cabo durante la consulta y la hospitalización. También de manera masiva se impulsan diversos materiales para la difusión en la ciudadanía.

La operación del programa también prevé un proceso de supervisión a cargo del Coordinador del programa incluyendo el 50% de las jurisdicciones sanitarias focalizando a las que registren las más altas tasas de mortalidad infantil. También se prevé la supervisión a un mínimo de dos centros de salud por cada jurisdicción supervisada también priorizando las altas tasas de mortalidad infantil, en particular los que registren el mayor número de defunciones.

Como se puede advertir, en virtud de que el programa objeto de evaluación deriva de un programa de carácter federal, los principales procesos del programa y sus procedimientos se sustentan en disposiciones y normatividad establecida particularmente por la Secretaría de Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, quien administra a nivel federal el proyecto.

Por la naturaleza de los proyectos la mayor parte de las disposiciones corresponden a procedimientos médicos y se advierte debilidad en disponer de manuales de procedimientos administrativos propios del Instituto de Salud del Estado de México, documentados y que faciliten la regulación de los procesos.

Los diagramas específicos de los procesos clave y sus principales procedimientos se integran en el **Anexo 12 *Í Diagramas de flujo de los Componentes y procesos claves***.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

¿Existe información sistematizada que permita conocer la demanda total de apoyos, servicios, acciones o proyectos, así como las características específicas de la población, usuarios o área de enfoque solicitantes?

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en las evidencias documentales es posible afirmar que los tres proyectos objeto de evaluación cuentan con información sistematizada que permite conocer la demanda de servicios, así como las características de los usuarios de los servicios, existe evidencia de que la información es válida y se utiliza como única fuente de información, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	<p>El Pp cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos, servicios, acciones o proyectos y las características específicas de la población, usuarios o área de enfoque solicitantes.</p> <p>Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos, servicios, acciones o proyectos.</p>

La operación del programa presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+ involucra diversos sistemas integrales de información que permiten conocer los apoyos que se proporcionan, lo anterior en virtud de que atendiendo al principio de cero rechazos, la información de la población atendida corresponde propiamente a la solicitante; entre los que destacan el Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema de Egresos Hospitalarios, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el registro de consulta externa, el expediente clínico, el Sistema Único de Información en Salud; así como con Sistemas de Planeación, Programación y Evaluación (SIPREP) y el de Información Estadística del Informe de Gobierno (SIEIG) de carácter estatal.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño se prevé la integración de un Censo Nominal de la Población de niños menores de 8 años, así como el registro y seguimiento del esquema de vacunación, el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años en el Sistema de Información PROVAC. Se debe recabar información de todos los nacimientos ocurridos en el área de responsabilidad en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)<sup>63</sup>, el cual forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Es importante señalar que, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Salud, la expedición del certificado de nacimiento es obligatorio, y de acuerdo con la NOM-035-SSA-2012 dicho certificado debe actualizarse quinquenalmente.

En particular, la información que se genera a través del proyecto %Atención médica especializada para la población infantil+, respecto a los procedimientos %Consulta externa+, %Hospitalización pediátrica+ y %Estimulación temprana+, se registra en subsistemas del SIS. La información que se recaba de los usuarios se concentra principalmente en el expediente clínico, el cual de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, integra los datos personales de cada paciente, y constituye una herramienta básica para que el personal de salud registre la intervención en la atención médica del paciente y dé cuenta de que ésta se realiza con apego a las disposiciones normativas. Entre las

<sup>63</sup> Secretaría de Salud, Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento Modelo 2015.

destacan nombre, edad, sexo y domicilio. Así mismo, la las consultas se concentra en la Hoja diaria de consulta

Otro procedimiento integrado al SIS es el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas de primer nivel de atención, que de acuerdo con el manual de operación <sup>64</sup>, se debe realizar el registro de todos los casos de los pacientes referidos y contrarreferidos, tanto en el expediente clínico, como en la hoja diaria de consulta externa, que contiene datos de identificación del paciente, diagnóstico y seguimiento realizado. Los principales formatos son: Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel, Libreta de control de referencia de comunidad a unidad médica de primer, Visita Domiciliaria, Libreta de control de referencia y contrarreferencia de unidad médica de primer nivel a unidad médica de segundo nivel, Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Referencia y contrarreferencia de pacientes/ concentrado mensual jurisdiccional.

Para el caso del proyecto %Esquemas de vacunación universal+la demanda de biológicos se estima con base en el manual general de vacunación, y los criterios establecidos con respecto a la estimación de la población objetivo. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999 para la Atención a la Salud del Niño, el control y la evaluación de los componentes de vacunación universal, control de la nutrición y crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, se efectuará en forma computarizada mediante el uso del Sistema de Información PROVAC. El documento fundamental de registro es la Cartilla nacional de vacunación, en el que además de los datos de identificación personal (CURP), se registran las dosis aplicadas, el peso y talla del niño.

En el Sistema de Información en Salud (SIS) las unidades médicas registran, mediante un informe mensual, las vacunas aplicadas por grupo de edad y las dosis; a partir de dicha información se conforma el Censo Nominal previsto en el Manual de Vacunación<sup>65</sup>; al respecto es importante destacar, que la cobertura del censo es parcial, y que justamente uno de los retos es lograr la generalización entre zonas rurales y urbanas. Los principales formatos son el Registro de aplicación de biológicos. Primera y Segunda parte SINBA-SIS-06-P-2016 y SIS-CE-H-2016, Informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica SIS-SS-CE-H, y el reporte de dosis aplicadas (RDA) por grupo de edad. Los responsables de la información son el médico, el personal de enfermería, el vacunador y el personal de sistemas de información.

Por lo que respecta al proyecto %Atención en salud al menor de 5 años+, de acuerdo con lo establecido en el Manual de Enfermedades Respiratorias 2012 Prevención, Diagnóstico y Tratamiento<sup>66</sup> y el de Enfermedades Diarreicas Agudas, Prevención Control y Tratamiento<sup>67</sup>, emitidos por la Secretaría de Salud, a través del Sistema Único de Información en Salud (SINAIS), las unidades médicas del primer nivel de atención notifican los casos de mortalidad, morbilidad e invalidez, informan sobre los servicios otorgados y daños a la salud; dicha información fluye a través de la hoja diaria del médico y el expediente clínico. Además, a través del subsistema de Prestación de servicios, se recaba información sobre los servicios otorgados, la cual permite establecer la demanda de apoyos y las características de los usuarios.

Como se puede advertir, a partir de los registros que se realizan en los sistemas involucrados en la operación del programa presupuestal y los proyectos objeto de evaluación, es posible identificar la

<sup>64</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.

<sup>65</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Vacunación, 2016.

<sup>66</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.

<sup>67</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

características de los solicitantes. Es importante destacar, asosse brinda atención a toda la población que solicita el e los servicios proporcionados corresponden a la demanda atendida. También se debe considerar que los sistemas que se operan y los lineamientos que regulan la ejecución de los proyectos y el registro de información son fundamentalmente de carácter federal y operados por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los proyectos que cumplen con los siguientes aspectos?

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

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en las evidencias documentales, es posible afirmar que los procedimientos para la administración y operación de los proyectos corresponden a las características de la población, incluyen formatos específicos para recibir, registrar y proporcionar los servicios a la población objetivo, están apegados al documento normativo y la mayoría está disponible para la población objetivo, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, servicios, acciones o proyectos del Pp cumplen con todos los aspectos descritos en la pregunta.

Con base en los manuales de procedimientos y de operación de los proyectos, así como de las normas oficiales mexicanas, guías técnicas de operación y demás disposiciones normativas que regulan la ejecución de los proyectos, es posible afirmar que los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicio corresponden a las características de la población, la mayoría está disponible para la población objetivo, y están apegados a los documentos normativos.

Existen procedimientos y formatos definidos para la operación del programa objeto de evaluación para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicio, sustentados en las normas oficiales mexicanas, manuales de procedimientos y de operación, así como diversas disposiciones normativas, las cuales se muestran organizadas por proyecto en el siguiente cuadro:

**a) Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil**

Procedimiento	Formatos	Normatividad
Consulta externa de especialidad (ginecología y pediatría en CEAPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibo Único de Pago (217B30000-013-07)</li> <li>Carnet de citas (217B20000-060-07)</li> <li>Notas de evolución (Formato 217B20000-016-06)</li> <li>Hoja diaria de consulta externa (Formato SIS-SS-01-P)</li> <li>Historia clínica general (Formato 217B20000-015-06)</li> <li>Sistema de referencia y contrarreferencia y visita domiciliaria (Formato 217b20000-181-07)</li> <li>Solicitud de laboratorio (Formato 217B20000-025-06)</li> <li>Solicitud de estudio de gabinete (Formato 217B20000-026-06)</li> <li>Receta médica (Formato 217B20000-001-06)</li> <li>Solicitud-recepción de interconsulta médica (Formato 217B20000-024-06).</li> </ul>	Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM <sup>68</sup>

<sup>68</sup> Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM, abril 2010.

	Formatos	Normatividad
	<p>Dieta de paciente (Formato 217B20000-329-10).</p> <p>Historia clínica y estudio estomatológico (Formato 217B20000-042-06).</p> <p>Plan y desarrollo de tratamiento estomatológico (Formato 217B20000-041-06).</p> <p>Consentimiento informado de traslado (Formato 217B20000-197-08).</p> <p>Aviso de alta del médico (Formato 217B20000-250-09).</p> <p>Certificado de defunción (Formato 217B50401)</p>	
Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención	<p>Expediente clínico</p> <p>Hoja diaria de consulta externa</p> <p>Referencia de comunidad a unidad médica de primer nivel</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Libreta de control de referencia y contrarreferencia de unidad médica de primer nivel a unidad médica de segundo nivel</p> <p>Sistema de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Referencia y contrarreferencia de pacientes/ concentrado mensual jurisdiccional</p>	Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México <sup>69</sup>
Procedimiento: para la Operación Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México	<p>Paciente atendido y referido:</p> <p>Referencia y contrarreferencia (217B20000-181-07)</p> <p>Paciente contrarreferido o dado de alta</p> <p>Nota de egreso / contrarreferencia (217B20000-361-11)</p>	Procedimiento: para la Operación Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad entre unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México <sup>70</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSAI-2004 Para la prestación de servicios de atención médica en unidades médicas tipo ambulancia, DOF junio 2006.
Evaluación de Desarrollo Infantil	<p>Estimulación temprana</p> <p>Guía técnica para la evaluación rápida del desarrollo</p> <p>Actividades de estimulación temprana</p>	Estimulación temprana, lineamientos técnicos <sup>71</sup>

Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los servicios que se otorgan mediante el proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, referidos principalmente a consulta externa, referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención y la evaluación del desarrollo infantil, corresponden a las características de la población

<sup>69</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Procedimiento: Referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad, septiembre 2011.

<sup>70</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.

<sup>71</sup> Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Estimulación temprana, lineamientos técnicos, mayo 2002

de 5 años, cuentan con formatos definidos, entre los que diaria de consulta externa, la libreta y formatos para la frente nivel de atención y los establecidos para la evaluación y actividades del desarrollo infantil y la estimulación temprana, los cuales están sustentados en normas y manuales que están disponibles para la población.

**b) Esquemas de vacunación universal**

Procedimiento	Formatos	Normatividad
Elaboración del programa anual	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) Apéndice informativo A Enfermedades prevenibles por vacunación: listado de padecimientos, clave de clasificación y periodicidad de la notificación (Inmediata, diaria y semanal) Apéndice informativo B Enfermedades prevenibles por vacunación: incluye listado del padecimiento, clave, metodología y procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica Formato para la planificación del programa de vacunación universal Cartilla nacional de salud Hoja 06-p Censo Nominal, Formato SIS. Registro de dosis solicitada por biológico Registro de distribución de biológico a punto operativo (Jurisdicción sanitaria y Unidad médica) Diagnóstico situacional de Red de Frío Diagnóstico situacional de recursos humanos	Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica. <sup>72</sup> Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud, Lineamientos <sup>73</sup>
Administración de biológicos	Cartilla Nacional de Salud Formatos administrativos de las dosis aplicadas en el Sistema de Información en Salud SINBA-SIS-06-P-2016 Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-CE-H 2016	Programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud, Lineamientos Generales 2016
Evaluación del desempeño del programa	Evaluación de la calidad de la información y las encuestas de cobertura Censo nominal Cartilla Nacional de Salud Sistemas de información	Programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud, Lineamientos Generales 2016

Por lo que respecta al proyecto Esquemas de vacunación universal, los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los servicios están referidos a la administración de biológicos, la cual se registra de forma individual a través de la Cartilla Nacional de Salud, así como en los diferentes formatos para reportar las dosis administradas por biológico con los diferentes niveles de desagregación. En virtud de que la información que se reporta es de acuerdo con los criterios establecidos en la norma de acuerdo con la edad, las dosis y el tipo de biológico, se considera que atienden a las características de la población, apegados a las disposiciones normativas y disponibles para la población.

**c) Atención en salud al menor de 5 años**

Procedimiento	Formatos	Normatividad
---------------	----------	--------------

<sup>72</sup>Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, DOF, 19 de febrero del 2013.

<sup>73</sup>Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud Lineamientos Generales 2016.

	Formatos	Normatividad
	Médicos del Técnico en Atención Primaria	Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, <sup>74</sup>
Respiratorias Agudas	Formato de concentración por mes y por jurisdicción de Metas Detección de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, Metas de madres a capacitar en Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas Defunciones Todas las Causas en Menores de Cinco Años y por Infección Respiratoria Aguda (desagregado por edad y mes) Defunciones por Infección Respiratoria Aguda en Menores de Cinco Años, según Derechohabiencia y Lugar de Ocurrencia de la Defunción, por entidad federativa mes e institución. Defunciones por Infección Respiratoria Agudas por Entidad Federativa y Periodo (1990-2016)	
Consulta externa en Enfermedades Diarreicas Agudas	Defunciones por Enfermedades Diarreica Aguda en menores de cinco años, según derechohabiencia y lugar de ocurrencia de la defunción. (Por institución SSA, IMSS, ISSSTE y otras instituciones) Autopsias verbales de las defunciones por Enfermedad Diarreica Aguda en Menor de Cinco Años según causa básica por entidad. Defunciones por Enfermedad Diarreica Aguda por entidad federativa y periodo (histórico 1990-2016) Defunciones Todas las Causas en Menores de Cinco Años por Infección Respiratoria Aguda (desagregado por edad y mes) Defunciones por Infección Respiratoria Aguda en Menores de Cinco Años, según Derechohabiencia y Lugar de Ocurrencia de la Defunción, por entidad federativa mes e institución. Defunciones por Infección Respiratoria Aguda por Entidad Federativa y Periodo (1990-2016)	Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, emitido por la Secretaría de Salud, <sup>75</sup>

Los procedimientos clave establecidos para el Proyecto Atención en salud al menor de 5 años, están referidos a la consulta externa en Enfermedades diarreicas agudas e Infecciones respiratorias agudas, que resultan fundamentales en el modelo de atención integral, en virtud de su incidencia en la mortalidad infantil. La recepción, registro y atención de las solicitudes de servicio se realiza mediante la consulta externa que se brinda en los dos tipos de padecimientos, así como la estrategia de atención centrada en la capacitación de las madres y/o responsables de los menores de 5 años. Los servicios que se proporcionan atienden a las características de la población, están sustentados en disposiciones normativas que especifican formatos para su registro y control, y pueden ser consultadas por la población.

Como se puede advertir, los tres proyectos objeto de evaluación cuentan con procedimientos establecidos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de servicios que corresponden a las características de la población, cuentan con formatos definidos, están apegados al documento normativo y en su mayoría están disponibles para la población.

La mayor parte de los procedimientos involucran registros en sistemas de información, sin embargo, de acuerdo con lo manifestado por las áreas ejecutoras de los proyectos, aún existe un

<sup>74</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.

<sup>75</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.



**PDF Complete**  
 Your complimentary use period has ended.  
 Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

casos, falta de oportunidad en los reportes, en gran medida cursos técnicos y humanos entre las unidades médicas. El nominal aún enfrenta limitaciones que inciden en la calidad de los datos.

**28. ¿El Pp cuenta con mecanismos documentados para verificar los procedimientos de recepción, registro y trámite de las solicitudes de apoyo, servicios, acciones o proyectos que cumplan con los siguientes aspectos?**

- a) Son consistentes con las características de la población o área de enfoque objetivo.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras involucradas.
- c) Están sistematizados.
- d) Están difundidos públicamente.

**Respuesta: Si, nivel 4**

Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los servicios que se proporcionan a través de los tres proyectos objeto de evaluación son verificados a través de mecanismos estandarizados y sistematizados, así mismo corresponden a documentos que son difundidos públicamente, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

Nivel	Criterios
4	Los mecanismos para verificar los procedimientos de recepción, registro y trámite de las solicitudes de apoyo, acciones o proyectos, cumplen con todos los aspectos establecidos en la pregunta.

De acuerdo con lo establecido en el Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México<sup>76</sup>, cuenta con diversas unidades administrativas que concurren en la verificación de que los procedimientos que se realizan en las unidades médicas para la prestación de los servicios de salud para la población infantil y adolescente se realicen de acuerdo las disposiciones normativas.

A continuación, se presenta un cuadro en el que se ejemplifican las funciones de las unidades administrativas del ISEM que concurren en la supervisión y evaluación de los procesos a fin de que la prestación de los servicios que se proporcionan a través del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente se realicen con apego a la normatividad:

Unidad administrativa	Objetivo/Función
Subdirección de Epidemiología	<b>Objetivo:</b> Planear, coordinar y controlar los programas de vigilancia epidemiológica, a través de las Jurisdicciones Sanitarias y hospitales, para establecer prioridades en materia de

<sup>76</sup> Poder Ejecutivo del Estado de México, Secretaría de Salud, Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, Gaceta de Gobierno, 18 de diciembre del 2013.

**Objetivo/Función**

ar información que permita a los directivos del Instituto dictar  
emiológicas, científicas y estadísticas.

<p>Jurisdicciones Sanitarias</p>	<p><b>Funciones:</b> Planear y controlar la operación de los programas prioritarios de salud del niño ( ò ) vigilancia epidemiológica, enfermedades transmisibles y micobacteriosis ò + Organizar, dirigir, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica ( ò ) con base en la normatividad establecida y conforme al modelo de atención correspondiente. Coordinar y supervisar el sistema de vigilancia epidemiológica en su ámbito de competencia. Supervisar, a través de las coordinaciones municipales, los servicios que brindan las unidades de primer nivel de la jurisdicción, a efecto de asegurar que se otorguen con calidad y calidez, de acuerdo con los estándares establecidos. Vigilar que las áreas de la jurisdicción lleven a cabo sus actividades, de acuerdo con la normatividad federal y estatal vigente.</p>
<p>Departamento de Salud del Niño</p>	<p><b>Objetivo:</b> Organizar y controlar los programas de promoción de la salud, que coadyuven al mejoramiento y conservación de la salud física, mental y social de la población infantil, observando y aplicando la normatividad vigente en la materia. <b>Funciones:</b> Evaluar y asesorar a las Jurisdicciones Sanitarias en materia de salud infantil y de los adolescentes. Gestionar y tramitar la adquisición de los insumos del Programa de Salud del Niño, así como vigilar su distribución y correcta aplicación. Contribuir con las Jurisdicciones Sanitarias para mantener esquemas básicos de vacunación superiores al 95 %. Coordinar y apoyar el proceso de vacunación a la población infantil, tanto en fase permanente como en campañas intensivas, tales como las semanas nacionales de salud. Vigilar que se lleve a cabo la capacitación correspondiente al personal de salud para el manejo adecuado de enfermedades diarreicas, así como de infecciones respiratorias agudas. Coordinar y supervisar la administración de tratamientos antiparasitarios. Realizar actividades de vigilancia epidemiológica en el crecimiento y desarrollo del niño, así como en la orientación nutricional a las madres de familia.</p>
<p>Subdirección de Epidemiología</p>	<p><b>Objetivo:</b> Planear, coordinar y controlar los programas de vigilancia epidemiológica, a través de las Jurisdicciones Sanitarias y hospitales, para establecer prioridades en materia de salud, así como genera' información que permita a los directivos del Instituto dictar políticas con bases epidemiológicas, científicas y estadísticas.</p>
<p>Departamento de Auditoría a Primer Nivel</p>	<p><b>Objetivo:</b> Establecer y aplicar un plan estratégico de control y evaluación que genere información objetiva y oportuna relacionada con la gestión en materia desalud del primer nivel de atención del Instituto y proponer las recomendaciones necesarias que faciliten su operación. <b>Funciones:</b> Planear, ejecutar y supervisar el desarrollo del programa de acciones de control y evaluación, orientado a verificar que en las Jurisdicciones Sanitarias y unidades médicas y administrativas que conforman la estructura organizacional de los servicios de salud del primer nivel de atención, se observen las normas y disposiciones vigentes aplicables en la materia.</p>
<p>Departamento de Auditoría a Segundo Nivel</p>	<p><b>Objetivo:</b> Establecer y aplicar un plan estratégico de control y evaluación que genere información objetiva y oportuna con relación a la gestión en materia de salud a segundo y tercer nivel de atención del Instituto y proponer las recomendaciones necesarias que faciliten su operación. <b>Función:</b> Planear, coordinar, ejecutar y supervisar el desarrollo del programa de</p>

Objetivo/Función

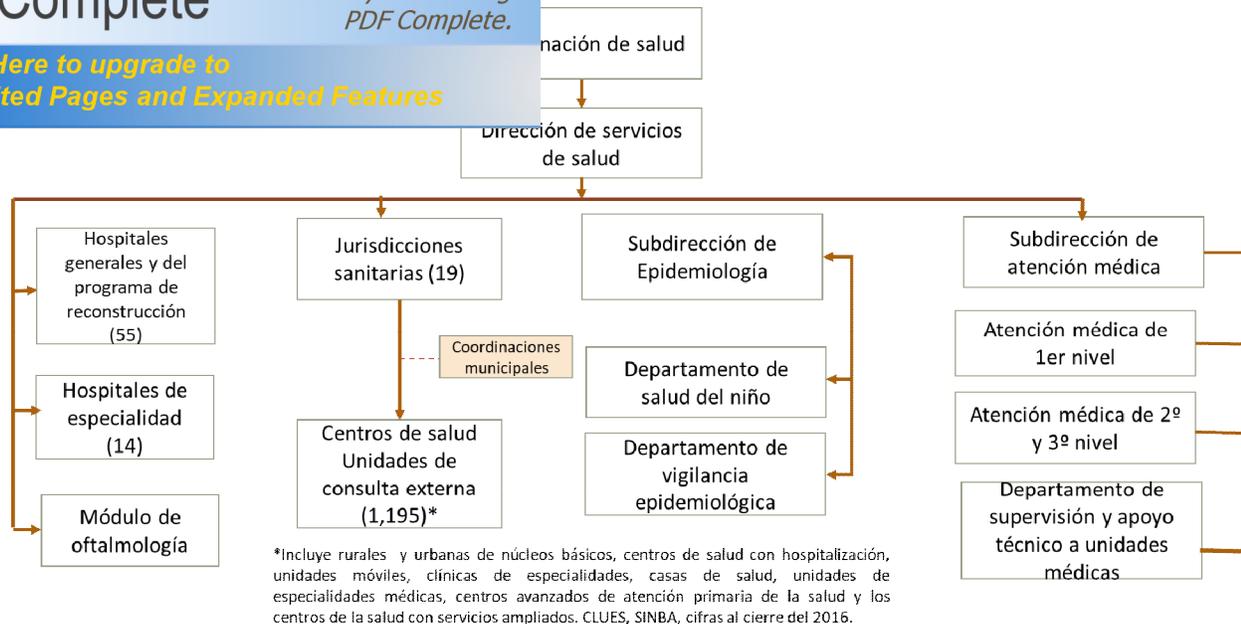
	<p>evaluación, orientado a verificar que en las unidades aplicativas estructura organizacional de los servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, observen las normas y disposiciones en la materia.</p>
Subdirección de Atención Médica	<p><b>Objetivo:</b> Contribuir al óptimo desarrollo de los programas de salud en unidades de primero, segundo y tercer nivel, mediante la supervisión de las normas técnicas y administrativas, así como de las demás disposiciones vigentes en materia de atención médica.</p>
Departamento de Atención Médica de Primer Nivel	<p><b>Procedimiento I Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención<sup>77</sup></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Verificar y garantizar el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios en las unidades médicas de primer nivel de atención, mediante la supervisión correspondiente, en cumplimiento de la normatividad técnico-administrativa vigente y aplicable a la materia.</p> <p>La Subdirección de Atención Médica es la unidad administrativa responsable de coordinar y controlar las actividades de supervisión en el primer nivel de atención. El Departamento de Atención Médica de Primer Nivel es la Unidad Administrativa responsable de realizar la supervisión a las unidades médicas de primer nivel de atención.</p> <p>Indicar al Equipo de Supervisión la unidad médica a supervisar y el objetivo de la misma.</p> <p>Trasladarse a la unidad médica con oficio de presentación y realizar la supervisión. Elaborar el Informe de Supervisión y entregarlo al jefe del Departamento de Atención Médica de Primer Nivel.</p> <p>Informar verbalmente las irregularidades detectadas durante la visita de supervisión al jefe del Departamento de Atención Médica de Primer Nivel.</p> <p>Elaborar, derivado de la supervisión, oficio de envío de informe con observaciones, recomendaciones y fechas de cumplimiento, dirigido al responsable de la Unidad Médica</p>

La operación del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente a través de los proyectos objeto de evaluación, precisa de la coordinación entre las diferentes unidades administrativas iniciando por las subdirecciones y departamentos que inciden en su ejecución, las jurisdicciones sanitarias que tienen a su cargo los Centros Especializados de Atención Primaria de la Salud, las Unidades de Especialidades Médicas y los Centros de Salud de su demarcación<sup>78</sup>.

En el siguiente esquema se pueden identificar las unidades administrativas involucradas en el programa:

<sup>77</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimiento de Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, junio 2015.

<sup>78</sup> Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Funcionamiento de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM, octubre 2015.



Así mismo, en las normas oficiales mexicanas que regulan la operación de los proyectos, se establecen diversos mecanismos de supervisión y control, a fin de garantizar que la prestación de servicios se brinden con calidad y apegados a la normatividad.

Por lo anterior se considera que el programa presupuestal cuenta con mecanismos documentados para verificar que los procedimientos de recepción, registro y trámite de las solicitudes de servicio atienden a las características de la población, están estandarizados en tanto las disposiciones aplican a todas las instituciones de salud pública, están sistematizados y pueden ser consultados por la población.

## CIÓN OBJETIVO, USUARIOS, ÁREA DE ENFOQUE Y/O PROYECTOS

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

29. ¿Los procedimientos de selección para la selección de sus beneficiarios, usuarios, área de enfoque y/o proyectos cumplen con las siguientes características?

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

**Respuesta: Si, nivel 4**

De acuerdo con las evidencias documentales, se debe atender a todas las personas que acudan a solicitar el servicio y los únicos criterios de selección para la prestación de los servicios que se proporcionan, están referidos a la edad y el tipo de padecimiento de acuerdo a las características de los tres proyectos objeto de evaluación; los procedimientos deben ser respetados por todas las unidades aplicativas que concurren en la ejecución del programa, por lo tanto están estandarizados; así mismo están sistematizados y difundidos públicamente, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los procedimientos para la selección de beneficiarios, usuarios, área de enfoque y/o proyectos cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Para hacer efectivo el derecho a la salud que establece la propia constitución, la Secretaría de Salud como garante de dicho derecho, impulsa la política **“Cero rechazos”**, que significa dar atención a todas las personas que acuden a alguna institución pública a solicitar un servicio; en este sentido, los únicos criterios que se identifican para la definición de la población objetivo, están referidos al tipo de padecimiento y de la edad, si bien el programa presupuestal está principalmente orientado a la población infantil menor de 5 años, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, **“Para la atención a la salud del niño”**<sup>79</sup> que tiene por objeto **“Establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años”**; existen algunas variaciones en los criterios definidos por proyecto.

En el siguiente cuadro se muestran los criterios de selección por proyecto, así como la disposición normativa que los sustenta:

Proyecto	Criterios de selección	Disposición normativa
Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil	Población infantil menor de 5 años, para el caso del servicio de vacunación y la atención a enfermedades diarreicas y respiratorias. Estimulación temprana para menores de 2 años.	Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño+
Esquemas de vacunación	El Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce	Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención

<sup>79</sup> Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, DOF, junio 2000.

		Disposición normativa
	<p>o esto no sea posible, se de vacunación, hasta los meses de edad+</p> <p>La distribución de la población de responsabilidad institucional es la identificación de población derechohabiente y no derechohabiente del menor de 8 años de cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Con un porcentaje agregado que permita garantizar el acceso a las vacunas a todos los menores de 8 años de forma universal. Además de la población de grupos de riesgo del resto de la población.</p> <p>En el Esquema Nacional de Vacunación incluido en el Programa de Vacunación para el 2016 el título señala <del>%Menores de 12 años+</del>, y en el desagregado por edad y tipo de vacuna sólo se incluye hasta las 72 semanas, es decir, hasta los 6 años.</p>	<p>a la salud del niño+</p> <p>Lineamientos de distribución de la población de responsabilidad institucional.<sup>80</sup></p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica.<sup>81</sup></p> <p>Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud, Lineamientos<sup>82</sup></p>
Atención en salud al menor de 5 años	<p>Atender al 100% de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda que acudan a la unidad de salud.</p> <p>Atender al 100% de los menores de 5 años, con infección respiratoria aguda que acudan a la unidad de salud.</p>	<p>Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016.</p> <p>Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, emitido por la Secretaría de Salud,<sup>83</sup></p>

Como se puede constatar, la prestación de los servicios se orienta a la población de responsabilidad definida para el ISEM+, sin embargo, éste se brinda a todas las personas que acuden a solicitarlo a algún centro de salud, y los criterios de selección están referidos únicamente a la edad y al tipo de padecimiento. Sin embargo, de acuerdo con información proporcionada por las instancias ejecutoras, la atención universal no se ha generalizado en virtud de la demanda en algunos centros de salud ha rebasado su capacidad instalada y en algunas ocasiones no cuentan con la infraestructura o los recursos humanos y técnicos suficientes para atender oportunamente toda la demanda.

Por lo anterior, se puede concluir que los procedimientos para la selección de beneficiarios - consistentes en la edad y el tipo de padecimiento- para los tres proyectos objeto de evaluación, están claramente especificados y sustentados en las disposiciones normativas, están estandarizados y son del dominio público.

<sup>80</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Vacunación Universal, Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016

<sup>81</sup> Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, DOF, 19 de febrero del 2013.

<sup>82</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud Lineamientos Generales 2016.

<sup>83</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, DOF, 9 de junio 2000.

s documentados para verificar el procedimiento de usuarios, área de enfoque y/o proyectos y cumplen

- a) Permiten identificar si la selección se realiza con estricto apego a los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos del Pp.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras del Pp.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por operadores del Pp responsables del proceso de selección de beneficiarios, usuarios, área de enfoque y/o proyectos.

**Respuesta: Si, nivel 4**

El programa Salud para la población infantil y adolescente cuenta con mecanismos documentados para verificar que la prestación de los servicios se realice de acuerdo con los criterios establecidos en cuanto a la edad y el tipo de padecimiento, están estandarizados, sistematizados y son conocidos por las unidades aplicativas, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los mecanismos para verificar la selección de beneficiarios, usuarios, área de enfoque y/o proyectos cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

En congruencia con lo señalado en la pregunta 28, relativa a disponer de mecanismos documentados para verificar los procedimientos de recepción, registro y trámite de las solicitudes de apoyo, de acuerdo a lo establecido en el Manual General de Organización del ISEM, la verificación de que todos los procedimientos previstos se realicen de acuerdo a la normatividad recae en diferentes unidades administrativas, entre las que destacan la Subdirección de Epidemiología que tiene a su cargo la vigilancia epidemiológica a través de las Jurisdicciones Sanitarias, instancias que desempeñan un papel protagónico en la ejecución del programa presupuestal y los proyectos orientados a la atención de la población infantil, en particular a los menores de 5 años; lo anterior en virtud de que entre las funciones conferidas están en supervisar y evaluar que la prestación de los servicios se realice de acuerdo a la normatividad y al modelo de atención establecido; así mismo supervisar a través de las coordinaciones municipales que los servicios que se proporcionen en el primer nivel de atención de su demarcación se brinden con calidad y de acuerdo a los estándares establecidos.

Al Departamento de Salud del Niño le compete evaluar y asesorar a las Jurisdicciones Sanitarias en materia de salud infantil y de los adolescentes; a que éstas mantengan el esquema universal de vacunación, y lleven a cabo la capacitación del personal de salud para el manejo adecuado de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas.

Por su parte la Dirección de Atención Médica, contribuye al óptimo desarrollo de los programas de salud en unidades de primero, segundo y tercer nivel, mediante la supervisión de las normas técnicas y administrativas a través de los departamentos de atención médica correspondientes a los tres niveles de atención; en particular mediante la ejecución del procedimiento %Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención<sup>84</sup> que tiene por objeto %Verificar y garantizar el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios en las unidades médicas de primer nivel de atención,

<sup>84</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimiento %Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, junio 2015.

en cumplimiento de la normatividad técnico-administrativa

especializada de tercer nivel para la población infantil+, en el Manual de procesos administrativos de la Subdirección Administrativa del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+, se incluye un procedimiento denominado Supervisión de normatividad y procedimientos+ que tiene por objeto Supervisar que todo el personal adscrito a la Subdirección que realice sus funciones (proceso de atención) de acuerdo con la normatividad y procedimientos; establece en particular que la Subdirección Médica deberá supervisar la difusión y el cumplimiento de la normatividad y procedimientos que se establecen a nivel federal, estatal y en los manuales vigentes del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+ para el ingreso, atención y egreso de los pacientes atendidos en las diferentes áreas de la Subdirección Administrativa.

En este sentido, es importante señalar que si bien existen mecanismos establecidos para verificar que los procedimientos para brindar los servicios se proporcionen de acuerdo a los criterios de selección definidos en la normatividad, se advierte que no todos están documentados, ni integrados en un manual específico del programa Atención a la salud infantil y adolescente que incluya todos los procedimientos que se realizan a través de los diferentes proyectos, ya que si bien las disposiciones existen, están dispersas entre diferentes instrumentos normativos que dan pauta a la operación del programa. Lo anterior no limita el afirmar que los mecanismos están estandarizados y sistematizados y que la mayoría es de acceso público, es decir, existen, pero no están documentados de forma integral para el programa.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

¿Otorgar los apoyos, servicios y/o aprobar proyectos destinados a la población objetivo, usuarios o área de enfoque, cumplen con las siguientes características?

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

**Respuesta: Si, nivel 4**

El programa presupuestal cuenta con procedimientos para otorgar los servicios a los usuarios contemplados en los tres proyectos objeto de evaluación que están apegados al documento normativo, están estandarizados y sistematizados y están difundidos públicamente por lo que se le otorga el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los procedimientos para otorgar los apoyos, servicios y/o aprobar proyectos a la población objetivo, usuarios o área de enfoque cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Los servicios que se brindan a través de los diferentes proyectos del programa presupuestal %Salud de la población infantil y adolescente+están sustentados en diversos documentos normativos que dan cuenta de los procedimientos para atender a la población objetivo.

Los procedimientos de carácter general para el programa presupuestal se señalan en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA+1999<sup>85</sup>, Para la atención a la salud del niño %Que tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación, la prevención y el control de las enfermedades diarreicas infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

En las disposiciones generales establece que %La atención integrada al menor de cinco años en la unidad de salud debe considerar los siguientes aspectos: vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre+, que como se puede advertir encuadra los proyectos incluidos en el programa, incluyendo el de %Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente+, que no se incluyó como objeto de evaluación.

**a) Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil**

El proyecto es ejecutado por el Hospital Materno Perinatal %Mónica Pretelini Sáenz+y los principales servicios que se proporcionan a través de este proyecto son: consulta externa de especialidad, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, referencia y contrarreferencia; así como estimulación temprana. Por la naturaleza de los servicios que se proporcionan, los procedimientos médicos están puntualmente establecidos en diversas normas oficiales mexicanas y en los manuales y lineamientos

<sup>85</sup>Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA+1999, Para la atención de la salud del niño.

procedimientos de consulta externa en unidades de salud de que se detalla cómo atender al paciente desde su recepción ya porque se le brindó la consulta de especialidad y va a ser un paciente subsiguiente, porque concluyó su hospitalización o bien porque fue referido o contrarreferido a otro nivel de atención. El proceso general incluye varios procedimientos relativos al manejo del expediente clínico, la solicitud de estudios de gabinete o de laboratorio, la hospitalización, las intervenciones quirúrgicas, entre otros.

Algunas de los servicios que se proporcionan en dicho hospital inciden en los proyectos %Esquemas de Vacunación Universal+y %Atención en salud al menor de 5 años+, lo anterior en virtud de que, por una parte, en la consulta de especialidad el motivo de la consulta puede estar asociado a Enfermedades Diarreicas Agudas o Infecciones Respiratorias Agudas; por la otra, a que concurre en los procesos de vacunación destinadas a los menores de 5 años. Al respecto, la norma establece %En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor+, %El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28+, %al menor de un año, seis consultas al año, una cada dos meses+, %al niño de 1 a 4 años una consulta cada seis meses. Durante dichas consultas los niños reciben las dosis del Esquema Básico de Vacunación+

Por lo que respecta al desarrollo infantil, en el %Apéndice F+de la NOM Atención a la salud del niño, se incluye la Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño Menor de 5 años, la cual incluye los desempeños de lenguaje, social, coordinación y motora esperados de acuerdo con la edad, iniciando de los 0-3 meses hasta de 4 a 5 años, y establece los criterios para la valoración de los resultados; así como las decisiones que se deben de tomar con respecto a los hallazgos. Así mismo, un porcentaje de los niños evaluados de acuerdo con lo establecido en el Programa Operativo Anual<sup>86</sup> deberán ser sujetos de Estimulación Temprana, cuyas actividades también están definidas en los lineamientos técnicos<sup>87</sup>.

Como se ha evidenciado, los servicios que se proporcionan a través del proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil están normativamente documentados, estandarizados y sistematizados, ya que toda la información que se genera a través de su ejecución se registra en diferentes sistemas, en particular en el Sistema de Información en Salud. Los procedimientos se ajustan a la norma y están difundidos públicamente.

### **b) Esquemas de vacunación universal**

Los servicios de vacunación se proporcionan mediante diversos esquemas: el permanente que opera durante todo el año; las acciones intensivas que se realizan durante las semanas nacionales y binacionales de la salud, así como durante la semana mundial de inmunizaciones; las dirigidas a grupos en riesgo y las que surgen como brotes. En el numeral 5 de las disposiciones generales de la NOM Para la Atención del Niño, se establece que %La atención integrada al menor de 5 años en la unidad de salud debe considerar la vigilancia de la vacunación+ y señala las vacunas que deberán ser aplicadas rutinariamente en el país y que se incluyen en el Esquema Universal de Vacunación; así mismo establece que el Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse a los lactantes a los doce meses de edad o bien hasta los cuatro años con once meses. Que la aplicación se realizará durante todos los días hábiles del año por personal capacitado en todas las unidades de

<sup>86</sup> Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Lineamientos para la elaboración del Programa Operativo Anual 2016.

<sup>87</sup> Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Estimulación temprana, lineamientos técnicos, mayo 2002

do nivel los 365 días del año; los de tercer nivel que cuenten apoyarán en el proceso. También se prevé la vacunación en escuelas y hospitales.

En dicha norma se especifican los usos, las indicaciones, la forma de administración, los grupos de edad, las dosis y las contraindicaciones para cada tipo de vacuna incluida en el Esquema Universal de Vacunación; también sobre el traslado de los biológicos y el control de los desechos.

La información que se genera de los procesos de vacunación relativos a los biológicos aplicados y a los informes mensuales que realizan las unidades médicas, es registrada en el Sistema Nacional de Vacunación (SINAVE) y en la Cartilla Nacional de Salud.

En los lineamientos generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud<sup>88</sup>, se abordan aspectos relativos a la coordinación interinstitucional, entre los consejos nacional y estatales de vacunación, los criterios para la identificación de la población de responsabilidad, las acciones intensivas de vacunación, la capacitación y la supervisión. En particular para la operación del programa incluye los lineamientos de aplicación con la programación de actividades, los esquemas de vacunación de 0 a 9 años y de 10 a 19 años, así como los tipos de vacuna para la población pediátrica.

Por lo anterior, se considera que los procedimientos para brindar los servicios a los usuarios están estandarizados toda vez que son utilizados por todas las unidades de salud, sistematizados porque toda la información se concentra en bases de datos, apegados al documento normativo porque la operación está justamente sustentada en las normas y difundidos públicamente porque están disponibles en internet.

### **c) Atención en salud al menor de 5 años**

Los principales servicios que se proporcionan a través de este proyecto están referidos a las consultas externas en Enfermedades Respiratorias Agudas y en Enfermedades Diarreicas Agudas, así como la capacitación dirigida, tanto al personal médico, como a las madres y/o responsables, los cuales están sustentados en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño como en el Manual de Enfermedades Respiratorias 2012, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento<sup>89</sup> y en el de Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, emitido por la Secretaría de Salud<sup>90</sup>.

En el numeral 7.2 de la norma referida se establece que la atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende tres acciones: la administración de líquidos, mantener la alimentación habitual y que la madre o responsable esté preparada para identificar oportunamente la presencia de complicaciones. Establece con precisión los criterios para clasificar la enfermedad y optar por la aplicación de los planes A, B o C de acuerdo con el nivel de deshidratación, con indicaciones particulares para cada caso, la observación y administración de medicamentos. También

<sup>88</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud Lineamientos Generales 2016

<sup>89</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.

<sup>90</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.

reconocer la madre para brindar una atención oportuna, y

La información que se genera de los procesos antes referidos se registra en el SIS, y en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de acuerdo con la clasificación establecida en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 respecto a las Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo y las Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio.

En el documento Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, emitido por la Secretaría de Salud<sup>91</sup>, en congruencia con la citada norma, se detallan las acciones para la ejecución del proyecto: para la capacitación de la madre establece una metodología, las recomendaciones para la capacitación y las acciones educativas; también la información importante que la madre debe conocer y los errores frecuentes. Para la atención integrada en la consulta externa, define los componentes las indicaciones de hidratación, las contraindicaciones y las formas de hidratación. Especifica los procedimientos para la atención en el hospital a través de la información básica, los errores frecuentes, la atención integral del niño, el tratamiento y los criterios de egreso hospitalario.

En el Manual de Enfermedades Respiratorias 2012<sup>92</sup>, prevención, diagnóstico y tratamiento, se precisa el manejo de las infecciones respiratorias agudas en el primer nivel de atención; la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en la infancia, y en particular para la neumonía, considerada como una de las principales causas de muerte en los menores de 5 años a nivel mundial; especifica los principales agentes etiológicos de la neumonía por grupo etario, los factores de riesgo, cuadro clínico y diagnóstico y las acciones específicas de los planes A, B o C, estudios, tratamientos respecto a cuidados generales y medicamentos. También especifica los criterios aplicables para referir a un paciente al segundo nivel de atención.

Incluye un capítulo específico para la Capacitación a la mamá o al papá responsable del niño en la prevención y atención en el hogar de las infecciones respiratorias, como una estrategia para disminuir la morbimortalidad, dirigida a la identificación de síntomas y signos de alarma, manejo del paciente en el hogar y la prevención de enfermedades. Establece que la capacitación es permanente y deberá realizarla todo el personal de salud que tiene relación con el paciente: promotores sociales, auxiliares de salud, enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc. Esta puede llevarse a cabo de manera individual durante la consulta o grupal cuando los padres de familia se encuentran en la sala de espera o bien conformando grupos para enfatizar la capacitación en un tema específico. Contiene también las recomendaciones para el capacitador y la evaluación del aprendizaje de los padres o responsables de los menores, incluyendo un cuestionario para la verificación de los aprendizajes en infecciones respiratorias agudas.

Con base en lo anterior es posible afirmar que los tres proyectos objeto de evaluación cuentan con procedimientos documentados para brindar los servicios a los pacientes, que son utilizados por todas las unidades aplicativas y por lo tanto están estandarizados y apegados a la normatividad; que la información que se genera en la operación de los proyectos se registra en sistemas de información

<sup>91</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010

<sup>92</sup> Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012

as; además, que los procedimientos a los que se ha hecho

**32 ¿El Pp cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos, servicios o selección de proyectos destinados a la población objetivo, usuarios o área de enfoque y cumplen con las siguientes características?**

- a) Permiten identificar si los apoyos, servicios y/o proyectos a entregar u otorgar son acordados establecidos en los documentos normativos del Pp.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Son conocidos por los operadores del Pp.

**Respuesta: Si, nivel 4**

El programa presupuestal cuenta con mecanismos para verificar la forma en la que los servicios se proporcionen a los usuarios atiendan a las disposiciones normativas; están formalmente estandarizados y sistematizados y cuenta con procedimientos para hacerlos del conocimiento de los ejecutores de los proyectos, por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los mecanismos para verificar el procedimiento de entrega de apoyos, servicios y/o selección de proyectos destinados a la población objetivo, usuarios o área de enfoque, cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Con base en lo dispuesto en el Manual General de Organización del ISEM<sup>93</sup> y lo referido en las preguntas 28 y 30, ambas relativas a disponer de mecanismos documentados para verificar que los servicios que se proporcionen a través del programa presupuestal y sus proyectos estén apegados a la normatividad, así como dar cuenta del estatus de los procedimientos respecto a su estandarización, sistematización y conocimiento de quienes intervienen en ellos, es importante destacar que se operan diversos mecanismos de verificación en los que intervienen varias unidades administrativas, y que dichos mecanismos tienen un carácter integral, es decir, no sólo se centran en verificar la recepción, registro, trámite de las solicitudes, o la forma en la que se entregan los apoyos, si no que abarcan todas las etapas de los procesos, de tal suerte que las variaciones están referidas fundamentalmente al ámbito de competencia.

A continuación, se describe de forma breve las responsabilidades que las diferentes unidades administrativas tienen para vigilar la aplicación de la normatividad:

- **Coordinación de salud:**  
Integrar, adecuar y vigilar la aplicación de la normatividad federal en materia de salud pública.  
Coordinar la operación de las unidades de salud y vigilar la aplicación adecuada de los programas prioritarios de salud en los diferentes niveles de la estructura.
- **Subdirección de Epidemiología**  
Vigilancia epidemiológica a través de las Jurisdicciones Sanitarias.

<sup>93</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimiento de Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, junio 2015.

En los servicios se realice de acuerdo con la normatividad y al nivel de atención de su demarcación se brinden con calidad y de acuerdo con los estándares establecidos.

➤ **Departamento de Salud del Niño:**

Evaluar y asesorar a las Jurisdicciones Sanitarias en materia de salud infantil y de los adolescentes, mantengan el esquema universal de vacunación, y lleven a cabo la capacitación del personal de salud para el manejo adecuado de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas.

➤ **Dirección de los Servicios de Salud:**

Planear, coordinar y controlar la ejecución de supervisiones periódicas a las unidades aplicativas, en los tres niveles de atención, respecto a la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios médicos.

➤ **Dirección de Atención Médica:**

Contribuye al óptimo desarrollo de los programas de salud en unidades de primero, segundo y tercer nivel, mediante la supervisión de las normas técnicas y administrativas.

➤ **Departamentos de Atención Médica (tres niveles de atención):**

Ejecutan el procedimiento <sup>94</sup>Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, que tiene por objeto verificar y garantizar el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios en las unidades médicas de primer nivel de atención, mediante la supervisión correspondiente, en cumplimiento de la normatividad técnico-administrativa vigente y aplicable a la materia.

➤ **Subdirección Administrativa del Hospital Materno Perinatal Í Mónica Pretelini Sáenzl :**

Ejecuta el procedimiento <sup>94</sup>Supervisión de normatividad y procedimientos que tiene por objeto supervisar que todo el personal adscrito a la subdirección realice sus funciones de acuerdo con la normatividad y procedimientos estatales y federales respecto al ingreso, atención y egreso de pacientes.

Por lo anterior, es posible afirmar que existen mecanismos documentados para verificar que los servicios que se brindan a través de los tres proyectos objeto de evaluación atiendan a la normatividad, están estandarizados y sistematizados y son del conocimiento de los ejecutores del programa; sin embargo, se considera que los manuales de procedimientos documentados son insuficientes para dar cuenta de la forma en que las diferentes unidades administrativas que inciden en procesos de verificación, cumplen a cabalidad con las funciones que el Manual General de Organización les confiere, y para disponer de un documento integrado que muestre la interacción y coordinación entre las diferentes instancias. Si bien es cierto que para cada proyecto en las normas y lineamientos se prevén mecanismos de vigilancia, y que existen algunos mecanismos documentados, resulta que no están disponibles en un manual de procedimientos integrado que permita visualizar la interacción en los procesos.

<sup>94</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimiento <sup>94</sup>Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, junio 2015.

#### IV.5 EJECUCIÓN

¿Los procedimientos de acciones o proyectos dirigidos a la población cumplen con las siguientes características?

- a) Están estandarizados, es decir, son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del Pp.

**Respuesta: Si, nivel 4**

Los procedimientos para llevar a cabo las acciones dirigidas a los usuarios son aplicables a todas las instancias ejecutoras, por lo tanto se consideran estandarizadas; la información que se genera de la ejecución de los proyectos %Atención médica especializada de tercer nivel+, %Esquemas de vacunación universal+ y %Atención en salud al menor de cinco años+, se registra en diversos sistemas de información que se operan en el sector salud por lo tanto están sistematizados; la mayoría está disponible para el público y se sustentan en documentos normativos, por lo que se considera que reúnen todas las características establecidas en la pregunta y se le asigna el **nivel 4.**

NIVEL	CRITERIOS
4	Los procedimientos de ejecución de acciones cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Las acciones dirigidas a los usuarios están referidas concretamente a la prestación de los servicios de salud, en particular a los destinados a la población infantil, de las cuales se ha dado cuenta a través de las respuestas y la valoración que se ha realizado a las preguntas relacionadas con la operación del programa presupuestal y sus proyectos; y como se ha podido advertir cuenta con procedimientos estandarizados y sistematizados para la atención de los pacientes, sustentados en normas y lineamientos de carácter federal y que son de aplicabilidad nacional.

Durante el análisis y valoración se han puesto de manifiesto algunas debilidades referidas a la dispersión de las disposiciones normativas que guían la operación del programa, así como a la insuficiencia de manuales de procedimientos específicos para la institución, en particular los de carácter administrativo.

En este sentido es importante diferenciar los procedimientos sustantivos de los adjetivos, los primeros están en este caso referidos a los que se llevan a cabo para en la interacción con el paciente, como son la consulta externa, la vacunación, la hospitalización, estimulación temprana, capacitación, solo por citar algunas; los segundos corresponden a los mecanismos de apoyo para llevar a cabo los procesos sustantivos, tales como la administración de los recursos humanos, materiales y financieros, o el abastecimiento y equipo tecnológico. Tanto los procedimientos sustantivos como los adjetivos se sustentan en disposiciones de orden superior que parten de las leyes, los reglamentos interiores, y los manuales de organización, y demás disposiciones relativas, es así que, para cumplir con las atribuciones y funciones establecidas, se definen los procedimientos para los diferentes actores del proceso.

En la valoración de la operación del programa presupuestal y de los tres proyectos objeto de evaluación se ha observado fortaleza en la definición de los procesos y procedimientos sustantivos, de carácter técnico médico y de alta especialidad; así como debilidad en la documentación e

ntos adjetivos, ya que no todos los que se realizan están integrados para dar cuenta de la operación completa del

El reto en este sentido es mayúsculo, ya que, de acuerdo con la información registrada para el cierre del 2016, suman 1,265 las instancias involucradas en la prestación de los servicios de salud a cargo del Instituto de Salud del Estado de México, incluyendo las 1,195 unidades de consulta externa, que son administradas por las 19 jurisdicciones sanitarias; los 55 hospitales generales y del programa de reconstrucción, los 14 hospitales de especialidad y el módulo de oftalmología.

De acuerdo con lo establecido en los manuales de organización y procedimientos, las jurisdicciones sanitarias son la base de operación del sistema de salud, son definidas con base en criterios de carácter demográfico, epidemiológicos, geográficos políticos y sociales y concretamente son responsables de la planeación, programación, prestación y evaluación de los servicios de primer nivel que se brindan en los Centros de Salud de los diferentes núcleos, los Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud y las Unidades de Especialidades Médicas de su demarcación. El desarrollo de sus funciones se sustenta en el Manual de funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias del ISEM,<sup>95</sup> en el que se establecen con precisión sus atribuciones y funciones, así como la forma de llevarlas a cabo.

Lo anterior significa de alguna forma que los procedimientos adjetivos que están a cargo de las jurisdicciones sanitarias están documentados, estandarizados, sistematizados, apegados a la normatividad y están difundidos públicamente. Sin embargo, hay interacciones entre las direcciones y departamentos que inciden en la ejecución del programa objeto de evaluación y que no están documentadas y por lo tanto no permiten ver con claridad los mecanismos que se instrumentan, en particular entre los departamentos que tienen a su cargo la ejecución de los proyectos y los encargados de la atención médica, y de éstos con sus instancias superiores.

En principio hay un modelo de atención para la salud del niño, que incluye cuatro proyectos uno destinado a la atención especializada de tercer nivel, dos más orientados a la disminución de la mortalidad infantil como son la vacunación y la atención de las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, el cuarto, que por cierto no es objeto de evaluación involucra tanto a la población infantil como a la adolescente y está asociado al desarrollo y la nutrición.

Para potenciar y asegurar los resultados del programa se precisa de una visión integral y de la documentación de la interacción de todos los procesos -como se mostró en el esquema formulado para describir los principales procesos en la pregunta 25-, los cuales se abordan y operan de forma aislada.

Lo anterior, no es obstáculo para considerar que los procedimientos que se ejecutan para la prestación de los servicios de salud a la población infantil en el marco del programa objeto de evaluación son aplicables a todas las instancias ejecutoras, están sistematizados y apegados a los documentos normativos, y son del dominio público.

---

<sup>95</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias del ISEM, octubre 2015.

¿Los mecanismos documentados para dar seguimiento a las acciones cumplen con las características establecidas en la pregunta?

- documentos normativos del Pp.
- b) Están estandarizados, es decir, son aplicados de manera homogénea por todas las instancias ejecutoras.
  - c) Están sistematizados.
  - d) Son conocidos por los operadores del Pp.

**Respuesta: Si, nivel 4**

Con base en las evidencias documentales es posible afirmar que el programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de las acciones contempladas en cada proyecto, las cuales permiten identificar que se realizan de acuerdo a lo establecido en los documentos normativos, están estandarizados ya que son aplicables a todas las unidades médicas, están sistematizados y son conocidos por los operadores de los proyectos, por lo que se considera que reúnen todas las características establecidas en la pregunta y se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los mecanismos para dar seguimiento a la ejecución de acciones cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Los mecanismos de vigilancia y supervisión que se llevan a cabo en el marco del proyecto, y que ya han sido abordados en las preguntas 28, 30 y 32, involucran aspectos de seguimiento de las acciones para brindar los servicios, las cuales se especifican a continuación.

Respecto al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, a cargo del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, el Departamento de Epidemiología integra un reporte mensual estadístico sustentado en el SIS y lo remite a la División de Enlace Técnico. Dicho reporte integra información sobre la aplicación de biológicos desagregado por biológico, dosis y edad, destinando un apartado para los menores de 5 años y otro para los de 5 años o más; integra un Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H en el que se detalla información sobre Estimulación temprana en menores de cinco años, cuantificando los que obtuvieron un resultado normal (verde) y en rezago (amarillo), separando los correspondientes al programa PROSPERA, las madres capacitadas en EDAS, IRAS y en estimulación temprana, entre otras<sup>96</sup>.

Un ejemplo de los mecanismos de seguimiento de las acciones para brindar los servicios a través del proyecto Esquemas de vacunación universal es el análisis de las coberturas administrativas, incluido en la Caja de herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública, documento de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud<sup>97</sup>. Dicho monitoreo tiene por objeto determinar si se alcanzó el nivel requerido y si no se logró, realizar las intervenciones para elevarlas y mantener las coberturas altas y homogéneas con datos de calidad; en términos generales plantea el análisis de indicadores de cobertura según persona, tiempo y lugar, así como los indicadores de calidad del servicio de vacunación, lo anterior

<sup>96</sup> Secretaría de salud, Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, reporte del SIS remitido mediante oficio 217B50040/SM/DSE/JE/042/2017.

<sup>97</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Caja de herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública, análisis de las coberturas administrativas, documento de trabajo, 15 de julio de 2014.

Para administrativa, si éstas son elevadas y homogéneas se  
trabajos o superiores al 100% se deben analizar las posibles  
de acuerdo con los problemas identificados; se precisa  
además de un análisis sistemático y continuo de los datos recolectados periódicamente a nivel  
administrativo o en estudios rápidos de campo no probabilísticos.

Establece los roles de los integrantes de los equipos de monitoreo de coberturas según nivel de gestión y detalles de los cuatro pasos para llevar a cabo el análisis de coberturas administrativas de vacunación: recolección y organización de los datos; análisis de los datos; divulgación de los resultados y toma de decisiones. También integra información sobre los indicadores y las formas recomendadas para organizar los datos, generar los gráficos que sustenten los análisis, incluyendo tiempo, lugar y nivel de desarrollo económico social; así como algunas pautas para la interpretación de los resultados y de las discordancias en la información. La elaboración y divulgación del informe, la discusión de los hallazgos, la definición de estrategias y el plan de acción.

El Consejo Estatal de Vacunación es el órgano encargado de promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación entre la población residente en el estado, y entre sus funciones destacan la difusión de las políticas del Consejo Nacional de Vacunación, promover la coordinación entre las acciones de las jurisdicciones sanitarias y las instancias estatales y municipales; así como promover la sistematización y difusión de la normatividad e información científica, técnica y sanitaria. De acuerdo con los lineamientos se prevén seis sesiones ordinarias al año, y entre los asuntos que deben ser abordados está la revisión de las dosis aplicadas por institución, por biológico y por grupos de edad; cronograma para la supervisión interinstitucional; evaluación de logros de las Semanas Nacionales de Salud; y seguimiento de recomendaciones de las supervisiones institucionales<sup>98</sup>.

Para dar seguimiento al Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, enfocadas a disminuir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país, en el manual de la metodología Caminando a la Excelencia, en relación al objetivo específico consolidar las acciones que promuevan la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la población menor de cinco años, se establecen las metas al 2018 respecto a la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas y por enfermedades agudas en menores de cinco años, así como los criterios para obtener una calificación del desempeño sobresaliente, satisfactorio, mínimo o precario; análisis y calificación que está a cargo de la Dirección General de Epidemiología, utiliza como fuente la información reportada por la Dirección General de Información en Salud generada por los cubos de información dinámica del SIS y las defunciones de menores de 5 años estimadas por CONAPO y reportadas por el INEGI.

De manera específica, en el ámbito estatal ya se han señalado los mecanismos para dar seguimiento a la ejecución de las acciones, partiendo de las atribuciones y funciones establecidas en el Manual General de Organización del ISEM relativas al programa y los proyectos objeto de evaluación, y operativizadas en los manuales de procedimientos, lineamientos y guías técnicas; también se ha dado cuenta de las instancias y unidades administrativas que concurren en procedimientos de seguimiento y vigilancia, entre las que destacan la Subdirección de Epidemiología, el Departamento de Salud para el Niño, las Jurisdicciones Sanitarias, las Direcciones de Servicios de Salud y de Atención Médica, así como la Subdirección Administrativa del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+.

Por lo anterior, y con base en las evidencias documentales se considera que los tres proyectos del

<sup>98</sup>Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Caminando a la Excelencia, Manual Metodológico, 2017.

ismos documentados para dar seguimiento a la ejecución internacional, nacional y estatal; que dichos mecanismos operan de acuerdo a la normatividad, como se acreditó con el informe mensual de las acciones realizadas; que los procedimientos están estandarizados ya que tienen aplicabilidad para todas las unidades de salud, de acuerdo a su nivel de atención; que están sistematizados porque la información que se genera se integra en bases de datos administrados por sistemas de información; y por último que son del dominio público porque la mayoría puede ser consultado vía internet.

Cabe señalar que en los resultados reportados se incluye el proyecto 020302010109 Calidad en la atención médica, que involucra metas relativas a la supervisión y asesoría a los establecimientos acreditados y por acreditar, dirigidas a verificar el avance de los programas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA'S) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA'S), Desarrollo de la enseñanza e investigación para la salud; VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; Atención médica ambulatoria; Hospitalización; Obra para construcción, ampliación, rehabilitación, mantenimiento y equipamiento: Prevención y detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas; Atención a la salud de la niñez y adolescente; así como Atención a la mujer en el climaterio - menopausia. Así mismo, durante las entrevistas realizadas a los responsables de la ejecución de los proyectos refirieron que el seguimiento y evaluación estaba a cargo del Departamento de Calidad, sin embargo, no fue posible identificar en el Manual General de Organización del ISEM, ni en los manuales de procedimientos consultados, la ubicación y funciones de dicha unidad administrativa.

En virtud de que las funciones de monitoreo y evaluación de los programas y proyectos de la administración pública de acuerdo con la Ley y Reglamento de Planeación del Estado de México y Municipios es competencia de las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación que operan tanto en el sector central y auxiliar, se sugiere analizar, armonizar y documentar dichos procesos.

Por último, es importante señalar que el Sistema de Información en Salud, los subsistemas articulados y sus bases de datos, sustentan los reportes que periódicamente se deben realizar de acuerdo con las atribuciones y ámbito de competencia de cada unidad administrativa.

## A Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo del Pp se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar los procesos en beneficio de la población, usuarios o área de enfoque objetivo?

El programa y proyectos evaluados son regulados por diversos documentos normativos de carácter federal y también otros de orden estatal, entre los que destacan los siguientes:

- **Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018**

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica

Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud

- Manual de Vacunación 2016
- Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.
- Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM, 2013
- Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad, 2011.
- Caminando a la excelencia, Manual metodológico.
- Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.
- ✓ Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016.
- ✓ Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia.
- ✓ Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016.

Existen diversos documentos que se actualizan anualmente (Manual de Vacunación; Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional; Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia; y Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación), no se identificó alguna modificación sustantiva que permitan agilizar los procesos a los solicitantes, ya que no están orientados a la parte operativa de los proyectos evaluados.

En tal virtud, y considerando que el derecho a la salud es uno de los derechos más importantes para el ser humano, sería recomendable realizar un análisis de la normatividad federal y estatal para proponer adecuaciones que permitan reducir tiempos, costos de operación, requisitos para acceder a los servicios de salud, ampliando la cobertura de los beneficios otorgados.

## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

¿Cuáles son los problemas que enfrenta la Unidad Responsable del Pp, para la transferencia de recursos a la(s) Unidad(es) Ejecutora(s) y/o para la entrega de apoyos, generación de proyectos, obras o componentes dirigidos a la población objetivo, usuarios o área de enfoque y, en su caso, qué estrategias se han implementado para superar estos problemas?

Para la operación del Instituto de Salud del Estado de México se transfieren recursos estatales y federales a través de diversos fondos y subsidios, los cuales son ministrados internamente para la ejecución de los programas y proyectos, incluyendo los que constituyen el objeto de evaluación. En la administración de los recursos concurren diversas unidades administrativas: de acuerdo con lo establecido en el Manual General de Organización del ISEM<sup>99</sup> la Dirección de Finanzas, adscrita a la Coordinación de Administración y Finanzas, tiene por objeto %Organizar, coordinar y controlar las acciones de presupuestación que se ejecuten en el Instituto, así como las actividades financieras y contables, vigilando la correcta aplicación de los recursos+, y entre sus funciones señala %Realizar dentro del ámbito de su competencia las funciones que se deriven de convenios y acuerdos de colaboración administrativa que al efecto celebren el Instituto de Salud y la Secretaría de Salud del Estado de México+y %Coordinar, controlar, integrar y autorizar el programa-presupuesto del Instituto y presentarlo a la autorización de la Coordinación de Administración y Finanzas+, %Administrar y dar seguimiento a los sistemas de asistencia social y cuotas de recuperación del Instituto, de acuerdo con las disposiciones emitidas en la materia+ y %Actualizar los tabuladores de los servicios médico-asistenciales, a efecto de optimizar los mecanismos de control, de conformidad con la normatividad autorizada+.

A la Subdirección de Tesorería y Contabilidad le compete determinar y gestionar los recursos financieros para la operación del organismo, así como vigilar y supervisar la actualización de los lineamientos generales para el ejercicio y comprobación de los egresos por fondo revolvente en las unidades médicas y administrativas. Es función del Departamento de Glosa verificar la comprobación del gasto del fondo revolvente de las unidades médicas y administrativas, así como realizar visitas de supervisión a las unidades aplicativas; en tanto a la Tesorería le compete el análisis y reposición de los fondos revolventes.

El Departamento de Control Presupuestal tiene por objeto%Asignar, distribuir e integrar el presupuesto operativo del Instituto, así como realizar el seguimiento del ejercicio del gasto, proponiendo modificaciones durante el ejercicio presupuestal+, entre sus funciones se incluyen elaborar el programa anual en coordinación con las unidades aplicativas, revisar el gasto en relación con sus metas, proporcionar los techos financieros y vigilar su aplicación; así como formular y presentar los informes programáticos presupuestales.

Las unidades administrativas que concurren en la operación del programa y sus proyectosno administran recursos de forma directa, sólo gestionan y tramitan la adquisición de los insumos del Programa de Salud del Niño, y vigilan su distribución y correcta aplicación.

En el Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM<sup>100</sup>, se incluyen los procedimientos para la Recaudación y Control de Cuotas de

<sup>99</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud, Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, Gaceta del Gobierno 13 de diciembre 2013.

<sup>100</sup> Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimientos para el control de cuotas de recuperación en las jurisdicciones sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México, 2011.

y en las Jurisdicciones Sanitarias, instancias operativas de las áreas de los proyectos.

La Dirección de Servicios de Salud es la unidad administrativa responsable de coordinar las actividades de recaudación y control de cuotas de recuperación en los Centros de Salud; lo recaudado en los Centros de salud, se concentra en las coordinaciones municipales, quienes hacen el depósito correspondiente a las jurisdicciones sanitarias y éstas, a su vez, realizan los reportes y conciliaciones al Departamento de control y registro de cuotas, que es la unidad administrativa responsable de diseñar, establecer y mantener el sistema de cuotas de recuperación, así como de la exención de pagos, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia, a efecto de eficientar los mecanismos de recaudación <sup>101</sup>.

En el caso particular del proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, la Subdirección administrativa<sup>102</sup>, es la encargada de gestionar y administrar los recursos humanos, materiales y financieros, así como los servicios generales e informáticos que se requieran para la operación y funcionamiento del hospital; incluye entre sus funciones el planear y coordinar el ejercicio del presupuesto anual de egresos asignado al Hospital Materno Perinatal; en tanto al Departamento de recursos financieros le compete administrar los recursos financieros del hospital, así como verificar su asignación, aplicación y optimización racional en apego a la normatividad establecida en la materia; y tiene entre sus funciones integrar, en coordinación con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación, el presupuesto operativo anual y someterlo a aprobación de las autoridades respectivas del hospital. Los ingresos que obtiene por concepto de cuotas de recuperación también están normados por el Instituto de Salud del Estado de México y cuenta con un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)<sup>103</sup>.

El Instituto de Salud del Estado de México para la ejecución de los programas se recaudan ingresos de diversos fondos como son: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que tiene como principal objetivo aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud; El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud<sup>104</sup> incluido en las Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios Ramo 33. Recursos que la Secretaría de Hacienda da a conocer a las entidades federativas el monto y ministración de los recursos.

En el programa Prospera se incluye un componente de salud que involucra la transferencia de recursos federales a las entidades federativas<sup>105</sup> y que opera con estrategias específicas para proporcionar a los beneficiarios, de forma gratuita, el paquete básico de servicios establecido en las reglas de operación.

<sup>101</sup> Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimientos para el control de cuotas de recuperación en las jurisdicciones sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México, 2011.

<sup>102</sup> Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Manual de Organización Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+Gaceta del Gobierno, 1º de febrero del 2011.

<sup>103</sup> El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) es el documento operativo de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención en salud, dirigido a la persona, en el que se describen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular.

<sup>104</sup> Acuerdo por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración durante el ejercicio fiscal 2016, de los recursos correspondientes a los Ramos Generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. Diario Oficial de la Federación, 18 de diciembre del 2015.

<sup>105</sup> Convenio específico de colaboración para la ejecución de acciones de PROSPERA, programa de inclusión social, componente de salud, 2016, suscrito entre el Ejecutivo federal representado por el titular de la Secretaría de Salud y el Secretario de Salud del Estado de México, 16 de febrero del 2016.

iones I, II y III de la Ley General de Salud se establece que los gobiernos estatales los recursos que le correspondan por concepto de cuota social y aportación solidaria, con base en el padrón de personas que se encuentren incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud, dicha transferencia involucra recursos en numerario y en especie. En el Anexo IV del Convenio específico de colaboración PROSPERA<sup>106</sup>, se especifican los conceptos del gasto, así como información sobre los recursos transferidos.

El programa Seguro Médico Siglo XXI forma parte del Seguro Popular, tiene por objeto proteger la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del primero 1° de diciembre del 2006 que no cuenten con ningún tipo de seguridad social. Complementa la cartera de servicios de las 284 intervenciones del catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), del cual se deriva la atención de 1,500 enfermedades. Además de los 58 padecimientos financiados por el fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC).

La transferencia de los recursos federales a las entidades federativas está sustentada en los artículos 74 y 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; además, en el caso particular de Prospera, en los Lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud. El Seguro popular obtiene sus recursos de los fondos recabados de las cuotas familiares de acuerdo con su nivel socioeconómico, es decir de los ingresos propios y de las asignaciones federales presupuestales, el cual se complementa con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos+

También se reciben ingresos derivados de la Administración del Fondo de Acciones de Salud Pública Estatal (AFASPE)<sup>107</sup> incluido en el Ramo 12, a los que se acceden por medio de un convenio específico con la Secretaría de Salud para la ministración de los recursos involucrados en el subsidio, y en el que se especifican los programas de acción específica a los que se destinarán, el monto y calendario de ministraciones, así como las metas comprometidas.

En general, se puede advertir que, por una parte, los procedimientos para la gestión, administración, presupuestación, vigilancia y control de los recursos corresponden a las áreas de finanzas, a las jurisdicciones sanitarias, a las coordinaciones municipales, y a las unidades médicas; por la otra, los responsables de los proyectos concurren en la definición de las metas estatales y de la programación de las jurisdicciones; generando en ocasiones tensiones entre la lógica para la operación de los programas que atiende a las necesidades específicas del servicio, y por la otra, y la lógica para la asignación de los recursos que está sujeta a la disponibilidad presupuestal y con candados que en algunas ocasiones limitan la capacidad de maniobra para definir nuevas metas, ajustarlas o remplazarlas, y hacerlas más congruentes y estratégicas, que contribuyan a mejorar los procesos y resultados de los proyectos.

De acuerdo con lo manifestado por los que tienen bajo su responsabilidad la operación de los proyectos, la demanda de los servicios ha rebasado la capacidad de atención, hacen falta recursos humanos especializados, así como algunos insumos básicos, lo que altera los procedimientos y limita sus resultados. Tales como el desabasto de ciertos biológicos que en ocasiones ha limitado el

<sup>106</sup> Anexo IV del Convenio específico de colaboración para la ejecución de acciones de PROSPERA, programa de inclusión social, componente de salud, 2016. Suscrito entre la Comisión Nacional de Protección en Salud y el Secretario de Salud del Estado de México, el 11 de marzo del 2016.

<sup>107</sup> Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de México, 2016.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

...idad de atención de los consultorios está rebasado+, %a  
...s humanos especializados a partir de la integración de una

En general no se manifiestan problemas para la transferencia de recursos federales y estatales al Instituto de Salud del Estado de México, que es la unidad responsable del programa presupuestal; y tampoco se advierten en la ministración de recursos entre las unidades financieras y los centros de salud y jurisdicciones sanitarias. Es importante destacar que los responsables de las unidades administrativas que coordinan la ejecución de los proyectos no son responsables de los recursos, sólo de su gestión y aplicación.

---

<sup>108</sup> Cuestionario para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario 02030202 Salud para la Población Infantil y Adolescente. Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, noviembre 9, 2017

<sup>109</sup> Entrevista realizada al responsable de la Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, en el marco de la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente, noviembre 17, 2017.

(Componentes) que conforma:

destinado alPp para generar los bienes y los servicios

Para la ejecución del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, en el ejercicio fiscal 2016 se destinaron 3,320,494,362 pesos, de los cuales el 8% fue destinado al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil; 22% a Esquemas de vacunación universal; 64% para Atención en salud al menor de 5 años y el 6% restante al proyecto Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente, el cual no fue incluido como objeto de evaluación.



Es importante señalar que el total destinado para el programa en el 2016 fue .017% menor que el ejercido en el 2013 y 12.43% inferior con respecto al 2015, sin embargo, el comportamiento de los recursos no ha sido homogéneo entre los proyectos objeto de evaluación.

Los recursos destinados en el 2016 con respecto al 2013 fueron incrementales para el proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil y para Atención en salud al menor de 5 años con un aumento del 76% y 9% respectivamente; en contraste, el destinado a Esquemas de vacunación universal disminuyó 26%. Así mismo, si para el análisis contrastamos en 2016 con respecto al 2015, los dos que registraron incremento, descendieron y el que había registrado una disminución se incrementó. En el siguiente cuadro se puede observar el comportamiento histórico de los recursos destinados al programa por proyecto.

		2014	2015	2016	Variación % 2016/2013
Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil	149,926,121	251,355,262	354,176,372	264,040,369	76
Esquemas de vacunación universal	1,003,671,938	662,616,679	725,711,639	738,171,100	-26
Atención en salud al menor de 5 años	1,937,071,278	2,170,053,292	2,348,131,888	2,114,397,150	9
Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente	235,581,236	228,282,464	363,668,074	203,885,743	-13
<b>Total</b>	<b>3,326,250,573</b>	<b>3,312,307,697</b>	<b>3,791,687,973</b>	<b>3,320,494,362</b>	<b>-0.17</b>

Por lo que respecta a la distribución de los recursos del programa presupuestal por proyecto y capítulo del gasto, en el siguiente cuadro se presenta el histórico 2013-2016 para cada uno de los proyectos objeto de evaluación:

**Proyecto: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil**

Los recursos destinados para este proyecto en el 2016, registraron un incremento del 76% con respecto al 2013, y se advierte una recomposición por capítulo del gasto con incrementos sustantivos en los rubros de Servicios generales que prácticamente se triplicó y el de Materiales y suministros que se incrementó en 145%; en contraste, disminuyeron 33% los recursos destinados a Servicios personales; el capítulo 4000 Transferencias llegó a su expresión mínima ya que sólo representa el 5% de lo destinado en 2013 y el .7% con respecto al 2015; una disminución semejante se registró para Bienes muebles e inmuebles con una disminución de 95%, por último, para Obra pública solo se registran recursos para el 2014.

Capítulo	1000	2000	3000	4000	5000	6000	Total
Ejercicio	Servicios Personales	Materiales y Suministros	Servicios Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles	Obra pública	
2013	76,901,463.2	19,616,470.4	47,471,636.8	876,219.0	5,060,331.4	-	149,926,120.8
2014	13,340,843.6	94,527,722.0	142,458,838.0	1,016,197.5	-	11,660.0	251,355,261.6
2015	40,788,393.7	137,455,148.3	168,969,286.1	6,158,544.0	805,000.0	-	354,176,372.1
2016	51,753,466.6	47,980,937.4	164,009,181.7	42,460.0	274,067.0	-	264,060,112.7
Variación 2016/2013	-33	145	245	-95	-95		76

Con el objeto de valorar la eficiencia del proyecto y considerando la información reportada en el Informe de metas por proyecto y unidad ejecutora correspondiente al 4º trimestre del 2013, 2014,

En el cuadro en el que se puede advertir que no existe una relación directa entre las metas alcanzadas y los recursos. Así mismo, se puede observar que los recursos reportados por las áreas financieras y los registrados en el Pbr-11, en las que las que los recursos muestran un comportamiento incremental más homogéneo.

Ejercicio	2013		2014		2015		2016	
	Logro	Recursos	Logro	Recursos	Logro	Recursos	Logro	Recursos
Brindar hospitalización pediátrica especializada	1,160	15,501,888	1,195	41,501,888	1,343	41,259,877	1,424	34,147,562
Realizar intervenciones quirúrgicas	146	11,375,641	286	21,375,641	293	42,897,562	222	32,237,137
Brindar admisión continua	818	17,860,598	969	23,860,598	854	35,246,446	801	32,062,862
Otorgar consulta externa de especialidad	4,878	23,616,589	3,736	30,616,589	4,264	20,757,774	3,626	32,137,137
Realizar actividades de estimulación temprana	1,336	10,997,152	1,114	31,117,743	1,567	20,599,753	1,503	32,087,137
		<b>79,351,868</b>		<b>148,472,459</b>		<b>160,761,412</b>		<b>162,671,837</b>

Como se muestra en el siguiente cuadro, el gasto unitario de los servicios que se proporcionan a través del proyecto en el 2016 prácticamente duplica el registrado en el 2013, por lo que se sugiere revisar los resultados en términos de eficiencia, de acuerdo con las cifras reportadas el gasto unitario de la hospitalización pediátrica especializada resulta semejante al registrado para las actividades de estimulación temprana, o éstas equivalentes a siete intervenciones quirúrgicas.

Ejercicio	2013			2016		
	Logro	Recursos	Costo unitario	Logro	Recursos	Costo unitario
Brindar hospitalización pediátrica especializada	1,160	15,501,888	13,364	1,424	34,147,562	23,980.0
Realizar intervenciones quirúrgicas	146	11,375,641	77,915	222	32,237,137	145,212.3
Brindar admisión continua	818	17,860,598	21,834	801	32,062,862	40,028.5
Otorgar consulta externa de especialidad	4,878	23,616,589	4,841	3,626	32,137,137	8,863.0
Realizar actividades de estimulación temprana	1,336	10,997,152	8,231	1,503	32,087,137	21,348.7
		<b>79,351,868</b>			<b>162,671,837</b>	

### **Proyecto: Esquemas de vacunación universal**

Por lo que respecta a los recursos destinados para el proyecto Esquemas de vacunación universal que registraron una disminución del 26% en el 2016 con respecto al 2013, los capítulos afectados corresponden a Materiales y Suministros y a Bienes Muebles e Inmuebles con -44 y -97% respectivamente. Los incrementos correspondieron a los capítulos 1000, 3000 y 4000 con

es, Servicios Generales y Transferencias.

Capítulo	1000	2000	3000	4000	5000	6000	Total del proyecto
Ejercicio	Servicios Personales	Materiales y Suministros	Servicios Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles	Obra Pública	
2013	117,137,856.5	702,465,780.3	30,741,498.3	978,861.0	152,347,942.1	-	1,003,671,938.2
2014	151,576,083.7	367,091,493.8	138,518,151.0	4,242,059.4	409,531.0	779,360.0	662,616,678.8
2015	204,247,697.3	447,481,404.7	68,028,178.3	3,840,247.0	2,114,111.4	-	725,711,638.7
2016	198,544,292.4	392,501,965.8	136,210,431.6	6,547,117.0	4,367,293.6	-	738,171,100.4
Variación 2016/2013	<b>69</b>	<b>-44</b>	<b>343</b>	<b>569</b>	<b>-97</b>		<b>-26</b>

Para este proyecto también se observan diferencias sustantivas en los recursos reportados por el área financiera y los registrados para el proyecto objeto de evaluación, con variaciones importantes cuando se intenta realizar algunas estimaciones respecto al gasto unitario. Como se puede advertir, de acuerdo con lo reportado por finanzas, los recursos disminuyen y se incrementa el número de dosis de acuerdo a lo reportado y en ambos casos el gasto unitario por dosis disminuye entre el 2013 y el 2016.

	Dosis aplicadas	Recursos Pbr	Gasto unitario	Recursos Finanzas	Gasto unitario
2013	5,088,236	431,016,532	84.7	1,003,671,938	197.25
2016	6,237,144	487,602,685	78.2	738,171,100	118.35

### **Proyecto: Atención en salud al menor de 5 años**

Como se señaló en la distribución de los recursos, 64 de cada 100 pesos destinados al programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, son destinados al proyecto Atención en salud al menor de 5 años; que si bien los recursos en el 2016 representan 9.2% más con respecto al 2013, se advierten variaciones cuando se analiza por capítulo del gasto: los recursos destinados Servicios personales, y que representan el 90% del total, registraron un crecimiento durante el periodo señalado de 19.7% y de 53.5% los destinados a Servicios generales; en contraste los capítulos 2000 y 4000 correspondientes a Materiales y suministros y a Transferencias disminuyeron alrededor del 72%; en el caso de los recursos destinados en el 2016 para Bienes muebles e inmuebles es 75% menor que los reportados para el 2015.

Capítulo	1000	2000	3000	4000	5000	6000	Total del proyecto
Ejercicio	Servicios Personales	Materiales y Suministros	Servicios Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles	Obra Pública	
2013	1,593,963,448.2	250,643,305.4	86,736,597.4	5,727,927.0	-	-	1,937,071,278.0
2014	1,869,747,632.3	165,539,913.4	132,541,304.3	1,836,388.0	388,054.5		2,170,053,292.4
2015	1,967,986,446.4	281,201,128.7	90,811,613.4	1,645,185.0	6,487,514.8		2,348,131,888.3
2016	1,908,064,083.6	71,135,085.1	133,113,778.1	1,594,423.0	489,780.0		2,114,397,149.8

53.5	-72.2			9.2
------	-------	--	--	-----

Por lo que respecta a la estimación del gasto unitario para este proyecto, en el siguiente cuadro se puede observar que entre 2013 y 2016 el número de consultas otorgadas para la detección de Infecciones respiratorias agudas fue prácticamente igual, pero el costo de la consulta se incrementó 45%. En contraste, el número de consultas para la detección de Infecciones diarreicas agudas se incrementa y los recursos disminuyen, lo anterior con base en lo reportado a través del Pbr-11 al cuarto trimestre.

Es importante destacar que para este proyecto las diferencias entre lo reportado por finanzas y el avance programático presupuestal, no son tan pronunciadas.

Periodo	2013			2016		
	Consultas	Recursos	Gasto unitario	Consultas	Recursos	Gasto unitario
Meta						
Detectar infecciones respiratorias agudas	516,457	917,968,275	<b>1,777</b>	516,460	1,331,864,559	<b>2,579</b>
Detectar infecciones diarreicas agudas	88,796	920,302,203	<b>10,364</b>	93,943	843,264,728	<b>8,976</b>
		1,838,270,478			2,175,129,287	

Por lo anterior, se considera importante armonizar los criterios para la asignación de los recursos del programa por proyecto y meta, para hacerlos comparables en el tiempo y estar en posibilidades de estimar con mayor certidumbre el gasto unitario y medir el desempeño del proyecto en términos de eficiencia.

La información a detalle se puede observar en el **Anexo 13** *Gastos desglosados del programa*.

## amiento para la operación del Pp y qué proporción de la una de las fuentes?

La operación del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, se destinan recursos de diversas fuentes<sup>110</sup>; en el ejercicio fiscal 2016 se ejercieron más de 3,320 millones de pesos de los cuales el 76.4% proviene de dos fuentes: el FASSA y el Seguro Popular, que aportan el 49.7 y el 26.7% respectivamente; también aplica recursos del ASE y el AFASPE, que representaron el 10.7 y el 6.5%; el Seguro Médico Siglo XXI, Prospera y Fortalecimiento a la Atención médica que sumados aportaron el 4.2%, así como los recursos propios que sólo representaron el 1.8%. La distribución en número absolutos y relativos se puede advertir en el siguiente cuadro:

Fuente de financiamiento	Total	Distribución %
<b>Total</b>	<b>3,320,627,402</b>	<b>100%</b>
ASE	355,665,162	10.7
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	1,649,532,781	49.7
Recursos Propios	76,077,246	2.3
PROSPERA	58,161,878	1.8
Seguro Popular	885,491,414	26.7
Administración del Fondo de Acciones de Salud Pública Estatal (AFASPE)	215,655,073	6.5
Fortalecimiento a la Atención Médica	750,000	0.02
Seguro Médico Siglo XXI	79,293,846	2.4

Cabe señalar que la proporción de los fondos y subsidios que se destinan para la ejecución del programa presupuestal varía por proyecto: para el de Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, el 40% de los recursos provienen del Seguro Popular, el 25% del ASE; el 16.7% del FASSA; el 15.7% del Seguro Médico Siglo XXI; el 2.2% restante corresponden a ingresos propios.

Las principales fuentes de financiamiento del proyecto Esquemas de vacunación universal son el Seguro Popular y el AFASPE, de los que provienen el 40 y 29% de sus recursos; el ASE y el FASSA representan el 16.1 y 12.4% respectivamente; el 2.5% restante está conformado por los ingresos propios y lo que recibe del Prospera y del Fortalecimiento a la Atención Médica.

Para la ejecución del proyecto Atención en salud al menor de 5 años, tiene como principales fuentes de financiamiento el FASSA y el Seguro Popular del que proviene el 68.8% y el 21% de los recursos; el 11% tiene como origen el ASE, Prospera, los ingresos propios, el AFASPE y el Seguro Médico Siglo XXI.

El resto de los recursos del programa corresponden al proyecto que no se incluyó como objeto de evaluación, y al que se destina el 6% del presupuesto del programa.

<sup>110</sup> Las fuentes de financiamiento fueron descritas y sustentadas en la respuesta a la pregunta 36 de esta evaluación.

por proyecto y origen del recurso se pueden observar en el

Origen de los recursos	Atención Médica Especializada de Tercer Nivel para la Población Infantil	Esquemas de Vacunación Universal	Atención en Salud al Menor de 5 Años	Otros	Total
<b>Total</b>	<b>264,040,369</b>	<b>738,214,000</b>	<b>2,114,481,390</b>	<b>203,891,643</b>	<b>3,320,627,402</b>
%	7.95%	22.23%	63.68%	6.14%	100.00%
<b>ASE</b>	65,817,002	91,162,860	77,136,498	121,548,803	<b>355,665,162</b>
%	24.93%	12.35%	3.65%	59.61%	10.71%
<b>FASSA</b>	44,195,274	119,127,298	1,454,752,721	31,457,488	<b>1,649,532,781</b>
%	16.74%	16.14%	68.80%	15.43%	49.68%
<b>RECURSOS PROPIOS</b>	5,730,469	15,355,894	43,521,014	11,469,869	<b>76,077,246</b>
%	2.17%	2.08%	2.06%	5.63%	2.29%
<b>PROSPERA</b>	-	5,706,661	51,273,420	1,181,797	<b>58,161,878</b>
%	0.00%	0.77%	2.42%	0.58%	1.75%
<b>SEGURO POPULAR</b>	106,778,921	292,028,653	448,994,197	37,689,643	<b>885,491,414</b>
%	40%	40%	21%	18%	26.67%
<b>AFASPE</b>	-	214,082,634	1,028,396	544,043	<b>215,655,073</b>
%	0.00%	29.00%	0.05%	0.27%	6.49%
<b>FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA</b>	-	750,000	-	-	<b>750,000</b>
%	0.00%	0.10%	0.00%	0.00%	0.02%
<b>SEGURO MÉDICO SIGLO XXI</b>	41,518,703		37,775,144		<b>79,293,846</b>
%	15.72%	0.00%	1.79%	0.00%	2.39%

Es importante señalar que los fondos y subsidios destinados a la prestación de los servicios de salud, incluyendo los destinados a la atención de la Salud infantil y adolescente, están sujetos a reglas de operación y los rubros generalmente están etiquetados en los convenios y anexos técnicos que para cada caso se formulan.

### Anexo 13.1 Fuentes de financiamiento.



**PDF Complete**  
 Your complimentary use period has ended.  
 Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

**INFORMACIÓN Y DE LOS PROCESOS.**

sistemas institucionales con que opera el Ppcumplen

- a) Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información registrada.
- b) Tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables.
- c) Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente.
- d) Están integradas, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.

**Respuesta: Sí, nivel 4**

El programa presupuestario %Salud para la población infantil y adolescente+ y sus tres proyectos evaluados %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+, %Esquemas de vacunación universal+, y %Atención en salud al menor de 5 años+, cuenta con sistemas institucionales con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada, tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables, proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente y están integradas, por lo que se asigna el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los sistemas o aplicaciones informáticas del Pp cumplen con todas las características indicadas en la pregunta.

Como se ha mencionado con anterioridad, el programa presupuestario evaluado y sus tres proyectos, cuentan con diversos sistemas institucionales de información, los cuales se regulan por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia y la *Dirección General de Información en Salud*. Al respecto, cabe señalar lo que establece la Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de octubre de 2012:

*En primer lugar, se debe precisar que la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud, tiene bajo su responsabilidad la coordinación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, así como del Sistema Nacional de Información en Salud; también le corresponde elaborar, difundir y vigilar la normatividad para los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud; y, de igual manera, tiene la atribución de generar la información estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades.*

Esta norma, de conformidad con el numeral 1.2 Campo de aplicación, refiere que su aplicación es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de atención a la salud en establecimientos fijos y/o móviles.

Por otro lado, en su numeral 3. Definiciones, se indica que se entiende por:

**3.68 Sistema de Información en Salud**  
 Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos,

os humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el estadística, la que es sustento del proceso para la toma de

#### **Información Básica en Materia de Salud**

Sistema que garantiza el intercambio de información y su análisis en materia de salud a nivel nacional, el cual integra de forma estructurada y sistematizada la información básica en materia de salud, a través de los procedimientos, protocolos y las plataformas tecnológicas que permiten su operación. Es administrado por la Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Salud, por conducto de la Dirección General de Información en Salud y se encuentra regulado por los artículos 5, 6 y 7 fracción X de la Ley General de Salud en vigor, así como por el Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de septiembre de 2012, expedido por el Secretario de Salud en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Salud.

#### **b. Sistema Nacional de Información en Salud**

Sistema que integra la información para elaborar las estadísticas nacionales en salud, el cual se encuentra conformado por: a) estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; b) factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y, c) recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población y su utilización, el cual es administrado por la Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Información en Salud y que se encuentra regulado en los artículos 104 y 105 de la Ley General de Salud vigente.

Los sistemas o aplicaciones tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables, en dicha norma en el numeral 5.2 se precisa que los integrantes del Sistema Nacional de Salud,<sup>111</sup> deben entregar en tiempo y forma la información estadística y documental con base en los formatos y/o procedimientos establecidos por la Dirección General de Información en Salud y por los Servicios Estatales en Salud, los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

En el numeral 7. Aspectos Específicos, se señala:

- 7.2 La información solicitada con periodicidad anual debe ser entregada a la DGIS de acuerdo con los flujos establecidos para cada componente del SINAIS, a más tardar el último día hábil de marzo del año siguiente al año que corresponde la información.
- 7.3 La información solicitada con periodicidad semestral debe ser entregada a la DGIS de acuerdo con los flujos establecidos para cada componente del Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS, a más tardar el último día hábil de agosto del mismo año y en marzo del año siguiente al año que corresponde la información.
- 7.4 La información solicitada con periodicidad trimestral debe ser entregada a la DGIS de acuerdo con los flujos establecidos para cada componente del SINAIS, a más tardar el último día hábil de abril, julio, octubre del mismo año y enero del año siguiente al año que corresponde la información, respectivamente.
- 7.5 La información solicitada con periodicidad mensual debe ser entregada a la DGIS de acuerdo con los flujos establecidos para cada componente del SINAIS.
- 7.6 La información debe ser entregada con desagregación por unidad médica, localidad, municipio y entidad federativa, en función de las necesidades que la Secretaría establezca a

<sup>111</sup> Conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como estatal y local, y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

ión de la información nominal, que debe ser entregada  
a componente del SINAIS.

7.7 La información debe ser entregada de acuerdo con los formatos y especificaciones  
determinados por cada componente del SINAIS a través de medios electrónicos o sistemas  
informáticos.

Los sistemas y aplicaciones cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o  
validar la información capturada y están integrados, por lo que no debe existir discrepancia entre la  
información registrada. En el numeral 7.8 de la multicitada norma se establece que la información  
generada en todos los componentes del SINAIS, debe cumplir con los siguientes atributos de calidad:

<b>Oportunidad.</b> - Se refiere a la prontitud en la disponibilidad de la información, medida a partir del tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia del evento o desde la fecha de solicitud.
<b>Cobertura.</b> - Se refiere a la proporción de la población objetivo captada en un sistema de información.
<b>Integridad.</b> - Se refiere a la propiedad de componentes de la información, indicada por la proporción de información faltante (no especificada).
<b>Validez.</b> - Se refiere a la proporción de la información fuera de los rangos y valores permitidos.
<b>Veracidad.</b> - Se refiere a la concordancia entre la información captada y la realidad.
<b>Consistencia.</b> - Se refiere a la coherencia interna de la información contenida en cada sistema de información y a la coherencia externa entre sistemas.

Por último, de conformidad con el numeral 13 Acceso, difusión y uso de la información en salud, se puede considerar que se proporciona la información al personal involucrado en el proceso correspondiente, como se ve a continuación:

- 13.1 La información generada por el SINAIS debe ser administrada y difundida oportunamente por la DGIS a través de diferentes medios impresos, electrónicos y/o redes sociales.
- 13.2 La información anual de los componentes del SINAIS se debe difundir a más tardar en el mes de abril del año siguiente al año que corresponde la información.
- 13.3 La información publicada en el SINAIS es la única fuente oficial y debe ser usada para integrar los informes nacionales e internacionales.
- 13.4 Las unidades de organización y administración de la Información en Salud de las diferentes instituciones del SNS deben promover y difundir el acceso al SINAIS.

Por lo anteriormente expuesto, es posible afirmar que los sistemas instituciones y las aplicaciones informáticas que opera el programa presupuestal y sus proyectos, cuentan con fuentes de información confiables que permiten su verificación; en la normatividad se establece la periodicidad y fechas límite para su actualización; está disponible para el personal involucrado en el proceso y no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones y sistemas.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

Componentes), así como de los indicadores de resultados (Fin y Propósito) de su MIR del Pp respecto de sus metas?

**Respuesta: Si nivel 4**

Con base en análisis de las Fichas técnicas para el diseño y seguimiento de indicadores y de la Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente, correspondientes al 2016, es posible afirmar que más del 85% de los indicadores reportan un avance superior al 85% por lo que se le asigna el **nivel 4**.

NIVEL	CRITERIOS
4	Entre 85% y 100% de los indicadores del Pp, que debieron haber reportado avances en el periodo, reportó un avance de entre 85% y 115% (Alto y

En la Matriz de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, se incluyen 15 indicadores, de los cuales 5 corresponden a resultados y 10 a gestión: uno para medir el Fin y cuatro para el propósito; de los 10 restantes, 4 están destinados a los componentes y 6 a las actividades.

Es importante señalar que, por una parte, en la MIR del Programa Presupuestal no se incluyen metas; y por la otra, que además de los tres proyectos objeto de evaluación, se incluye el Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente, y por lo tanto 6 de los indicadores incluidos en la MIR están definidos para medir dicho proyecto. En el siguiente cuadro se pueden identificar los indicadores a los que se ha hecho referencia:

Nivel de objetivo	Nombre	Orientado a medir
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)	Programa: Salud para la población infantil y adolescente
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	1 - Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	Atención en salud al menor de 5 años
	2 - Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	Atención en salud al menor de 5 años
	3 - Morbilidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años	Atención en salud al menor de 5 años

	Nombre	Orientado a medir
	4 - Porcentaje de sesiones informativas para adolescentes madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar y entre pares (ISEM)	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente
<b>Componente 1.</b> Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	Esquemas de vacunación universal
<b>Componente 2.</b> Niños menores de 5 años atendidos por alteraciones nutricionales, con la finalidad de coadyuvar en su calidad de vida.	Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente
<b>Componente 3.</b> Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad.	Promedio de prevalencia de la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años (ISEM)	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente
<b>Componente 4.</b> Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables	Porcentaje de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud (ISEM)	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente
<b>Actividad 1.</b> Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Esquemas de vacunación universal
<b>Actividad 2.</b> Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil
<b>Actividad 3.</b> Incremento en el número de jóvenes que integran los grupos de adolescentes promotores de salud (GAPS).	Porcentaje de adolescentes integrantes de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS) (ISEM)	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente
<b>Actividad 4.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de Madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) ISEM	Atención en salud al menor de 5 años
<b>Actividad 5.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de Madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	Atención en salud al menor de 5 años
<b>Actividad 6.</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada a las madres y/o responsables del menor de 5 años del programa de nutrición.	Porcentaje de madres capacitadas y/o responsables del menor de 5 años de edad para su adecuada nutrición, crecimiento y	Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del

Nombre	Orientado a medir
desarrollo. (ISEM)	menor y adolescente

Con base en lo que se muestra en el cuadro anterior, se advierte que de los 9 indicadores vinculados al programa y a los proyectos objeto de evaluación uno corresponde al fin y tres al propósito; uno al componente y cuatro a las actividades; es decir se identifican 4 de resultado y 5 de gestión. En virtud de que en la MIR no se incluyeron Metas, la fuente para llevar a cabo el análisis del avance de indicadores se centró en el comportamiento de los indicadores registrados en las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de Indicadores<sup>112</sup>, reportados al cuarto trimestre del 2016 y correspondientes a la Cuenta pública de dicho ejercicio fiscal.

Siete de los ocho los indicadores documentados para el programa, coinciden con los incluidos en la MIR, lo anterior en virtud de que incluye uno adicional sobre el porcentaje de médicos certificados, con respecto a los contratados, que si bien se relaciona con el proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, no se incluye en la MIR; así mismo dos de los indicadores incluidos a nivel de propósito en el reseumen narrativo, no se incluyen en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de los indicadores. Para mayor precisión a continuación se muestra un cuadro con los ocho indicadores y sus características.

Nivel de objetivo	Nombre del Indicador	Frecuencia de medición	Meta	Valor alcanzado	Avance (%)
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	Anual	0.35	0.35	100%
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	Anual	7.94	10.1	126.01%

<sup>112</sup>Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación y Presupuesto, Dirección General de Planeación y Gasto Público, Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2016, Programa presupuestario Salud para la población infantil y adolescente, Instituto de Salud del Estado de México: Indicadores: Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM), Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM), Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM), Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM), Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM), Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM), Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM), Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM).

	Nombre del Indicador	Frecuencia de medición	Meta	Valor alcanzado	Avance (%)
completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	Trimestral	100%	98%	98%
<b>ACTIVIDAD</b> Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	Trimestral	87.94%	90.24%	102.60%
<b>ACTIVIDAD</b> Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Trimestral	95.75%	106.69%	111.43%
<b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	Trimestral	100%	100%	100%
<b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	Trimestral	100%	99%	99.00%
No incluida en la MIR	Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	Trimestral	60%	57.45%	95.74%

El análisis y la valoración de la pregunta estará sustentada en los ocho indicadores reportados en las fichas técnicas, iniciando por el consignado a nivel de Fin, que logró incrementar de 75.06 a 75.41 años la esperanza de vida, y alcanzó el 100%. Sin embargo, como ya se mencionó, las cifras no corresponden a la %esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)+, además, resulta complejo establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador.

Por lo que respecta al Propósito, se estimaban 122 muertes por IRAS y EDAS en menores de 5 años, con respecto a 1,535,965 niños de ese grupo de edad; se registraron 154 decesos con respecto a 1,538,606, alcanzando el 10.01, superior al 7.94 programado; la ficha marca erróneamente una eficiencia de 126%, lo anterior en virtud de que el indicador está invertido, ya que lo positivo es que baje la tasa de mortalidad infantil. Realizando de forma correcta el ejercicio, el alcance sería de 78%.

Los dos indicadores antes referidos corresponden a resultados de acuerdo con lo establecido en la Metodología del Marco Lógico, y para la clasificación de las fichas técnicas son Estratégicos.

o corresponde al Componente y los otros cinco a las superior al 95%: para el caso del Componente la cobertura de completo de vacunación fue de 98%. Si bien es cierto que ración es, 87.4 menos menos de los previstos, la cifra programada para la población de responsabilidad se modifica, tanto a través de los trimestres, como de los años, lo que limita la valoración objetiva del comportamiento del indicador.

Respecto a los indicadores establecidos a nivel de actividad, se identifican dos vinculados al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil: egresos hospitalarios que superó la meta prevista al lograr que el 90.24% de los egresos fueran por mejoría, 2.3 puntos porcentuales más de los previstos. El otro indicador lograr que el 60% de los médicos especialistas para la atención de los neonatos estén certificados, y no obstante que se certificaron los 27 médicos programados, se incrementó el número de contratados y el alcance fue de 57.45% y de 95.7% la eficiencia en el logro de la meta. No se advierte una meta relativa al porcentaje de médicos certificados que ya se encuentran en funciones.

Para e proyecto Esquemas de vacunación universal, además del indicador establecido a nivel de componente relativo a la cobertura, se incluye uno a nivel de actividad sobre el número de dosis, cuyo registro muestra que la meta fue superada alcanzando el 111.4%; el indicador establece una relación entre la población de responsabilidad y las dosis, las unidades de medida y las cifras se estima que están referidas a las dosis aplicadas, sin embargo, de nueva cuenta se modifica la cifra programada para la población de responsabilidad, imperfección que limita la valoración objetiva del indicador.

Los dos últimos indicadores establecidos a nivel de actividad corresponden al proyecto Atención en salud al menor de 5 años; uno de ellos está referido a la capacitación a las madres o responsables de los menores de 5 años en IRAS y el otro a la capacitación en EDAS, en el primer caso se logró el 100% de la meta, y en el segundo el alcance fue de 99%. Si bien es cierto que la capacitación a las madres en dichos rubros es una estrategia fundamental para evitar las muertes en menores de ese grupo de edad y disminuir la tasa de mortalidad infantil, no se advierte un indicador que permita valorar la reincidencia de menores cuyas madres ya habían sido capacitadas.

Con base en el análisis de los indicadores realizado, es posible afirmar que el programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente reporta el avance de los indicadores de resultados y de gestión con respecto a sus metas, y que el 87.5% de los indicadores registran un avance entre el 85 y el 115%.

Si bien es cierto que de acuerdo con los criterios establecidos para valorar la pregunta existe evidencia para afirmar que muestran en lo general un resultado positivo, al tomar como referente el informe que la PNUD realiza sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tuvieron vigencia hasta el 2015, y fueron retomados en *Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*,<sup>113</sup> la percepción sobre el avance de la entidad respecto de las metas e indicadores relativos a la atención a la población infantil se modifica.

### **Objetivo 3: Buena salud**

*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*

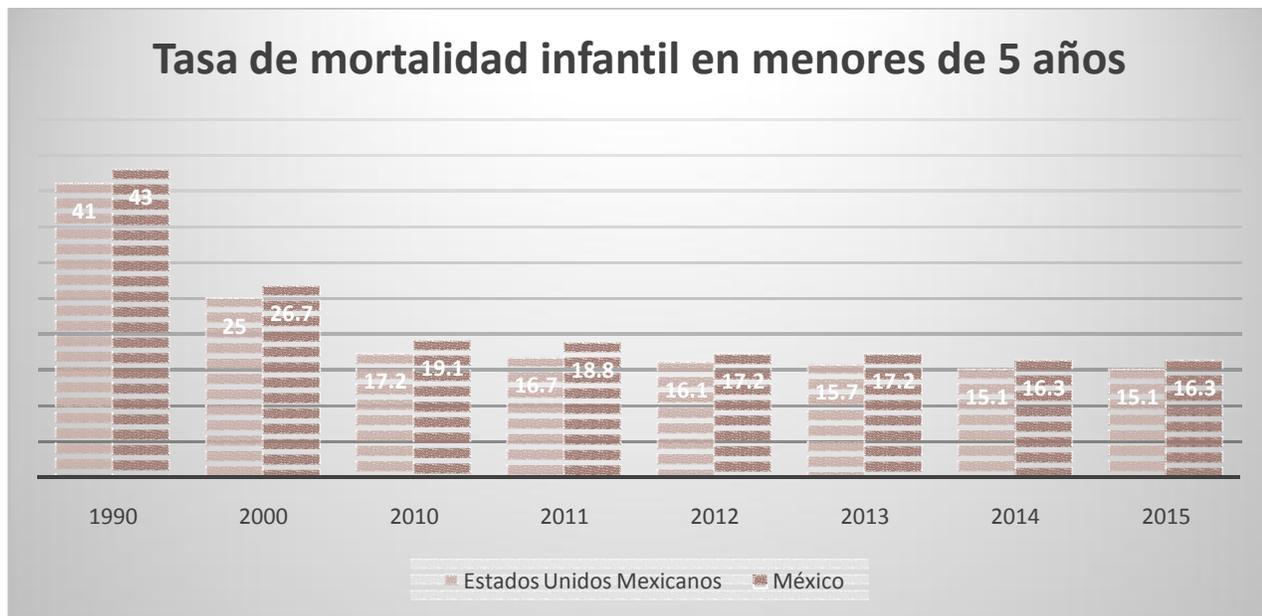
**3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.**

<sup>113</sup> ONU, PNUD, *Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*,  
<http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview.html>

El sistema de consulta diseñado por el Gobierno de la República y el INEGI, para el monitoreo y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México, incluye los indicadores del país y con opciones para desglose geográfico, lo que permite advertir el desempeño del Estado de México con respecto al nacional y del resto de las entidades federativas<sup>114</sup>.

Respecto a la meta *De aquí al 2010 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 a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1,000 nacidos vivos*+se incluyen cinco indicadores: *Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años*+ *%Tasa de mortalidad infantil*+ *%Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación*+ *%Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades diarreicas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)*+y *%Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)*+.

Como se puede observar para la mortalidad infantil se incluyen dos indicadores, uno para los menores de 5 años y otro para los menores de un año, y de acuerdo con la actualización realizada en octubre del 2017, para el Estado de México y el país, muestra los siguientes resultados:

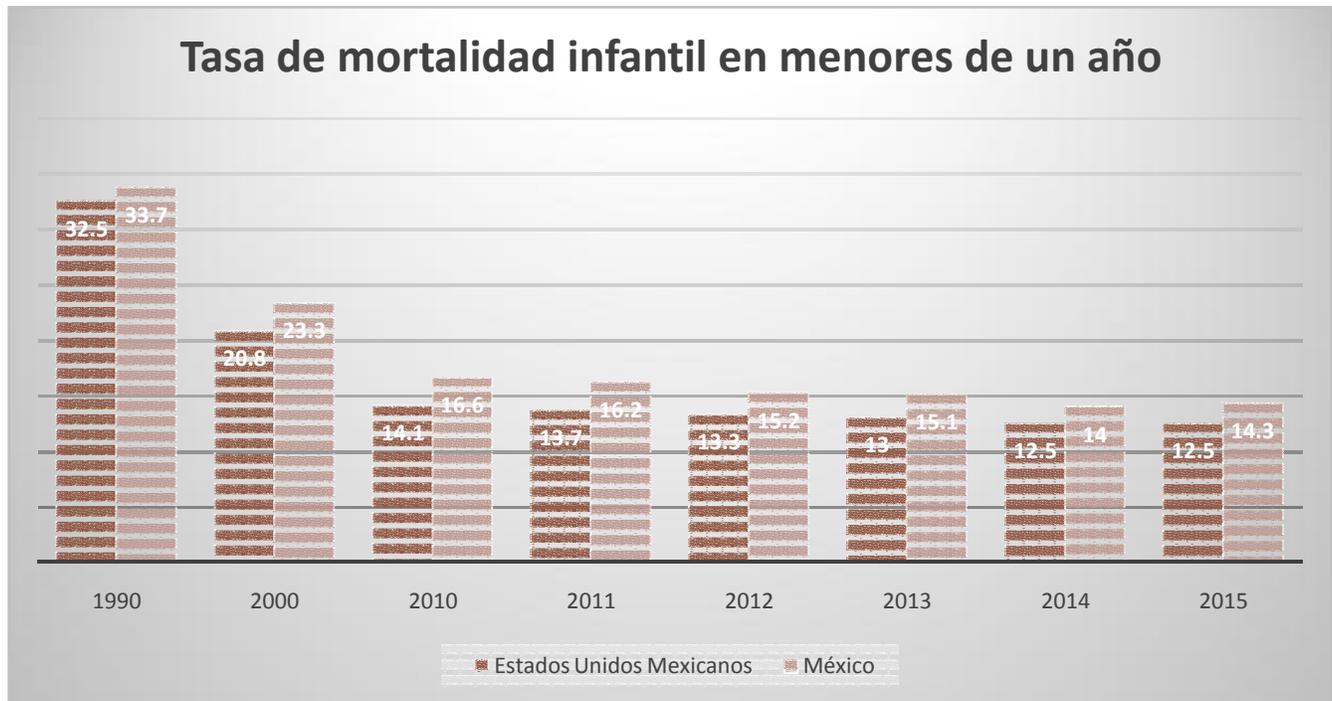


En la gráfica anterior se advierte que entre el 2010 y el 2015 la tasa de mortalidad infantil en

<sup>114</sup> Gobierno de la República, INEGI, Objetivos de Desarrollo Sostenible, consulta de indicadores.  
<http://143.137.108.139/>

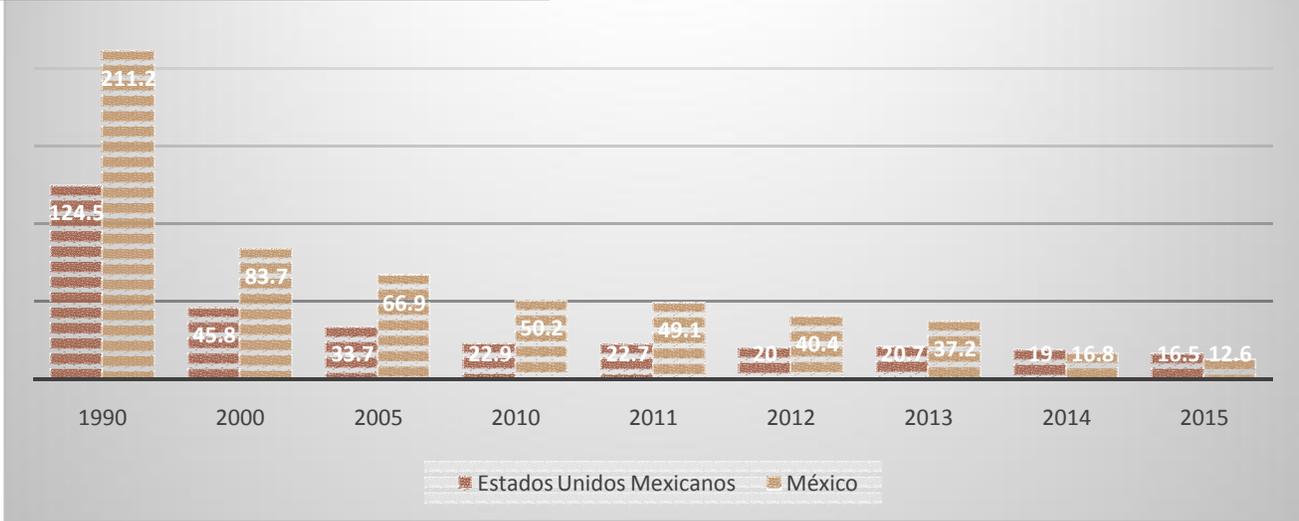
lo de México descendió 2.8 puntos, en tanto en el e 2.1 puntos, sin embargo, la tasa registrada para la s; así mismo, en el contexto nacional la posición no es favorable, para el 2015 ocupó el lugar 24, y en los últimos tres lustros sus resultados lo han ubicado entre los lugares 26, 28 ó 23.

Un comportamiento semejante se reporta para la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, que también ha descendido 2.3 puntos, entre el 2010 y el 2015, y se mantiene 1.8 por arriba de la tasa nacional; resultado que en el 2015 lo ubicó en el lugar número 30 entre las entidades del país; posición que prácticamente ha ocupado desde el 2010.



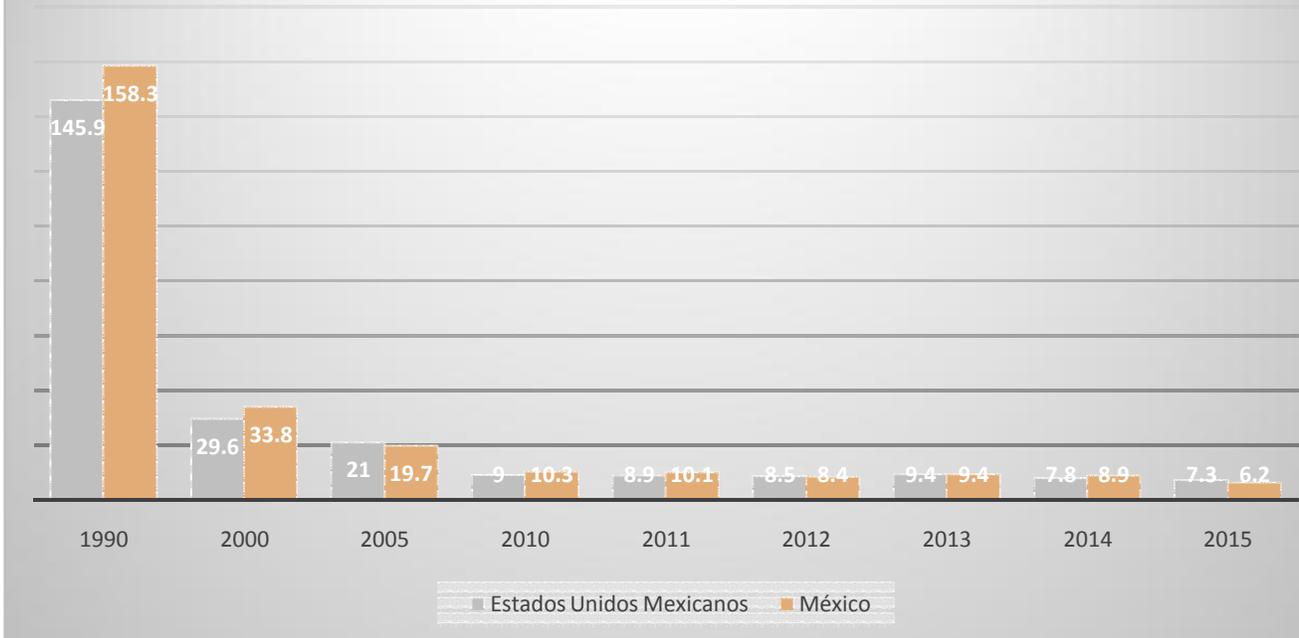
Otro indicador relevante del programa es la Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedades Respiratorias Agudas (defunciones por cada 100,000 menores de 5 años), el cual muestra un resultado favorable con 3.9 puntos menos que el alcanzado en el 2015 en el país; resultado que muestra un avance notable ya que permitió que la entidad avanzara de la posición 32 que ocupó en el 2014 a la 17 en el 2015; así mismo disminuir la tasa de mortalidad em menores de 5 años por Enfermedades Respiratorias Agudas de 50.2 en 2010 a 12.6 en 2015; no obstante aún se encuentra a media tabla.

## Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años IRAS



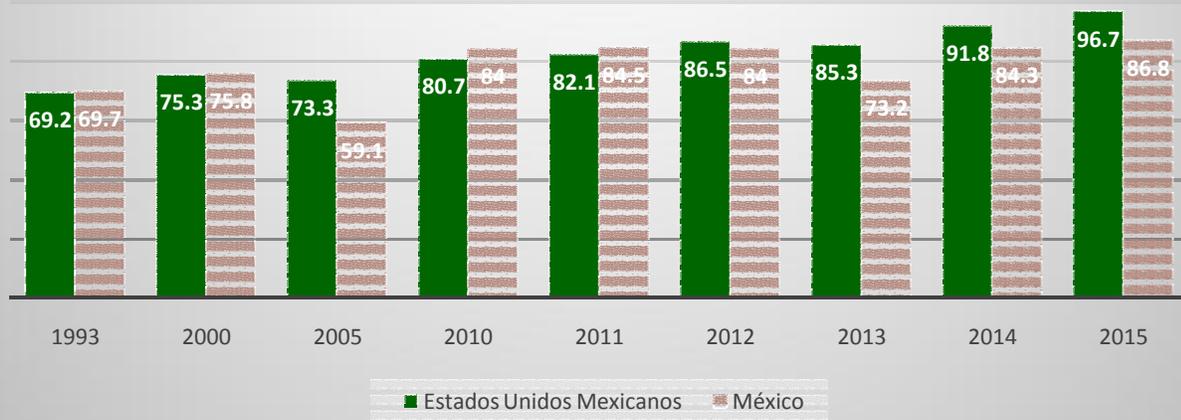
La tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por Enfermedades Diarreicas Agudas muestra una tendencia descendente de 10.3 en el 2010 a 6.2 en el 2015, resultados que ubicaron a la entidad en los lugares 26 y 19 respectivamente.

## Tasa de mortalidad menores de 5 años EDAS



También para medir el alcance de la meta sobre la reducción de la mortalidad infantil, se incluye el indicador de Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo

## Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación

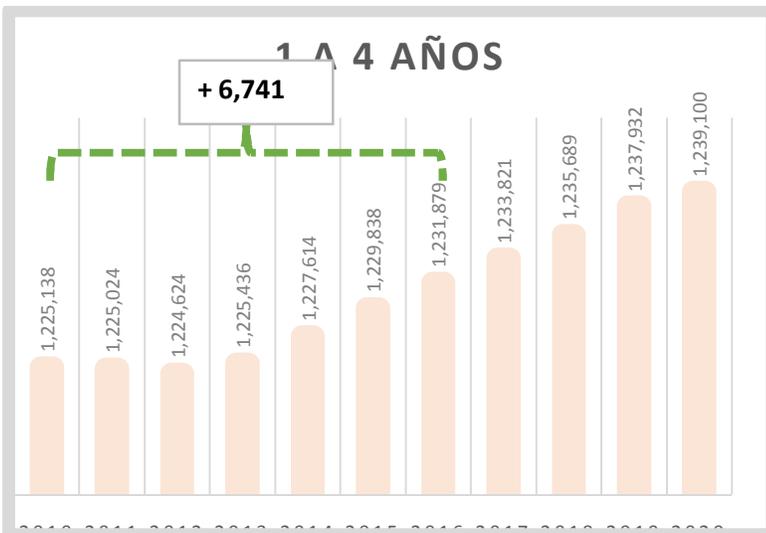
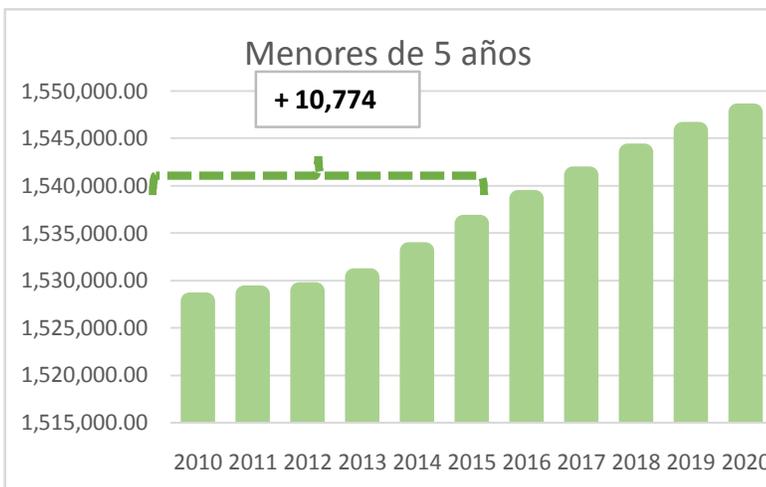


Como se puede observar, en los últimos cinco años analizados, el indicador estatal muestra un incremento de 2.8 puntos porcentuales, en tanto a nivel nacional fue de 16 puntos durante el mismo periodo, y una modificación sustantiva respecto del desempeño de la entidad en el contexto nacional al pasar de la tercera posición en el 2010 a la 28 en el 2015.

El análisis de los indicadores antes referidos, dan cuenta del desempeño del Estado de México, pero no sólo con respecto a sus propias metas, si no respecto a los alcances que se advierten en el contexto nacional y en el resto de las entidades federativas. Así mismo, se observan diferencias en cuanto a los indicadores que se utilizan para la medición de los mismos fines, incluso de las posibles inconsistencias en el diseño de los indicadores del ISEM, de los criterios para el manejo de las cifras y de la calidad del dato.

Es importante señalar que las variaciones en las estimaciones de la población y la responsabilidad pueden constituir un factor importante en las imperfecciones observadas a lo largo del documento; las estimaciones de la población potencial toma como punto de partida las proyecciones de población estimadas por CONAPO, las cuales no muestran cambios sustantivos como se puede advertir en las siguientes gráficas.

Entre el 2010 y el 2016 la población menor de un año en la entidad se incrementó 4,033; la menor de 5 años 10,774 incluyendo a los menores de un año; en tanto los de 1 a 4 años se incrementaron 6,744. Como se puede advertir, el comportamiento de los indicadores del programa, no guardan congruencia con el comportamiento demográfico en dicho periodo.



La información detallada del análisis se incluye en el **Anexo 14** *Á Avance de los indicadores respecto a sus metas*

41. ¿Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del Pp cumplen con lassiguientescaracterísticas?

- a) Los documentos normativos están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics a partir de la página inicial de la dependencia o entidad ejecutora.
- b) Los resultados principales del Pp, son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clics a partir de la página inicial de la dependencia o entidad ejecutora.
- c) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto a la población beneficiaria y/ousuarios, como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clics a partir de la página inicial de la dependencia o entidad ejecutora.
- d) La dependencia o entidad que opera el Pp no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de México y Municipios (INFOEM).

**Respuesta: Sí, nivel 4**

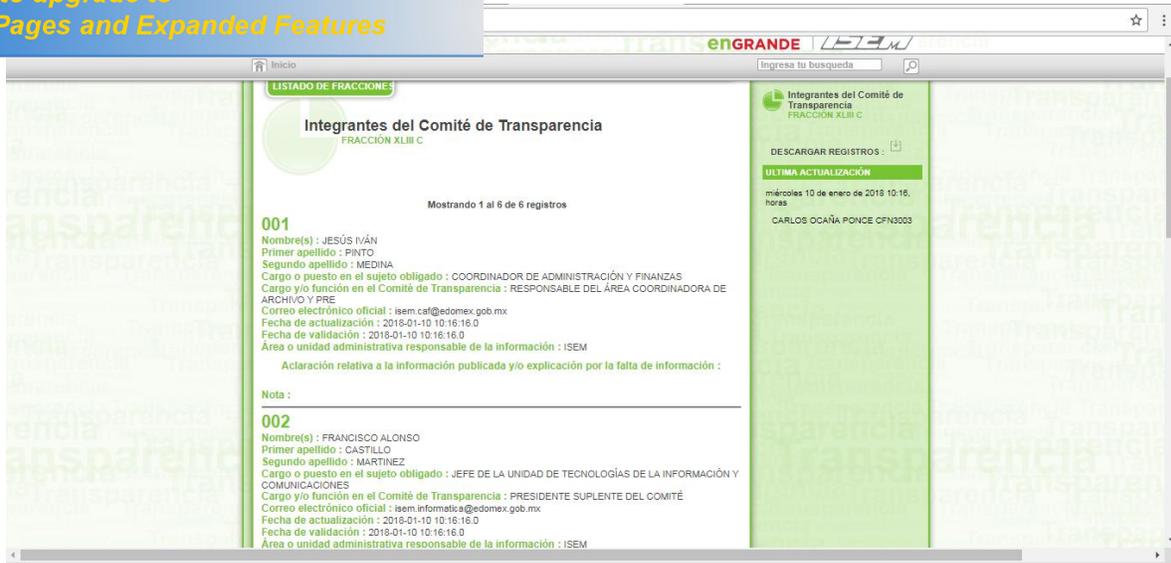
El Programa Presupuestario cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir de manera electrónica y accesible sus documentos normativos y sus principales resultados, tiene información del teléfono o correo electrónico de orientación, en tres clics y no se cuenta con modificaciones de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el INFOEM, por lo que se otorga el nivel 4.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas cumplen con todas las características indicadas en la pregunta que apliquen.

El programa presupuestario %Salud para la población infantil y adolescente+ y sus tres proyectos evaluados %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+, %Esquemas de vacunación universal+, y %Atención en salud al menor de 5 años+, son regulados por diversos instrumentos normativos, algunos de los cuales están disponibles en internet en al menos tres clics, en la página Información Pública de Oficio Mexiquense, IPOMEX, en el rubro Marco Normativo, (<http://www.ipomex.org.mx/ipo/lgt/indice/sem/marcoJuridico.web>), así como en otras como el Diario Oficial de la Federación y la página institucional de la Secretaría de Salud Federal. Sin embargo, se sugiere que la totalidad de normas (normas oficiales, manuales y lineamientos), se encuentren publicados en el sitio estatal para facilitar su consulta.

Los principales resultados del Programa Presupuestario son publicados en el mismo medio, en el apartado Informes Anuales de Actividades, donde se visualizan en tres clics, los informes correspondientes del 2014 al 2017, que incluyen información genérica relacionada con los proyectos evaluados, también se registra información de Indicadores con temas de interés público o trascendencia social y de rendición de cuentas, objetivos y resultados.

Por otro lado, en la misma página se pueden advertir los datos del responsable de recibir solicitudes

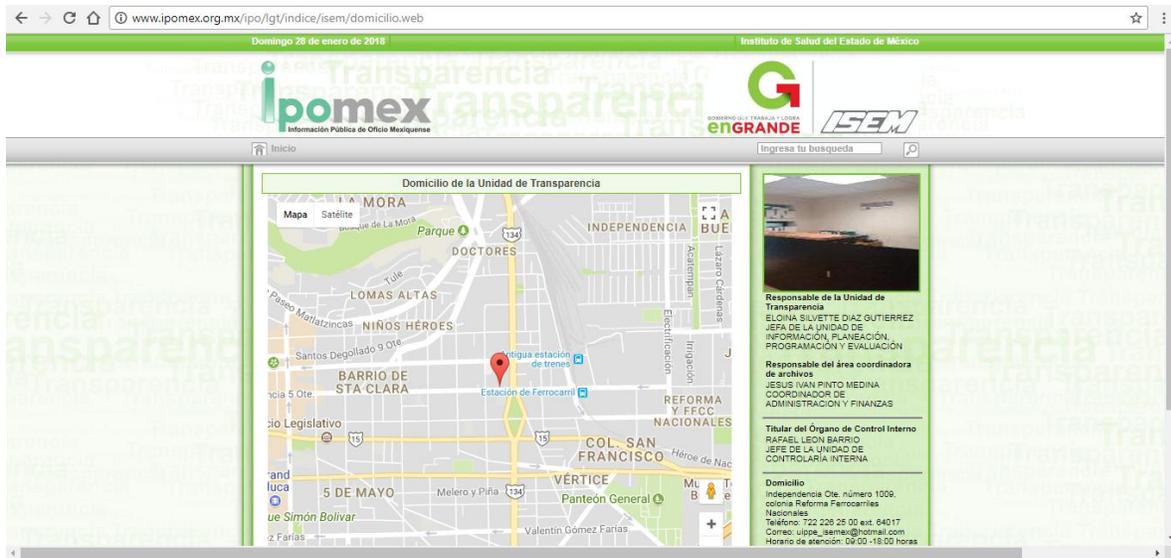


**Integrantes del Comité de Transparencia**  
FRACCIÓN XLIII C

Mostrando 1 al 6 de 6 registros

**001**  
Nombre(s) : JESÚS IVÁN  
Primer apellido : PANTO  
Segundo apellido : MEDINA  
Cargo o puesto en el sujeto obligado : COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
Cargo y/o función en el Comité de Transparencia : RESPONSABLE DEL ÁREA COORDINADORA DE ARCHIVO Y PRE  
Correo electrónico oficial : isem.caf@edomex.gob.mx  
Fecha de actualización : 2018-01-10 10:16:16.0  
Fecha de validación : 2018-01-10 10:16:16.0  
Área o unidad administrativa responsable de la información : ISEM  
Aclaración relativa a la información publicada y/o explicación por la falta de información :  
Nota :

**002**  
Nombre(s) : FRANCISCO ALONSO  
Primer apellido : CASTILLO  
Segundo apellido : MARTINEZ  
Cargo o puesto en el sujeto obligado : JEFE DE LA UNIDAD DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES  
Cargo y/o función en el Comité de Transparencia : PRESIDENTE SUPLENTE DEL COMITÉ  
Correo electrónico oficial : isem.informatica@edomex.gob.mx  
Fecha de actualización : 2018-01-10 10:16:16.0  
Fecha de validación : 2018-01-10 10:16:16.0  
Área o unidad administrativa responsable de la información : ISEM



**Domicilio de la Unidad de Transparencia**

Mapa Satélite

Parque

INDependencia

DOCTORES

LOMAS ALTAS

NIÑOS HEROES

BARRIO DE STA CLARA

Estación de Ferrocarril

REFORMA Y FCCC NACIONALES

COL. SAN FRANCISCO

VÉRTICE

Panteón General

Mejía

Valentín Gómez Farías

**Responsable de la Unidad de Transparencia**  
ELOISA SILVETTE DIAZ GUTIERREZ  
JEFA DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

**Responsable del área coordinadora de archivos**  
JESUS IVAN PANTO MEDINA  
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

**Titular del Órgano de Control Interno**  
RAFAEL LEON BARRIO  
JEFE DE LA UNIDAD DE CONTROLARIA INTERNA

**Domicilio**  
Independencia Cte. número 1009.  
colonia Reforma Ferrocarriles Nacionales  
Teléfono: 722 226 26 00 ext. 64017  
Correo: uppe\_isem@hotmail.com  
Horario de atención: 09:00 - 18:00 horas

Además, en la página institucional se pueden apreciar advertir la dirección, teléfono, correo electrónico, horario del área de Atención Ciudadana, una línea Tel- Salud Orientación Médica 01 800 249 9000, así como los datos de contacto del Instituto de Salud del Estado de México como son teléfono y correo electrónico.



Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



EDOMEX  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Inicio Biblioteca Virtual Enfermedades Transmisibles Enseñanza e Investigación Regulación Sanitaria Salud Bucal Trámites y Servicios Unidades Médicas VIH/SIDA/ITS

Secciones: ¿Quiénes Somos?, Transparencia, Datos de Información en Salud, Biblioteca Virtual, Boletines Epidemiológicos, Información Financiera, Enlaces, Eventos, Temas, Intranet, Secretaría de Salud, Portal Edomex.

Eventos: TEMPORADA INVERNAL NAVIDAD CON SEGURIDAD. Del 1° de Octubre del 2017 al 21 de Marzo del 2018.

Temas: Vacunate... Prevenir es vivir, Vacunate contra la Influenza, Prevenir es Vivir, "Mujer Migrante, conoce tus Derechos", Marco Legal de la Medicina y Partería Tradicional.

Ventanilla Electrónica Única de Trámites y Servicios

Teléfonos y contactos de utilidad: 01.800.249.9000 Tel-Salud Orientación Médica, 066 Emergencias y Rescate (722) 2.72.01.22 y 2.72.01.32 Servicio de Urgencias (SUEM), 01.800.900.32.00 01.800.628.37.62 Líneas de atención a la mujer Embarazada, 01.800.400.41.41 Atención sobre Influenza (722) 2.26.25.00 Ext. 64227 Atención Ciudadana (722) 2.26.25.00 Ext. 64156 Beneficencia Pública (722) 167.48.13, 167.48.78, 214.74.26

Por lo que respecta a las solicitudes de acceso a la información pública, de la información contenida en fracción XVII de la página IPOMEX Solicitudes de Información Recibidas y Atendidas, se advierte que para el año evaluado se atendieron 3 solicitudes (a pesar de que se registran 97 para 2013, 42 en 2014, 61 en 2015 y 244 en 2017, de las cuales ninguna re refirió a temas del programa y proyectos evaluados, por lo que tampoco se emitió alguna resolución del INFOEM para modificar la respuesta entregada al particular.



www.ipomex.org.mx/ipo/portal/isem/solicitudes2/2016/0/1.web

ipomex Información Pública de Oficina Mexiquense

LISTADO DE FRACCIONES

Solicitudes Recibidas y Atendidas  
FRACCIÓN XVII  
Solicitudes de Información Pública del 2016

Mostrando 1 al 3 de 3 registros

001

Tipo Solicitud:  
Solicitudes de Información Pública  
Fecha de presentación de la solicitud: 06/01/2016  
Folio de la Solicitud: 00001/ISEM/IP/2016

Información requerida:  
Buen día!! Mi nombre es Maria Eugenia Ramundo. Soy Licenciada en Psicología recibida en la Universidad de Buenos Aires USA (Argentina). Me contacto con ustedes ya que en Febrero me encontraré viajando a Guadalajara, Jalisco para radicarme allí por 1 año por motivos personales y quería contarles mi situación para saber si podrían orientarme: mi título aún se encuentra en trámite (por finalizar) pero no se si en febrero voy a poder obtenerlo y si es así tampoco podré tramitar la matrícula. La misma es de carácter nacional por lo tanto no me sirve en México. Igualmente me encuentro interesada en poder brindar mi servicio como profesional de la salud mental en Guadalajara. Quisiera saber como proceder! Les envío mi CV actualizado Muchas gracias!! Saludos

Respuesta:  
Esta Unidad de Información, así como las unidades administrativas adscritas a este Instituto de Salud del Estado de México, desconocen el procedimiento así como los requisitos para realizar servicio como profesional en la ciudad de Guadalajara. En el Estado de Jalisco existe el Instituto de Información y Transparencia de Jalisco.

Solicitudes Recibidas y Atendidas 2016 FRACCIÓN XVII

Solicitudes de Información Pública  
2017(24) 2016(3) 2015(61)  
2014(42) 2013(97)

Solicitudes de Acceso a Datos Personales  
2015(10) 2014(3) 2013(19)

Solicitudes de Cancelación de Datos Personales  
2017(2) 2015(1)

ULTIMA ACTUALIZACIÓN  
viernes 22 de abril de 2016 13:55, horas  
ELCINA SILVETTE DIAZ GUTIERREZ  
CFM3003

DESCARGAR REGISTROS: [1]

Finalmente, se considera recomendable difundir información para consulta de la población, respecto de los servicios que se ofrecen en cada uno de los proyectos evaluados, así como a la normatividad que los regula de forma integrada y de fácil acceso, así como los datos de contacto y ubicación de las unidades médicas.

## ¿CÓMO SE REALIZA EN EL ÁREA DE ENFOQUE ATENDIDA.

para medir el grado de satisfacción de su población, usuarios o área de enfoque atendida con las siguientes características?

- La aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.
- Corresponden a las características de la población, usuarios o área de enfoque atendida.
- Los resultados que arrojan son representativos.

NIVEL	CRITERIOS
4	Los instrumentos para medir el grado de satisfacción de la población, usuarios o área de enfoque atendida cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

### **Respuesta: Sí, nivel 4**

El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población, cuya aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas, corresponden a las características de sus beneficiarios y los resultados que arrojan son representativos, por lo que se otorga el **nivel 4**.

Al respecto, se identificó el documento *Lineamiento para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud*,<sup>115</sup> emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, con vigencia 2015-2017, el cual resulta aplicable solamente para los beneficiarios del Seguro Popular.

Se precisa que, con el fin de apoyar al Sector Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, creó a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud la figura del Gestor del Seguro Popular (GSP):

**GSP:** personal que tiene como una de sus funciones en coordinación con el Gestor de Calidad, orientar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud acerca de los procedimientos a seguir para atender cada una de sus solicitudes (sugerencias, felicitaciones, quejas y/o solicitudes de gestión).

También se establece el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP):

**COCASEP:** órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.

Además, se cuenta con Módulos de Atención y Orientación al Usuario, Buzón de Atención al Usuario del Sistema Unificado de Gestión, y se puede implantar una línea telefónica local, chat en línea, vínculos en páginas web institucionales, correo electrónico del área estatal de calidad, o la utilización de plataformas electrónicas gratuitas.

Se estima que los resultados que emite son representativos, ya que las solicitudes de atención

<sup>115</sup>Gobierno de la República, Secretaría de Salud, *Lineamiento para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud*, 2015.

#### Comunicación creativa

- Oportunidad en la atención
- Surtimiento de insumos (incluye medicamentos)
- Seguridad
- Equidad
- Trabajo social
- Cobros injustificados.

Por otro lado, se considera que corresponde a las características de los beneficiarios, ya que se recaba del usuario, familiar o representante, en su Solicitud de Atención el nombre(s) completo(s), apellidos paterno y materno, el género, el tipo de seguridad social, el domicilio en el que desea se reciba la notificación de resolución de su inconformidad, o en su caso, correo electrónico y/o número telefónico, la descripción de la Solicitud de Atención, así como la firma o huella del usuario para autorización expresa del uso de datos personales para dar seguimiento y contestación.

En relación a si se realizan de manera que no se induzcan las respuestas, en el referido documento se señala que, *con la finalidad de generar confianza y credibilidad de los usuarios, así como para dar a conocer el SUG; en las áreas de mayor circulación, se colocarán carteles dirigidos a los usuarios a efecto de incentivar el uso de los buzones y los módulos de atención y orientación al usuario. En el mismo cartel, también se pueden plasmar los derechos que tienen los usuarios, así como sus obligaciones.* Además, en el Formato Unificado de Solicitud de Atención FUSA, se advierte que existe un espacio para que el solicitante de su propia letra describa de forma clara y precisa su solicitud señalando datos importantes como fechas, personas involucradas, así como lugares y hechos.

Finalmente, en dicho documento, se considera al Aval Ciudadano, como un mecanismo de participación ciudadana que avala las acciones de calidad percibida y trato digno realizadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cual es independiente y contribuye a evaluar los servicios de salud, coadyuvando con las instituciones a obtener la confianza de los usuarios.

Para mayor abundamiento, se registra el **Anexo 15 Instrumentos de Medición del Grado de Satisfacción de la Población o Área de Enfoque Atendida**.

**43. ¿Cómo documenta el Pp sus resultados a nivel de Fin y de Propósito?**

- a) Con indicadores de laMIR.
- b) Con información de estudios o evaluaciones rigurosas estatales, nacionales o internacionales, que muestran el impacto de programas similares.

Los resultados del programa a nivel de fin y de propósito se documentan mediante los indicadores incluidos en la Matriz de Indicadores de Resultados y en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores, en los Informes de metas por proyecto y unidad ejecutora que se realizan trimestralmente, así como en los contenidos que al respecto se integran en el Informe de Gobierno y en las cuentas de la hacienda pública que se realizan anualmente. Así como mediante los reportes que se realizan a diversas instancias de la Secretaría de Salud federal y la información que se registra en los principales sistemas de información del sector salud.

La documentación de los resultados del programa presupuestal a nivel de Fin y de Propósito se realiza a través de los informes trimestrales que se realizan a través de las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores, mediante el Sistema Integral de Evaluación del Desempeño del Gobierno del Estado de México, mejor conocido como el SIED, los cuales ya han quedado acreditados a través las respuestas proporcionadas a preguntas anteriores relacionadas con el tema.

Los resultados se documentan también a través de Avance de metas por proyecto y unidad ejecutora, mediante el informe trimestral en el formato PbR 11<sup>a</sup>, a través del Sistema de Planeación y Presupuesto (SIPREP), como son los egresos hospitalarios y la consulta externa de especialidad que se reportan para el proyecto Atención Médica Especializada de Tercer Nivel para la Población Infantil<sup>116</sup>; las dosis de vacunación aplicadas respecto al proyecto Esquemas de vacunación universal; o las metas referidas a la detección de infecciones respiratorias agudas o las enfermedades diarreicas agudas en el proyecto Atención en salud al menor de 5 años.

Otro medio mediante el cual se documentan los resultados del programa es el Informe de Gobierno que toma como eje las acciones, metas e indicadores comprometidos en el Plan de Desarrollo del Estado de México, en este caso el correspondiente al 2011-2017, en el cual se incluyen los temas *Establecer como prioridad la prevención médica+y Fortalecer la atención médica+*<sup>117</sup> se incluyeron como estrategias fundamentales para el *Combate a la pobreza*; a continuación se muestran algunos párrafos que ilustran los logros en salud en el 6<sup>o</sup> Informe de Gobierno relacionados con los proyectos objeto de evaluación:

Respecto al proyecto Esquemas de vacunación universal:

*Durante el periodo que se informa, en el Estado de México se aplicaron 8 millones 45 mil 760 dosis de vacunación a niños menores de 5 años, a mujeres embarazadas y en edad fértil, así como a población en riesgo, de las cuales un 81.8% correspondió al Instituto de Salud del Estado de México*

<sup>116</sup> Gobierno del Estado de México, Informe de metas por proyecto y unidad ejecutora, Ejercicio 2016, Pbr-11<sup>a</sup>, Cuarto trimestre, Programa Salud para la población infantil y adolescente, proyectos: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil; Esquemas de vacunación universal; Atención en salud al menor de 5 años.

<sup>117</sup> Gobierno del Estado de México, 6<sup>o</sup> Informe de resultados, Eruviel Ávila, 1<sup>o</sup> de septiembre del 2017.

ollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), el Estado de México y Municipios (ISSEMYM), 12.5% al IMSS) y 1.9% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Respecto al proyecto Atención en salud al menor de 5 años:

Se otorgó un millón 749 mil 908 consultas para la detección y tratamiento de infecciones respiratorias (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS), correspondiendo al ISEM una participación del 31.0%, al ISSEMYM 5.8% y al IMSS 63.2%. Cabe mencionar que un 85% de las consultas otorgadas se orientó a la atención de enfermedades respiratorias y 15% a la de enfermedades diarreicas agudas.

También la Cuenta de la Hacienda Pública es un mecanismo para documentar los logros del programa, como se puede evidenciar a través del siguiente párrafo extraído de la Cuenta Pública del ISEM correspondiente al ejercicio fiscal 2016<sup>118</sup>:

Con el fin de coadyuvar en el cumplimiento de dichos compromisos, el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), aplicó 291 mil 168 vacunas a población de 5 a 9 años, alcanzando un cumplimiento de 82.4 por ciento respecto a las 353 mil 365 dosis programadas. Se aplicaron 930 mil 876 dosis de vacunas a población adolescente de 10 a 19 años (+VPH), con un alcance del 117.3 por ciento respecto de las 793 mil 687 dosis programadas+

Capacitación de un millón 637 mil 993 personas en atención integrada para el manejo efectivo en el hogar de las enfermedades prevalentes de la infancia y la adolescencia (0-9/10/19 años), reflejando un alcance del 98 por ciento respecto a las un millón 670 mil 624 personas programadas para capacitación+

En lo que respecta a atención médica hospitalaria se registraron 253 mil 951 egresos hospitalarios, con un alcance del 92.3 por ciento respecto a los 275 mil 85 egresos programados. En relación con la población de responsabilidad de 9 millones 386 mil 117 personas, se dieron 27 egresos por cada mil habitantes, tasa ligeramente inferior al 29.3 previsto. El promedio de días estancia fue 3.1 días por cada egreso hospitalario, número cercano a los 3 días promedio programados+

Además, tanto la esperanza de vida, como la muerte infantil en menores de 5 años por IRAS y EDAS, corresponden a indicadores incluidos para mediciones nacionales, ya que están incluidos en el Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en los Lineamientos de Operación 2016 Prevención, Control y Tratamiento de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas y en la Metodología Caminando a la Excelencia a nivel federal; así mismo corresponden a indicadores que dan cuenta del avance en el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las Metas más allá del Milenio.

En la Metodología Caminando a la Excelencia se incluye tanto el Programa de vacunación universal+ como el de Prevención de la mortalidad infantil en el que además de incluir los objetivos, estrategias y metas del Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se incluyen los criterios para determinar la calificación obtenida en el desempeño con base en un análisis vectorial que realiza la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Las metas para el 2018 son:

<sup>118</sup> Instituto de Salud del Estado de México, Cuenta Pública 2016

Para la evaluación del Programa Nacional de Vacunación se incluyen los siguientes indicadores:

1. Cobertura de vacunación con esquema completo en niños menores de 1 año de edad.
2. Cobertura de vacunación con SRP en niños de 6 años de edad.
3. Logros de vacunación con vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) en población de 6 a 59 meses de edad.
4. Proporción de niñas de 5to. Grado de primaria vacunadas contra el VPH y de 11 años no escolarizadas.
5. Cumplimiento de actividades de los Consejos Estatales de Vacunación.

Como es de suponer, determinar el avance de las metas e indicadores para evaluar el cumplimiento del Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, precisa del registro de información y de los reportes que periódicamente deben realizar las entidades federativas, en este caso el Instituto de Salud del Estado de México a través de las unidades administrativas responsables.

Una evidencia es el informe de Evaluación EDAS e IRAS, enero- diciembre 2016<sup>119</sup>, formulado por el Instituto de Salud en el que se incluyen las metas, logros y valoración por jurisdicción (las del Valle de México y el resto de la entidad), el global estatal, así como un histórico a partir del 2009 respecto de las Consultas de detección de primera vez Enfermedades Diarreicas Agudas, y un ejercicio igual para Infecciones Respiratorias Agudas. Dichos informes son fuente de los boletines trimestrales que emite la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología *Caminando a la excelencia+* (CAMEX)<sup>120</sup>, que es producto de una metodología que se desarrolló desde el 2001 para disponer de una herramienta que *Permitiera* comparar el avance y el impacto de los Programas de Salud Pública en ámbito nacional y con ello crear indicadores dentro de un proceso único e integral de evaluación<sup>121</sup>, a nivel estatal el modelo permite, entre otras *Monitoreo* permanente del comportamiento de los indicadores y el índice de desempeño por programa y jurisdicción sanitaria; Verificación de los resultados de la evaluación con las jurisdicciones sanitarias y en caso de requerirlo, cotejo con nivel nacional; Diseño e instrumentación de acciones encaminadas a mejorar los aspectos con resultados deficientes y Verificar el cumplimiento de las acciones encaminadas a mejorar los aspectos con resultados deficientes y su impacto sobre los resultados en la evaluación+

Como se puede advertir, el programa presupuestal dispone de diversos mecanismos para documentar sus resultados a nivel de fin y de propósito, tanto a través de indicadores como de informes estatales y federales basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia, como es el caso del sistema vectorial *Caminando a la Excelencia*.

<sup>119</sup> Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Subdirección de Epidemiología, Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia, Evaluación EDAS e IRAS Enero-diciembre 2016, Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

<sup>120</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Caminando a la Excelencia* 2001-2016, Tercer trimestre 2016.

<sup>121</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Manual metodológico *Caminando a la excelencia* 2015.



**PDF Complete**  
 Your complimentary use period has ended.  
 Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

¿Los indicadores de fin y de propósito, inciso han sido sus resultados?

Respuesta: Si, nivel 3

Con base en el comportamiento de los indicadores establecidos para medir los objetivos a nivel de fin y de propósito es posible afirmar que los resultados para ambos son satisfactorios, sin embargo, los resultados son insuficientes para afirmar la medida en que el programa presupuestal contribuye al fin, por lo que se le asigna el **nivel 3**.

NIVEL	CRITERIOS
3	Hay resultados satisfactorios del Ppanivel de Fin y de Propósito.

Como se señaló en la pregunta 40, tanto el indicador de fin con el de propósito registraron resultados satisfactorios; en el primero se logró incrementar de 75.06 a 75.41 años la esperanza de vida, y alcanzó el 100%; sin embargo, como ya se mencionó las cifras no corresponden a la %esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)+, además, resulta complejo establecer la medición respecto de la contribución concreta del ISEM a dicho indicador.

Por lo que respecta al Propósito, se estimaban 122 muertes por IRAS y EDAS en menores de 5 años, que representaba una tasa de 7.94 tomando como base a una población estimada 1,535,965 niños de ese grupo de edad; como resultado se reportan 154 decesos, con respecto a 1,538,606 niños registrando una tasa de 10.01 superior a la prevista; no obstante que el número de muertes fue superior a la prevista y la tasa de mortalidad infantil por IRAS y EDAS mayor a la programada, en la ficha se registra una eficiencia de 126%. Corrigiendo el ejercicio el alcance de la meta sería de 78%. La lógica de este ejercicio señala que lo positivo es que disminuyan las muertes y baje la tasa.

Si el avance en este indicador se analiza de forma aislada resultaría que el alcance fue limitado, sin embargo, considerando el comportamiento histórico, el descenso en el número de muertes por IRAS y EDAS reportado en el 2013 fue de 512; de 326 en el 2014 y de 356 en el 2015, registrando desde luego una disminución en la tasa de mortalidad, resulta que registrar 154 muertes en el 2016 es menos de la mitad de las registradas en el año anterior, por lo que si bien el alcance con respecto a lo comprometido resulta moderado, resulta satisfactorio, incluso sobresaliente si se incluye la variable temporal.

Por lo anterior, se considera que los dos indicadores muestran resultados satisfactorios, no obstante que existe la limitante para establecer la medida en que el programa contribuye a incrementar la esperanza de vida.

...aciones externas, auditorías al desempeño, informes de  
u otros relevantes que permitan identificar hallazgos  
propósito del Pp -inciso b) de la pregunta 43- ¿dichos  
documentos cumplen con las siguientes características?

- a) Se compara la situación de la población o área de enfoque beneficiarias en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo y/o ejecutar acciones, obras o proyectos.
- b) La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de la población o área de enfoque beneficiarias y la intervención del Pp.
- c) Dados los objetivos del Pp, la elección de los indicadores utilizados para medir los resultados se refiere al Fin y Propósito y/o características directamente relacionadas con ellos.
- d) La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Pp.

**Respuesta: no**

Como se ha mencionado en preguntas anteriores, el programa evaluado y sus tres proyectos, no cuenta con evaluaciones externas de ningún tipo, auditorías al desempeño, informes de organización independientes, u otros relevantes, en consecuencia, tampoco existen hallazgos relacionados con el fin y el propósito del programa, inciso b) de la pregunta 43.

Lo anterior, considerando que solo se identificó la Auditoría número 041-0113-2016 denominada Auditoría administrativa de operaciones al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia en la Subdirección de Servicios Generales y Control Patrimonial del Instituto de Salud del Estado de México, aplicada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México; así como de la Inspección número 041-1097-2016 al registro y aplicación de biológico en la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo del Instituto de Salud del Estado de México realizada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por el órgano de control interno del Instituto de Salud del Estado de México, que, dada su naturaleza, su alcance es mínimo.

En virtud de lo anterior, no es posible comparar la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo; ni identificar alguna relación entre la situación actual y la intervención del programa; la elección de los indicadores utilizados para medir el fin y el propósito no es la adecuada; el haber llevado a cabo una auditoría y una inspección son insuficientes para garantizar la representatividad de los resultados, lo anterior en virtud de que dichos procesos se realizaron al proyecto Esquemas de vacunación universal y fueron procesos aislados.



**PDF Complete**  
Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

evaluaciones, auditorías de desempeño, informes de otros relevantes, que permitan identificar uno o varios hallazgos en y/o el Propósito del Pp, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Como se mencionó en la pregunta anterior, no se cuenta con evaluaciones, auditorías de desempeño, informes de organizaciones independientes, u otros relevantes, que permitan identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa presupuestario ni sus tres proyectos evaluados

Tema de evaluación: Diseño del programa:

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
<p>El acceso a la salud es un derecho constitucional y la salud para la población infantil y adolescente es prioridad en la agenda pública nacional y estatal.</p> <p>El logro del Propósito aporta al cumplimiento de los objetivos del programa sectorial, ya que se orienta a la atención de un objetivo superior encaminado a la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, mediante la prestación oportuna de servicios médicos y acciones de prevención, detección y control.</p>	1 a 12	
<p>Existe información que permite conocer a los menores que reciben los componentes del programa y sus características de acuerdo con los documentos normativos; está sistematizada y cuenta con mecanismos para su depuración y actualización.</p>		
<p>Todos los elementos contenidos en el resumen narrativo del programa presupuestal se identifican en documentos normativos.</p>		
<p>La definición de las metas para la formulación del programa anual se lleva a cabo a través de un ejercicio colegiado en el que intervienen los ejecutores de los proyectos y es coordinado por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.</p>		
<p>Existe complementariedad con diversos programas estatales ejecutados por la Secretaría de Desarrollo Social, el DIFEM y el CEDIPIEM, que coadyuvan al cumplimiento del fin y propósito; así mismo, presenta coincidencia con las acciones realizadas por el ISSEMYM.</p>		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		

Preguntas	Recomendaciones
-----------	-----------------

**Fortaleza y Oportunidad**

<p>El problema principal establecido en el árbol, no está formulado como un hecho negativo o una situación que pueda ser revertida o atendida como lo establece la MML; solo se afirma, por una parte, que la población infantil presenta mortalidad y morbilidad por infecciones respiratorias y diarreas agudas, y por la otra, que los adolescentes no reciban información y capacitación oportuna para prevenir conductas de riesgo; no se cuantifica ni caracteriza a la población y la definición es imprecisa.</p>	1 a 12	<p>Realizar un análisis minucioso para que, con base en un diagnóstico razonado, se identifiquen las problemáticas que le impiden disminuir la incidencia de la tasa de mortalidad infantil, particularmente en municipios con mayor rezago, así como analizar la conveniencia de que permanezcan en el mismo programa la población de menores de 5 años y los adolescentes.</p>
<p>Cuenta con un diagnóstico en el que se precisa el modelo de intervención que atiende a los objetivos definidos a nivel nacional e internacional, respecto a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil. Sin embargo, no se caracteriza y cuantifica la población objetivo. El programa en lo general está enfocado a la población infantil menor de 5 años y se debe priorizar geográficamente con base en la incidencia de las enfermedades y las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.</p>		<p>Perfeccionar y profundizar los diagnósticos, caracterizar y focalizar el problema; identificar correctamente sus causas y efectos; incluyendo un análisis FODA. Definir con precisión la población a la que van dirigidos los proyectos, que permita dimensionar la capacidad del ISEM en la atención de los servicios, a efecto de dirigir políticas públicas para corregir los desequilibrios entre municipios y regiones; así como ampliar la cobertura que a la postre logre reducir la brecha en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, y alcanzar los estándares internacionales. En los programas de acción específica y en algunas disposiciones normativas se identifica información útil para fortalecer los diagnósticos formulados para el programa y los proyectos</p>
<p>Los tres proyectos evaluados se circunscriben a la población infantil menor de 5 años; el proyecto de control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente, forma parte del programa y se orienta en lo general a la población adolescente.</p>		<p>Valorar la conveniencia de mantener en un solo programa la atención de los dos grupos de población, o en su caso, adicionar proyectos enfocados a adolescentes.</p>
<p>En los diagnósticos, estrategias y acciones para hacer frente a la mortalidad infantil, prevalece la orientación a las acciones correctivas y no a las preventivas.</p>		<p>Fortalecer las acciones preventivas, impulsar acciones que sumen los esfuerzos de los tres órdenes de gobierno y alienten la participación comprometida de la sociedad, a fin de hacer frente y disminuir las enfermedades diarreas e infecciosas agudas, que inciden de forma sobresaliente en la mortalidad infantil.</p>

**Fortaleza y Oportunidad**

Las poblaciones potencial y objetivo están referidas de forma general a los menores de 5 años; para cada proyecto se definen unidades de medida, están cuantificadas, y se establece un plazo para su actualización. No obstante, no se dispone de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información; tampoco hay evidencia del uso de las definiciones de población en la planeación y ejecución de los servicios que se proporcionan.

Hay diferencia entre los indicadores integrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores y los de la Matriz de Indicadores para Resultados; en ambos casos registran debilidades que limitan su uso para monitorear y evaluar el programa y sus proyectos.

Elaborar en un solo documento la metodología integrada para la definición, caracterización, cuantificación y focalización de las poblaciones potencial y objetivo; precisando las fuentes oficiales de información. Dicha metodología deberá ser aplicada en la elaboración de los diagnósticos, la planeación y la programación para atender a las necesidades; y desde luego en las herramientas de monitoreo y evaluación tales como son el diseño y seguimiento de indicadores y las mediciones sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios. Armonizar las unidades de medida entre las metas e indicadores, de tal forma que permitan valorar objetivamente el alcance de las metas y resultados de los proyectos. Garantizar que los criterios adoptados permitan la comparabilidad en el tiempo y en el espacio. Considerar la capacidad económica y financiera para la ejecución de los proyectos.

Armonizar los indicadores contenidos en la MIR y en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores, realizar las adecuaciones necesarias a su construcción para que permitan dar seguimiento al cumplimiento de las metas y actividades que realizan las instancias ejecutoras, así como a la gestión y resultados del programa.

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
<p>El Programa Sectorial de Salud Federal contempla a la salud infantil y adolescente como un problema prioritario, y para su instrumentación diseñó el Programa de Acción Específica.</p> <p>El programa es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, que establece los resultados que se pretenden alcanzar y cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.</p>	13 a 21	
Cuenta con programas anuales, que incluyen metas que se revisan trimestralmente y se actualizan de forma anual.		
Se recaba información que permite verificar la contribución del Programa a los objetivos del Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 y al Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, se identifican los tipos y montos de los apoyos otorgados a los usuarios y se recolecta información de las características de la población beneficiada.		Alinear al nuevo PDEM y sus programas
El Programa recolecta información para monitorear su desempeño, de manera oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada, es pertinente respecto de su gestión; permite medir los indicadores de Actividad y Componente.		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
No se cuenta con evaluaciones, auditorías al desempeño o informes de organizaciones independientes, realizados al programa presupuestario. Durante el periodo sólo se identificó una auditoría administrativa de operaciones y una inspección.	13 a 21	Realizar evaluaciones de forma permanente al programa y sus proyectos, cuyos resultados permitan sustentar políticas públicas, estrategias y acciones para mejorar los procesos del programa, sus resultados y el impacto en la población infantil menor de 5 años.
No se identificó alguna evidencia de que se recolecte información para la población que no recibe apoyos del programa presupuestario.		Establecer los mecanismos y los registros administrativos que permitan comparar a la población beneficiada de no la no beneficiada con los servicios que se proporcionan a través de los proyectos, lo anterior con el objeto de contar con información que contribuya a determinar el impacto del programa.

	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Existen mecanismos para identificar a su población, sustentados en diversos documentos, principalmente emitidos por la Secretaría de Salud con la participación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.		
La existencia de instituciones que generan información oficial confiable sobre la población y sus condiciones respecto al acceso a la salud, la prevalencia de enfermedades; mortalidad; así como las proyecciones de población desagregado por edad y con criterios geográficos que pueden ser utilizados para definir las poblaciones y establecer estrategias de cobertura confiables		
Anualmente se definen metas de cobertura, en la que se precisa la población objetivo, en congruencia con el diseño del programa. El horizonte a mediano plazo se identifica a través de las metas establecidas en el programa sectorial estatal, así como en el Programa de acción específica federal.	22 a 24	
Existen mecanismos documentados para identificar a su población, principalmente emitidos por la Secretaría de Salud con la participación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, así como fuentes de información confiables para sustentar una estrategia de cobertura adecuada.		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
<p>No se dispone de una estrategia de cobertura explícita, ésta de reduce a la determinación de las metas en los programas anuales que se formulan tanto para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, como para la Secretaría de Finanzas y de Salud del Gobierno del Estado de México.</p> <p>Algunas inconsistencias observadas en los indicadores y las metas no permiten establecer con precisión la cobertura del programa, derivan de variaciones en las unidades de medida; en la definición de la población de responsabilidad y la variación en los grupos de edad a los que van dirigidos los programas.</p>	22 a 24	<p>Disponer de un documento específico para el programa y cada proyecto que integre las normas y criterios existentes a nivel federal y estatal vinculadas a la población objetivo, para identificar de forma expedita los criterios para definir a las poblaciones, y formular una estrategia de cobertura que incluya la identificación, caracterización, cuantificación y focalización objetiva de sus poblaciones, que permita avanzar en la corrección de brechas entre municipios y jurisdicciones en cuanto al acceso a los servicios de salud y las tasas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años por IRAS y EDAS.</p> <p>Analizar el origen de las inconsistencias en la definición de la población de responsabilidad, realizar las gestiones para asegurar su congruencia, consistencia y objetividad.</p>

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
La información que se genera en la operación de los proyectos se registra en sistemas de información que integran las bases de datos respectivas que permite conocer la demanda de servicios, así como las características de los usuarios.	25 a 41	
Los procedimientos para la administración y operación de los proyectos corresponden a las características de la población, incluyen formatos específicos para recibir, registrar y proporcionar los servicios a los pacientes, están apegados al documento normativo, la mayoría está disponible para la población objetivo y deben ser utilizados por todas las unidades aplicativas.		
Cuenta con mecanismos documentados, estandarizados y sistematizados para verificar que la prestación de los servicios se realice de acuerdo con la normatividad. La atención es universal y los únicos criterios de selección están referidos a la edad y el tipo de padecimiento.		
Dispone de mecanismos documentados, sistematizados y estandarizados para verificar que la ejecución de las acciones contempladas en cada proyecto, se realizan de acuerdo con sus documentos normativos.		
No se manifiestan problemas para la transferencia de recursos federales y estatales al Instituto de Salud del Estado de México, ni en la ministración interna de los recursos.		
Existen mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir de manera electrónica y accesible sus documentos normativos y principales resultados; cuenta con datos de contacto y no se han modificado respuestas de acceso a la información a partir de recursos de revisión presentados ante el INFOEM.		Difundir información de los servicios que se ofrecen en cada proyecto, así como a la normatividad que regula a cada uno de ellos de forma integrada, así como incluir los datos de contacto y ubicación de las unidades médicas.
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
No todos los servicios que se proporcionan a través del programa están definidos como componentes en el resumen narrativo.	25 a 41	Fortalecer la Matriz de Indicadores de Resultados con base en la MML; asegurar la identificación como componentes de los principales servicios que se brindan; así como la congruencia y coherencia vertical y horizontal del resumen narrativo.
La mayor parte de las disposiciones regulatorias del programa están dispersas y corresponden a procedimientos médicos. Los procedimientos administrativos documentados para el ISEM son insuficientes y algunos no son vigentes.		Documentar, integrar en un manual y oficializar los procedimientos administrativos que den cuenta objetiva de la interacción entre las unidades que intervienen en operación del programa y faciliten la regulación de los procesos internos.

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Las unidades médicas registran en el Sistema de Información en Salud las vacunas aplicadas por grupo de edad y las dosis; a partir de la cual se conforma el Censo Nominal, cuya cobertura aún es parcial.		Definir estrategias para disponer del Censo Nominal integral de la población atendida previsto en la norma, de las zonas rurales y urbanas, con controles de calidad que permitan su registro oportuno y confiable.
La atención universal no se ha generalizado en virtud de la demanda en algunos centros de salud ha rebasado su capacidad instalada y en algunas ocasiones no cuentan con la infraestructura o los recursos humanos y técnicos suficientes para atender oportunamente toda la demanda.		Priorizar la dotación de infraestructura y de recursos humanos, a los centros de salud ubicados en localidades que presenten mayor rezago en la atención de la demanda.
En la actualización periódica de los documentos normativos no se identificó alguna modificación sustantiva que permita agilizar la atención a los solicitantes.		Analizar la normatividad federal y estatal para proponer adecuaciones que permitan reducir tiempos, costos de operación, y requisitos para acceder a los servicios de salud.
Se observan diferencias en los indicadores que se utilizan para la medición de los mismos fines, con inconsistencias en su diseño y en la aplicación de criterios para el manejo de las cifras y en la calidad del dato.		Diseñar y adicionar indicadores homologados con los nacionales, que permitan la comparabilidad no sólo con respecto al alcance de las metas de la institución, si no, con respecto al desempeño nacional y el de otras entidades federativas.

**Tema de evaluación: Percepción de la población atendida**

Fortaleza y Oportunidad/ Debilidad o Amenaza	Pregunta	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población; se aplican sin inducir las respuestas, corresponden a las características de sus beneficiarios y los resultados que arrojan son representativos.	42	

los

Fortaleza y Oportunidad/ Debilidad o amenaza	Pregunta	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Se dispone de diversos mecanismos para documentar los resultados a nivel de fin y de propósito del programa, tanto a través de indicadores como de informes estatales y federales basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia.	43 a 46	
Existen metodologías nacionales expreso para valorar los resultados de las entidades federativas respecto a la salud infantil, con indicadores y criterios claros para su formulación, registro y control que pueden ser utilizados como referente para el desempeño local, que incluso atienden a mediciones de carácter internacional, en particular las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a los cuales el programa contribuye.		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
No se cuenta con evaluaciones externas de ningún tipo, auditorías al desempeño, informes de organización independientes, u otros relevantes, en consecuencia, tampoco existen hallazgos relacionados con el fin y el propósito del programa	43 a 46	Realizar procesos de evaluación externos, cuyos resultados fundamenten la toma de decisiones para fortalecer o reorientar políticas públicas que contribuyan a mejorar los procesos del programa y los resultados.
Las imperfecciones en el diseño de los indicadores limitan la medición de sus resultados.		Disponer de indicadores fuertes que permitan medir con objetividad el alcance de los objetivos que se pretende medir. Incluyendo los que contribuyan a valorar el desempeño y resultados del programa y sus proyectos en el contexto nacional y no sólo contra sus propios resultados



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

TADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y

**NO APLICA**

en *Atención Infantil y Adolescente* (en los tres proyectos materia de evaluación: *Atención en salud al menor de 5 años, Esquemas de vacunación universal y Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*), identifica un problema que se busca resolver, sin embargo, no está descrito como un hecho o situación negativa que pueda ser revertida y aunque refiere a la población a atender, existen imprecisiones en su caracterización y cuantificación.

- ✓ El programa cuenta con un diagnóstico que permite conocer la situación del problema que se pretende atender, con imprecisiones en la identificación de las causas y efectos, que limitan la definición de acciones específicas para resolverlo. Se definen los objetivos y el modelo de intervención; se identifica el impacto presupuestal y las fuentes de financiamiento; pero enfrenta limitaciones para caracterizar, cuantificar a su población y dimensionar el problema.
- ✓ El programa evaluado está teórica y empíricamente justificado y cuenta con evidencia de los efectos positivos atribuibles a sus componentes; se sustenta en un modelo de intervención nacional que atiende a pautas y metas internacionales, por lo que se considera que el modelo es eficiente y eficaz respecto de otras alternativas para la atención de la salud infantil.
- ✓ Existen conceptos comunes entre el propósito establecido en la MIR, el objetivo del plan de desarrollo sobre el combate a la pobreza; estrategias del programa sectorial relativas a establecer como prioridad la prevención médica; fortalecer la atención médica y cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen. Por lo tanto, el logro del propósito aporta al cumplimiento de los instrumentos de planeación estatal.
- ✓ Las poblaciones potencial y objetivo están referidas de forma general a los menores de 5 años; no obstante, no se dispone de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información; tampoco hay evidencia del uso de las definiciones de población en la planeación y ejecución de los servicios que se proporcionan, particularmente de la población objetivo.
- ✓ La población potencial definida para el proyecto *Atención en salud al menor de 5 años*, se enfoca a menores de 5 años en el Estado de México; la del proyecto *Esquemas de vacunación universal* se orienta a los infantes menores de 5 años en el Estado de México de responsabilidad del ISEM; mientras que la del proyecto *Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil*, está referida a neonatos (menores de 30 días) en el Estado de México.
- ✓ Existe información sistematizada que permite conocer quiénes reciben los componentes del programa presupuestario y las características de los infantes que fueron apoyados de acuerdo con sus documentos normativos; cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización.
- ✓ Es importante destacar que, atendiendo a la política de cero rechazos, se brinda atención a toda la población que solicita el servicio, en consecuencia, los registros de los servicios proporcionados corresponden a la demanda atendida. Sin embargo, la atención universal no se ha generalizado en virtud de la demanda en algunos centros de salud ha rebasado su capacidad instalada y en algunas ocasiones no cuentan con la infraestructura o los recursos humanos y técnicos suficientes para atender oportunamente toda la demanda.

en el resumen narrativo del programa presupuestal se

- ✓ Los ocho indicadores registrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores 2016, cuentan con casi todas las características establecidas en la pregunta; se advierte en un par de casos debilidad respecto a la línea de base y en otro respecto al comportamiento del indicador; no obstante, la fortaleza en su contenido, se observan algunas debilidades en su diseño.
- ✓ Existen diferencias entre los indicadores integrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores y los de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), en ambos casos registran debilidades que limitan el uso para monitorear y evaluar el programa y sus proyectos.
- ✓ La definición de las metas para la formulación del programa anual se lleva a cabo a través de un ejercicio colegiado en el que intervienen los ejecutores de los proyectos y es coordinado por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México.
- ✓ El programa evaluado encuentra complementariedad con diversos programas estatales ejecutados por la Secretaría de Desarrollo Social, el DIFEM y el CEDIPIEM, así como coincidencia con los servicios de salud proporcionados por el ISSEMYM a la población infantil de su responsabilidad.
- ✓ Se cuenta con programas anuales, resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, que elaboran los ejecutores de los proyectos, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el Manual para la Formulación del Anteproyecto, en coordinación con la Unidad de Programación y Evaluación; los cuales incluyen además del diagnóstico y las estrategias, la definición de metas que se revisan trimestralmente y se actualizan de forma anual.
- ✓ El Programa recolecta información para monitorear su desempeño de manera oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada, es pertinente respecto de su gestión, y permite medir los indicadores de Actividad y Componente.
- ✓ La estrategia de cobertura documentada está referida a la formulación del programa anual, en el que se precisa una población objetivo, metas de cobertura anual, con un horizonte de mediano plazo, las cuales son congruentes con el diseño del programa.
- ✓ Se identifican ocho procesos clave para la generación de los bienes y servicios del programa presupuestal. Los principales procesos del programa y sus procedimientos se sustentan en disposiciones y normatividad establecida particularmente por la Secretaría de Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, quien administra a nivel federal el proyecto.
- ✓ Los procesos clave para la generación de los bienes y servicios del programa presupuestal son Consulta externa de especialidad, Hospitalización pediátrica y Estimulación temprana para el proyecto %Atención médica especializada de tercer nivel+; determinación de necesidades, programación y aplicación de biológicos para %Esquemas de vacunación universal+; para el proyecto %Atención en salud al menor de 5 años+ consulta externa en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y en Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), y el proceso de capacitación a las

- enores de 5 años y la correspondiente a los médicos y
- ✓ Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de los servicios que se proporcionan a través de los tres proyectos son verificados a través de mecanismos estandarizados y sistematizados, así mismo, corresponden a documentos que son difundidos públicamente.
  - ✓ Existen mecanismos establecidos para verificar que los procedimientos para brindar los servicios se proporcionen de acuerdo con la normatividad, la mayoría corresponde a procedimientos médicos; no todos los administrativos propios del ISEM están documentados, ni integrados en un manual específico del programa Atención a la salud infantil y adolescente los que se realizan a través de los diferentes proyectos, para facilitar la regulación de sus procesos.
  - ✓ Los documentos normativos que regulan el programa tanto a nivel federal como estatal, se actualizan anualmente; sin embargo, no se identificó alguna modificación sustantiva que permitan agilizar los procesos a los solicitantes, ya que no están orientados a la parte operativa de los proyectos evaluados.
  - ✓ En el ejercicio fiscal 2016 se destinaron 3,320,494,362 pesos para ejecutar el programa evaluado, de los cuales el 8% correspondió al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil; 22% a Esquemas de vacunación universal; y el 64% para Atención en salud al menor de 5 años. No se manifiestan problemas para la transferencia de recursos federales y estatales al Instituto de Salud del Estado de México, ni entre los centros de salud y las jurisdicciones sanitarias.
  - ✓ Cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir vía internet sus documentos normativos, sus principales resultados, así como información del teléfono o correo electrónico de orientación. No se han solicitado modificaciones de respuesta derivado de recursos de revisión presentados ante el INFOEM
  - ✓ Se dispone de instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población, que arrojan resultados representativos, los cuales los cuales corresponden a las características de sus beneficiarios.
  - ✓ Dispone de diversos mecanismos para documentar sus resultados a nivel de fin y de propósito, tanto a través de indicadores como de informes estatales y federales basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia; que para el periodo evaluado registraron resultados satisfactorios, no obstante imperfecciones en el diseño de los indicadores limitan una valoración objetiva más allá del alcance de sus metas.
  - ✓ No hay evidencia de que en el periodo analizado el programa o sus proyectos hayan sido objeto de evaluaciones externas o auditorías al desempeño, u otros estudios e investigaciones relevantes.

## Federal

- Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, sus reformas y adiciones.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero del 2013.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud (Diario Oficial de la Federación, Diario Oficial de la Federación, 30 de octubre de 2012.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016, Programa de Atención a la Salud de la Infancia, 2016.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas, Prevención, Control y Tratamiento, 2009.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Vacunación, 2016.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Vacunación, Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016, 2016.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016, 2016.
- Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Manual de Enfermedades Respiratorias 2012, Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2012.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Lineamiento para el uso de la Herramienta SUG Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud, 2015.
- Secretaría de Salud, Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento Modelo 2015.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Estimulación temprana, lineamientos técnicos, mayo 2002.

## Estatal

- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 17 de septiembre de 198, sus reformas y adiciones.
- Ley de Planeación del Estado de México y Municipios, Gaceta del Gobierno, 21 de diciembre de 2001, sus reformas y adiciones.
- Ley de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 7 de mayo de 2015, reformas y adiciones.

México, Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, sus

México y Municipios, Gaceta del Gobierno, 9 de marzo de 1999, sus reformas y adiciones.

- Reglamento de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios, Gaceta del Gobierno, 16 de octubre de 2002, sus reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 12 de agosto, 2011, sus reformas y adiciones.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Manual de Normas y Políticas para el Gasto Público del Gobierno del Estado de México, Gaceta del Gobierno el 31 de julio de 2014.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 18 de diciembre del 2013.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad, septiembre 2011.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Organización Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+, Gaceta del Gobierno, 1º de febrero del 2011.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Funcionamiento de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM, octubre 2015.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM, Área Médica, abril del 2010.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimientos para el control de cuotas de recuperación en las jurisdicciones sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México, diciembre de 2003.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimientos para el control de cuotas de recuperación en las jurisdicciones sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México, 2011.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de Procedimientos para el control de cuotas de recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Gaceta del Gobierno el 13 de marzo de 2013.
- Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Manual de procedimiento Supervisión en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, junio 2015.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz+, reporte del SIS remitido mediante oficio 217B50040/SM/DSE/JE/042/2017.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios del Gobierno del Estado de México, Gaceta del Gobierno, 23 de febrero de 2017.
- Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Entrega de Lentes Oftalmológicos, Gaceta del Gobierno, 8 de marzo de 2016.

- tema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Otorgamiento de Zapato Ortopédico, 8 de marzo de 2016.
- Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Promoción a la Participación Comunitaria Comunidad Diferente, 8 de marzo de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Desayunos Escolares Fríos y Raciones Vespertinas, 8 de marzo de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Canasta Mexiquense, 8 de marzo de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Atención a Niñas y Niños Menores de Cinco Años, 8 de marzo de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Desayuno Escolar Comunitario, Gaceta del Gobierno, 8 de marzo de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Secretaría de Desarrollo Social, Acuerdo del Secretario de Desarrollo Social, por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Por una infancia en Grande, Gaceta del Gobierno, 29 de enero de 2016.
  - Gobierno del Estado de México, Secretaría de Desarrollo Social, Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas, Acuerdo del Vocal Ejecutivo del Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México, por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Apadrina a un Niño Indígena, Gaceta del Gobierno, 29 de enero de 2016.

## ADMINISTRATIVA

### Internacional

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, %Caja de herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública+, %Análisis de las coberturas administrativas+, documento de trabajo, 15 de julio de 2014.

### Federal

- Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018, 2013.
- Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, enero 2014.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018, enero 2014.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Manual metodológico Caminando a la excelencia 2015.
- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Caminando

, 2017.

de Salud, Dirección General de Epidemiología, Caminando  
nestre 2016.

- Gobierno de la Republica, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Subdirección de Epidemiología, Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia, Evaluación EDAS e IRAS Enero-diciembre 2016, Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
- Acuerdo por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración durante el ejercicio fiscal 2016, de los recursos correspondientes a los Ramos Generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. Diario Oficial de la Federación, 18 de diciembre del 2015.
- Convenio específico de colaboración para la ejecución de acciones de PROSPERA, programa de inclusión social, componente de salud, 2016, suscrito entre el Ejecutivo federal representado por el titular de la Secretaría de Salud y el Secretario de Salud del Estado de México, 16 de febrero del 2016.
- Anexo IV del Convenio específico de colaboración para la ejecución de acciones Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de México, 2016.
- de PROSPERA, programa de inclusión social, componente de salud, 2016. Suscrito entre la Comisión Nacional de Protección en Salud y el Secretario de Salud del Estado de México, el 11 de marzo del 2016.

## Estatat

- Gobierno del Estado de México, Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México, Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017.
- Gobierno del Estado de México, Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México Programa Sectorial Gobierno Solidario, 2012-2017, 2012.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Manual para la Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto 2017, 2016.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Catálogo de Objetivos de la Estructura Programática 2016.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Catálogo de Descripciones de la Estructura Programática 2016.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, Reporte General de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente para el ejercicio fiscal 2016.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación y Presupuesto, Dirección General de Planeación y Gasto Público, Secretaría de Salud del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Pbr\_01a Programa Anual, Descripción del proyecto por Unidad Ejecutora para los proyectos Atención médica especializada de tercer nivel, Esquemas de vacunación universal, Atención en salud al menor de 5 años, correspondientes a los ejercicios fiscales 2013, 2014, 2015 y 2016.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Pbr-11a Informe de metas por proyecto y unidad ejecutora, Cuarto trimestre, Ejercicios 2016, 2015, 2014 y 2013 Programa Programa Salud para la población infantil y adolescente, proyectos: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil; Esquemas de vacunación universal; Atención en salud al menor de 5 años.

Instituto de Salud del Estado de México, Fichas técnica de  
2016, 2015, 2014 y 2013. Programa presupuestario Salud  
te, Proyecto Atención en salud al menor de 5 años, cuarto  
trimestre.

- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Fichas técnica de diseño y seguimiento de indicadores 2016, 2015, 2014 y 2013, Programa presupuestario Salud para la población infantil y adolescente, Esquemas de vacunación universal, cuarto trimestre.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Fichas técnica de diseño y seguimiento de indicadores 2016, 2015, 2014 y 2013 Programa presupuestario Salud para la población infantil y adolescente, Proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, cuarto trimestre.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Presupuesto autorizado por programa y proyecto 2013, 2014, 2015 y 2016.
- Gobierno del Estado de México, 6º Informe de Resultados, Eruviel Ávila, 1º de septiembre del 2017.
- Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Cuenta Pública, 2016
- Auditoría número 041-0113-2016 denominada Auditoría administrativa de operaciones al contrato del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia en la Subdirección de Servicios Generales y Control Patrimonial del Instituto de Salud del Estado de México, por el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2016, aplicada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México, 2016.
- Inspección número 041-1097-2016 realizada al Departamento de la Salud de la Infancia y Adolescencia por la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México, sobre el registro y aplicación de biológico en la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo del Instituto de Salud del Estado de México por el periodo del 1 de enero al 31 de marzo de 2016, 2016.

## INTERNET

- Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.
- <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>, el 6 de enero de 2018.
- [https://www.eruviel.com/6toinforme/wp-content/uploads/2017/09/6to\\_informe.pdf](https://www.eruviel.com/6toinforme/wp-content/uploads/2017/09/6to_informe.pdf), el 4 de enero de 2018.
- <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico>, el 12 de enero de 2018.
- <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/acercade/index.html>, consultada el 21 de diciembre de 2017.
- <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/que-hacemos>, consultada el 3 de enero de 2018.
- <https://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx>.
- ONU, PNUD, *Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible+* <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview.html>
- Gobierno de la República, INEGI, Objetivos de Desarrollo Sostenible, consulta de indicadores. <http://143.137.108.139/>
- <http://www.ipomex.org.mx/ipo/lgt/indice/isem/marcoJuridico.web>

Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación  
del Hospital Mónica Pretelini Sáenz, 17 de noviembre del 2017.

- Entrevista realizada al Responsable Estatal de Vacunación, 17 de noviembre del 2017.
- Entrevista realizada al Responsable de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, 17 de noviembre del 2017.
- Entrevista realizada al responsable de la Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, en el marco de la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestal Salud para la Población Infantil y Adolescente, 17 de noviembre, 2017.
- Cuestionario para la Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Presupuestario 02030202 Salud para la Población Infantil y Adolescente. Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, 9 de noviembre, 2017.



# ANEXOS

## ANEXO 1

### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El Programa Presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, es ejecutado por el Instituto de Salud del Estado de México, organismo público descentralizado sectorizado a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, incluye cuatro proyectos Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, Esquemas de vacunación universal, Atención en salud al menor de 5 años y Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente, este último no fue incluido en la evaluación.

El programa tiene por objeto Aumentar el número de población infantil y adolescente beneficiada por los servicios institucionales de salud, a través de la mejora en la atención médica a esta población de responsabilidad y agrupa los proyectos en materia de salud que lleva a cabo el Gobierno Estatal para garantizar el respeto a los derechos de los niños y adolescentes, principalmente de los que están en condiciones de marginación con acciones que mejoren su bienestar y desarrollo y disminuyendo la desnutrición.

El proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil tiene por objeto Mejorar la salud de la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos, mediante el otorgamiento de atención médica y quirúrgica de alta especialidad a pacientes que por la patología presentada requieran el manejo médico, quirúrgico y especializado; Se refiere a las acciones orientadas a apoyar a la población infantil carente de seguridad social y recursos económicos con servicios de salud pública otorgándoles atención médica y quirúrgica de alta especialidad.

Incrementar la cobertura de esquemas completos de vacunación para disminuir los casos de enfermedades prevenibles, mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos en menores de 5 años es el objeto del proyecto Esquemas de vacunación universal y Se orienta a las acciones que se llevan a cabo para aplicar los esquemas completos de vacunación con dosis de los diferentes biológicos en menores de 5 años.

En tanto el objeto del proyecto Atención en salud al menor de 5 años está referido a Disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años de edad, mediante acciones de detección y control para contribuir a elevar la calidad de vida de este sector de la población; y comprende acciones de detección y control encaminadas a atender a los menores de 5 años con padecimientos por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

El programa presupuestario se integra de 8 metas:

**A) Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil:**

- ✓ Brindar hospitalización pediátrica especializada
- ✓ Realizar intervenciones quirúrgicas
- ✓ Brindar admisión continua
- ✓ Otorgar consulta externa de especialidad
- ✓ Realizar actividades de estimulación temprana

**B) Esquemas de vacunación universal**

- ✓ Aplicar dosis de vacunación a menores de 5 años

**C) Atención en salud al menor de 5 años**

- ✓ Detectar infecciones respiratorias agudas
- ✓ Detectar enfermedades diarreicas agudas

Para la evaluación están definidos 8 indicadores en las Fichas Técnicas de diseño y seguimiento de indicadores 2016, así como 15 contenidos en la Matriz de Indicadores para Resultados:

#### Fichas Técnicas de diseño y seguimiento de indicadores

1. Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)
2. Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)
3. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM,

das a la población menor de 5 años (ISEM)  
(ISEM)  
S y EDAS (ISEM)

7. Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)
8. Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)

### Matriz de Indicadores para Resultados

1. Esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)
2. Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)
3. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años
4. Morbilidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años
5. Porcentaje de sesiones informativas para adolescentes madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar y entre pares (ISEM)
6. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)
7. Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales
8. Promedio de prevalencia de la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años (ISEM)
9. Porcentaje de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud (ISEM)
10. Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)
11. Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)
12. Porcentaje de adolescentes integrantes de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS) (ISEM)
13. Porcentaje de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) ISEM
14. Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)
15. Porcentaje de madres capacitadas y/o responsables del menor de 5 años de edad para su adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. (ISEM)

En el Árbol de Problemas, se identifica como problema central %a población infantil del Estado de México presenta mortalidad y morbilidad principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, así mismo los adolescentes no reciben información y capacitación oportuna para prevenir conductas de riesgo+.

La vinculación del programa y los proyectos objeto de evaluación con el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 y con el Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, se da con el objetivo %Combatir la pobreza+ y las estrategias Establecer como prioridad la prevención médica; Fortalecer la atención médica y Cubrir las necesidades básicas de las personas que menos tienen, en particular con la línea de acción referida al fortalecimiento de las políticas, programas y las acciones dirigidas al cumplimiento de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM) en el 2015.

El programa se dirige a la población infantil del Estado de México, de acuerdo con las siguientes características para cada proyecto evaluado:

#### Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil en el Estado de México (menos de 10 años)	3,081,653
Potencial	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México	1,538,606
Objetivo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México programados a atender	XXX

#### Esquemas de vacunación universal

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil y adolescente en el Estado de México (menos de 15 años)	4,618,855
Potencial	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México de	1,493,292

de 5 años en el Estado de México de	xxxx
a atender	

### Atención en salud al menor de 5 años

Población	Unidad de Medida	Cuantificación
Universo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México	1,538,606
Potencial	Población infantil de neonatos (menores de 30 días) en el Estado de México	309,008
Objetivo	Población infantil menores de 5 años en el Estado de México programados a atender	xxxx

En el resumen narrativo de la MIR, se establece:

**FIN:** Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad.

**PROPOSITO:** La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

#### COMPONENTES:

1. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.
2. Niños menores de 5 años atendidos por alteraciones nutricionales, con la finalidad de coadyuvar en su calidad de vida.
3. Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad.
4. Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables.

#### ACTIVIDADES:

1. Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.
2. Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado.
3. Incremento en el número de jóvenes que integran los grupos de adolescentes promotores de salud (GAPS).
4. Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.
5. Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.
6. Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada a las madres y/o responsables del menor de 5 años del programa de nutrición.

Para la ejecución del programa presupuestal Salud para la población infantil y adolescente, en el ejercicio fiscal 2016 se destinaron 3,320,494,362 pesos, distribuido de la siguiente manera:

- ✓ 8% al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil;
- ✓ 22% a Esquemas de vacunación universal;

5 años; y a desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor (no objeto de evaluación).

El programa y proyectos evaluados son regulados por diversos documentos normativos de carácter federal y también otros de orden estatal, los cuales pueden ser generales o específicos para cada uno de los proyectos, entre los que destacan:

- Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica
- Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud
- Manual de Vacunación 2016
- Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México, 2006.
- Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM, 2013
- Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad, 2011.
- Caminando a la excelencia, Manual metodológico.
- Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento, 2010.
- Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016.
- Lineamientos para la Elaboración del Programa Operativo Anual 2016. Programa de Atención a la Salud de la Infancia.
- Prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamiento de Operación 2016.

En cuanto a cobertura, se destaca la política de %Cero rechazos+ y %Cero requisitos+, por lo que todos los registros corresponden tanto a la población demandante como a la atendida.

Finalmente, el programa evaluado, encuentra complementariedad con los siguientes programas y acciones:

PROGRAMA	INSTANCIA EJECUTORA
➤ Entrega de lentes oftalmológicos a menores escolares	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
➤ Otorgamiento de zapato ortopédico	
➤ Desarrollo social promoción a la participación comunitaria comunidad Diferente	
➤ Desayunos escolares fríos y raciones vespertinas	
➤ Canasta mexiquense	
➤ Atención a niñas y niños menores de cinco años	
➤ Desayuno escolar comunitario	
➤ Por una infancia en grande	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
➤ Apadrina a un niño indígena	CONSEJO ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

## ANEXO 2

### CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES O ÁREAS DE POTENCIAL Y OBJETIVO

De conformidad con los diversos instrumentos del orden federal que regulan al Programa Presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+, en sus tres proyectos, Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil, Esquemas de vacunación universal y Atención en salud al menor de 5 años, se puede precisar criterios que permiten la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo:

#### NOMBRE DEL DOCUMENTO

***Lineamientos de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional 2016.***

#### AUTORIDAD QUE LO EMITE

Secretaría de Salud Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social e I Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

#### METODOLOGÍA REFERIDA

Se determina la población derechohabiente y no derechohabiente del grupo menor de 8 años de edad, de cada una de las instituciones de salud (IMSS obligatorio e IMSS Prospera; ISSSTE; PEMEX, SEDENA y SEMAR, y Secretaría de Salud.

La distribución de la población a nivel federal inicia con la entrega a los integrantes del grupo de Trabajo Institucional (GTI) del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) de la población oficial total 2016 por grupo de edad y entidad federativa, a la cual se le resta la señalada como derechohabientes por las instituciones antes señaladas, para obtener la de responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Todas las instituciones deberán considerar la asignación de un porcentaje que se denomina concepto de universalización, que es la cantidad adicional contemplada por cada institución que permita garantizar el abasto para la oferta adecuada de cada biológico.

Para su distribución a nivel estatal, la información es remitida a los Consejos Estatales de Vacunación para que la den a conocer a las instituciones y unidades de salud, así como para acordar la distribución a nivel municipal. Se precisa que se deberán generar talleres de trabajo para oficializar la población por unidad médica (CLUES).

La distribución de la población deberá elaborarse un año antes con la finalidad de estimar oportunamente el presupuesto para la adquisición de los insumos necesarios.

Las fuentes de información de las poblaciones oficiales son para el grupo menor de un año de edad, la fuente es el Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). Para IMSS-Obligatorio e ISSSTE es la población adscrita y para el resto de la población son las proyecciones oficiales del Consejo Nacional de Población, (CONAPO), con base en el Censo de Población y Vivienda 2010, atendiendo a las últimas cifras publicadas en abril de 2013.

#### NOMBRE DEL DOCUMENTO

***Lineamientos para la elaboración del Programa Operativo Anual 2016, Programa de Atención a la Salud de la Infancia.***

#### AUTORIDAD QUE LO EMITE

Secretaría de Salud Federal, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

#### METODOLOGÍA REFERIDA

Refiere los criterios e indicadores para calcular las metas de las actividades básicas y complementarias, así como

de los niños menores de cinco años de edad, con enfermedad de salud, se hará determinando los casos esperados en base al comportamiento de la tendencia de las consultas de primera vez por diarrea en menores de cinco años en los últimos cuatro años.

En la meta: Atender al 100% de los niños menores de cinco años de edad, con infección respiratoria aguda que acudan a la unidad de salud, se hace el cálculo determinando los casos esperados en base al comportamiento de la tendencia de las consultas de primera vez por infección respiratoria aguda en menores de cinco años en los últimos cuatro años.

Para atender la meta: Capacitar e informar a las madres del menor de diez años en temas de atención integrada en la infancia, la base del cálculo es el 70% de las madres de las consultas programadas de primera vez en menores de cinco años reciben capacitación en temas de atención integrada.

En relación a la meta: Al menos el 60% de menores de cinco años de edad con resultado global, normal o rezago, en la Evaluación de Desarrollo infantil, recibe Estimulación Temprana por Competencias, la base del cálculo es el 60% de los niños que obtuvieron como resultado global en la prueba EDI desarrollo normal (verde) y rezago en el desarrollo (amarillo).

## NOMBRE DEL DOCUMENTO

***Prevención, Control y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Lineamientos de Operación 2016.***

## AUTORIDAD QUE LO EMITE

Secretaría de Salud Federal, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

## METODOLOGÍA REFERIDA

Para la obtención de casos esperados por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, se considera a la información de los últimos cinco años de consultas de primera vez; para lo cual, se calcula la variación porcentual en cada año y posteriormente el promedio del periodo, para con ello obtener la suma esperada utilizando la meta del último año.

Para determinar las madres a capacitar, se dividirá la población menor de cinco años correspondiente a la Secretaría de Salud, entre el promedio de hijos vivos por mujer de cada entidad federativa.

## LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE BENEFICIARIOS.

Nombre del Programa:	02030202 %Salud para la población infantil y adolescente+
Proyectos:	020302020101 %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 %Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 %Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

Proyecto	Unidades ejecutoras involucradas en el procedimiento de actualización	Nombre de la base	Documento soporte para actualización	Periodicidad de actualización	Procedimiento
Atención en salud al menor de 5 años	CENSIA (Centro nacional para la salud de la infancia y adolescencia), Departamento de salud de la infancia y adolescencia estatal y jurisdicciones sanitarias	Población menor de cinco años del Estado de México	Estimaciones de población 1990 a 2030 CONAPO censo 2010	Anual	En la programación operativa anual, con normativo jurisdiccional responsable de prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas se analiza datos de censo nominal y población CONAPO.
Esquemas de vacunación universal	Jurisdicciones sanitarias, unidades médicas de primer y segundo nivel de atención.	Población de responsabilidad por año	Proyecciones de la población CONAPO por municipio, condición de derechohabencia y grupo etareo.	Anual	Durante la elaboración del programa operativo anual para el ejercicio del año siguiente, las jurisdicciones sanitarias realizan la proyección de la población de responsabilidad (población sin seguridad social) por municipio y grupo de edad, misma que se coteja y compara con la población proyectada por el centro nacional para la atención de la salud de la infancia y adolescencia (CENSIA) para la secretaría de salud.
Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil					

**MODIFICAR, SE DEBE PRECISAR LA BASE DE DATOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA, NO LA POTENCIAL, ESTO ES, ES NECESARIO PRECISAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN EL CUAL SE DA SEGUIMIENTO A LA POBLACIÓN QUE SE ATIENDE, MÁS NO ASÍ LA FUENTE DE INFORMACIÓN DE DONDE SE DETERMINA LA POBLACIÓN UNIVERSO Y POTENCIAL COMO ES EL CASO DE LAS PROYECCIONES DE CONAPO**

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

## IVIVO DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOSÍ.

Nombre del Programa:	02030202 %salud para la población infantil y adolescente+
Proyectos:	020302020101 %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 %Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 %Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

Nivel de objetivo	Nombre	Fórmula	Frecuencia	Fuentes de información	Supuestos
<b>FIN</b> Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM)	(Esperanza de vida año 2016- Esperanza de vida año 2014)	Anual	Sistema de Información en salud (SIS) ISEM UIPPE; Departamento de Estadística	Contar con la participación intersectorial para coadyuvar en el incremento de la esperanza de vida de la población infantil del Estado de México: además de la participación activa de los mexiquenses en el cuidado de su salud en el marco de una economía sana y la Preservación de la seguridad social.
<b>PROPÓSITO</b> La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	1- Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	(Número de defunciones de IRAS Y EDAS en menores de 5 años / Población menor de 5 años)*100000	1 - Anual	1 - Sistema de información: CONAPO (Consejo Nacional de población)	1 - Mantener la sinergia con otros programas de atención a la salud infantil y la participación interinstitucional permanente.
	2 - Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	(Consultas de primera vez de infecciones respiratorias agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años)*1000	2 Trimestral	2 - Sistema de información de Bioestadística (ISSEMYM)	2 - Mantener la sinergia con otros programas de atención a la salud infantil y la participación interinstitucional permanente, así como contar con presupuesto suficiente y oportuno.
	3 - Morbilidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años	(Consultas de primera vez de enfermedades diarreicas agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años)*1000	3 Trimestral	3 - Sistema de información de Bioestadística (ISSEMYM)	3. Tener una adecuada sinergia intersectorial de los programas de atención a la salud infantil y la participación activa de la población en el cuidado de su salud.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

		Fórmula	Frecuencia	Fuentes de información	Supuestos
	4 - Porcentaje de sesiones informativas para adolescentes madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar y entre pares (ISEM)	$\frac{\text{Número de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia programadas / Número de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en prevención de violencia realizadas}}{\text{Total de adolescentes de responsabilidad menor de 5 años}} * 100$	4 Trimestral	4 - (SIS) Sistema de Información en Salud,	4 - Contar con adolescentes comprometidos con el cuidado de su salud.
<b>COMPONENTE 1</b> Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	$\frac{\text{(Niños menores de 5 años de edad con esquema completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años)}}{\text{Total de niños menores de 5 años}} * 100$	Trimestral	(SIS) Sistema de Información en Salud (ISEM) Sistema de Información de Bioestadística (ISSEMYM)	Contar con suficiente demanda del servicio por parte de la población de responsabilidad, así como una adecuada coordinación interinstitucional.
<b>COMPONENTE 2</b> Niños menores de 5 años atendidos por alteraciones nutricionales, con la finalidad de coadyuvar en su calidad de vida.	Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales	$\frac{\text{(Consultas de primera vez de niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales / Población de responsabilidad menor de 5 años)}}{\text{Total de niños menores de 5 años}} * 1000$	Trimestral	Sistema de información de Bioestadística	Mantener la sinergia con otros programas de atención a la salud infantil.
<b>COMPONENTE 3</b> Servicios de vigilancia en crecimiento y desarrollo para detección de desnutrición moderada o severa en menores de 5 años de edad.	Promedio de prevalencia de la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años (ISEM)	$\frac{\text{(Número de menores de 5 años de edad con desnutrición moderada y severa / Total de población menor de 5 años de edad de responsabilidad)}}{\text{Total de menores de 5 años}} * 1000$	Trimestral	Sistema de Información en salud (SIS) Subdirección de Epidemiología; Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y adolescencia.	Las familias cuidan su salud nutricional y la de los menores.
<b>COMPONENTE 4.</b> Consultas de primera vez en unidades de salud otorgadas a los adolescentes con el propósito de prevenir y detectar factores de riesgo favoreciendo estilos de vida saludables	Porcentaje de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud (ISEM)	$\frac{\text{(Número de adolescentes que reciben consulta de primera vez en unidades de salud / Total de adolescentes de responsabilidad)}}{\text{Total de adolescentes de responsabilidad}} * 100$	Trimestral	Sistema de Información en salud (SIS)	Contar con suficiente demanda de parte de la población adolescente.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	Fórmula	Frecuencia	Fuentes de información	Supuestos
<b>ACTIVIDAD</b> Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Trimestral	Sistema de Información salud (SIS)	Contar con suficiente demanda del servicio por parte de la población de Responsabilidad, así como una adecuada coordinación interinstitucional.
<b>ACTIVIDAD</b> Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	Trimestral	Sistema de Información salud (SIS)	Contar con demanda oportuna del servicio por parte de la población de responsabilidad.
<b>ACTIVIDAD</b> Incremento en el número de jóvenes que integran los grupos de adolescentes promotores de salud (GAPS).	Porcentaje de adolescentes integrantes de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS) (ISEM)	Trimestral	Sistema de Información salud (SIS)	Contar con suficiente disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros.
<b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de Madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) ISEM	Trimestral	Sistema de Información salud (SIS)	Mantener la sinergia con otros programas de atención a la salud infantil, así como contar con la participación interinstitucional permanente.
<b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA'S) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de Madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	Trimestral	Sistema de Información Salud	Mantener la Sinergia con otros programas de promoción, difusión y capacitación en materia de salud del menor de 5 años.
<b>ACTIVIDAD</b> Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada a las madres y/o responsables del menor de 5 años del programa de nutrición.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años de edad para su adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. (ISEM)	Trimestral	Sistema de Información Salud	Mantener la sinergia con otros programas de promoción, difusión y capacitación en materia de salud del menor de 5 años.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

Nombre	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monito-	Adecuado	% Porcentaje	Unidad R	Unidad Ej	Tipo de E	Año de la
Proyectos											
1- Esperanza de vida (niños y adolescentes) (ISEM) año 2014	Esperanza de vida año 2016- Esperanza de vida (ISEM) año 2014	NO	14 son re	NO	NO	SI	40%				
2- Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años (ISEM)	1- (Número de defunciones de IRAS y EDAS en menores de 5 años / Población menor de 5 años) *100000	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
3- Morbilidad por enfermedades diarréicas agudas en menores de 5 años (ISEM)	2- (Consultas de primera vez de infecciones respiratorias agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años) *1000	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
4- Porcentaje de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar entre pares (ISEM)	3- (Consultas de primera vez de enfermedades diarréicas agudas / Población de responsabilidad menor de 5 años) *1000	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
5- Cobertura con esquema completo de vaco (Niños menores de 5 años de edad con es completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años) *100 (ISEM)	4- (Número de sesiones informativas dirigidas a adolescentes, madres, padres y/o tutores en materia de prevención de violencia familiar entre pares) *100	NO	NO	SI	NO	NO	20%				
6- Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales (ISEM)	5- (Número de niños menores de 5 años de edad con es completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años) *100	SI	SI	SI	NO	SI	80%				
7- Promedio de prevalencia de la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años (ISEM)	6- (Consultas de primera vez de niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales / Población de responsabilidad menor de 5 años) *1000	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
8- Porcentaje de adolescentes que reciben el primer examen de salud (ISEM)	7- (Número de menores de 5 años de edad con desnutrición moderada y severa / Total de niños menores de 5 años de edad de responsabilidad) *1000	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
9- Porcentaje de adolescentes que reciben el primer examen de salud (ISEM)	8- (Número de adolescentes que reciben el primer examen de salud / Total de adolescentes de responsabilidad) *100	SI	SI	SI	NO	SI	80%				
10- Dosis de vacunas aplicadas a niños menores de 5 años (ISEM)	9- (Dosis de vacunas aplicadas a niños menores de 5 años / Población de responsabilidad menor de 5 años) *100	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
11- Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (ISEM) (SEMI/MIEM)	10- (Egresos por mejoría (niñez) / Total de egresos hospitalarios registrados (niñez)) *100	NO	SI	SI	NO	NO	40%				
12- Porcentaje de adolescentes integrantes de GAPSPromotores de Salud (ISEM)	11- (Número de adolescentes integrantes de GAPSPromotores de Salud / Número de adolescentes integrantes de GAPSPromotores) *100	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
13- Porcentaje de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) (ISEM)	12- (Número de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas (EDAS) / Total de madres y/o responsables del menor de cinco años programadas a capacitar) *100	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
14- Porcentaje de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas en IRAS / Número de madres y/o responsables del menor de 5 años programadas a capacitar (ISEM)	13- (Número de madres y/o responsables del menor de cinco años capacitadas en IRAS / Número de madres y/o responsables del menor de 5 años programadas a capacitar) *100	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
15- Porcentaje de madres y/o responsables del menor de cinco años de edad capacitadas (coydm) / Total de madres y/o responsables del menor de 5 años de edad (coydm) *100 (ISEM)	14- (Número de madres y/o responsables del menor de cinco años de edad capacitadas (coydm) / Total de madres y/o responsables del menor de 5 años de edad (coydm)) *100	NO	SI	SI	NO	SI	60%				
		1	14	14	0	13	57.0%				

Seguimiento de indicadores 2016

Nombre del Indicador	Definición	Método de Cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	% alcanzado	Comportamiento del indicador	Valoración	Observaciones
Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, MIEM)	Representa el total de egresos por mejoría respecto a los egresos hospitalarios niñez (neonatos)	(Egresos por mejoría (niñez) / Total de egresos hospitalarios registrados (niñez) ) * 100	SI Niño/Persona	Trimestral	NO	87.94%	90.24%	SI	87.5%	Línea de base incorrecta, es igual al nombre del indicador. Egresaron por mejoría 1,285 de los 1,424 que egresaron. La meta fue superada con 102.62%. (AMETN)
Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	Representa la proporción de médicos certificados respecto a los médicos contratados para la atención de la niñez (neonatos)	(Médicos certificados para la atención a la niñez (neonatos) / Médicos contratados para la atención de la niñez (neonatos)	SI Médico/Médico	Trimestral	SI	60.0	57.45%	SI	100.0%	La línea de base está referida al porcentaje de médicos certificados. Comité Normativo Nacional de Especialidades (CONACEM). Con la certificación del 57.45% de los médicos, la meta se alcanzó en 95.74%. (AMETN)
Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMM)	Representa el porcentaje de niños menores de 5 años que completaron su esquema de vacunación con respecto a la población de responsabilidad menores de 5 años.	(Niños menores de 5 años de edad con esquema completo de vacunación / Población de responsabilidad menor de 5 años) * 100	SI niño /niño	Trimestral	NO	100%	97.60%	SI	87.5%	Con un esquema completo de vacunación a 1,457,418 niños de los 1,493,292 previstos, la meta se alcanzó el 97.6% (EVU)
Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Representa la disponibilidad de vacunas en las unidades de salud	(Dosis de vacunas aplicadas a niños menores de 5 años / Población de responsabilidad menor de 5 años) * 100	SI Dosis/Dosis	Trimestral	NO	95.75%	106.69%	SI	87.5%	Las unidades de medida son incorrectas, para las dos variables del indicador se establece "dosis", y la fórmula está referida a la relación entre el número de dosis y la población. Con 6,237,144 dosis se rebasó la meta prevista de 5,719,130, alcanzando el 111.43%. (EVU)
Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	Representa la esperanza de vida del 2016 con respecto a la esperanza de vida del 2014, se pretende coadyuvar en el incremento de la esperanza de vida, entendida ésta como la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo, la cual se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las características de la vivienda, los medios de comunicación, la educación, las guerras, etc. El resultado del indicador se interpreta como la garantía de vida en un periodo determinado	(Esperanza de vida año 2016 - Esperanza de vida año 2014)	SI Adulto / Año	Anual	NO	0.35	0.35	SI	87.5%	Las unidades de medida son incorrectas, para la variable del numerador se establece adulto, para la del denominador es año. Las dos unidades de medida deben ser las mismas toda vez que se pretende identificar la variación de un año sobre otro. La esperanza de vida se incrementó 0.35 centésimas entre el periodo referido, alcanzando al 100% la meta prevista. La esperanza de vida calculada no corresponde a la población infantil y adolescente, ya que este segmento de la población es de 0 a 19 años. (PP)
Mortalidad en menores de 5 años por RAS y EDAS (ISEM)	Representa el riesgo que tienen los menores de 5 años de morir por RAS y EDAS por cada 100,000 menores de 5 años	(Número de defunciones de IRAS y EDAS en menores de 5 años/ Población menor de 5 años ) * 100,000	SI Niño/Niño	Anual	SI	7.94	10.01	NO	87.5%	El factor de comparación está referido al 4o ODM y a las metas MMM. El registro del indicador es imperfecto, no se logró reducir la mortalidad a la tasa programada que fue de 7.94, sin embargo con una tasa de 10.01 alcanzada se reporta una eficiencia del 126.01%. No obstante la tendencia ha sido descendente. (PP)
Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	Representa el porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS	(Número de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS / Número de madres y/o responsables de 5 años programadas a capacitar en IRAS) * 100	SI Mujer / Mujer	Trimestral	SI	100%	100.0%	SI	100.0%	Se capacitó a las 134,764 mujeres previstas y se alcanzó el 100%. El factor de comparación que se establece es con el 4o ODM, reducir la mortalidad infantil y las MMM 16.5, pero es incorrecto en virtud de que es el porcentaje de madres capacitadas y no la tasa de mortalidad. (ASM)
Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	Representa el porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS	(Número de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS / Número de madres y/o responsables de 5 años programadas a capacitar en EDAS) * 100	SI Mujer / Mujer	Trimestral	SI	100%	100.00%	SI	100.0%	Se capacitó a 453,208 de las 457,995 mujeres previstas y se alcanzó el 100%. El factor de comparación que se establece es con el 4o ODM, reducir la mortalidad infantil y las MMM 16.5, pero es incorrecto en virtud de que es el porcentaje de madres capacitadas y no la tasa de mortalidad. (ASM)
8 de 8	8 de 8	8 de 8	8 de 8	8 de 8	4 de 8	8 de 8		7 DE 8		
100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%		87.50%		
<b>Promedio</b>									<b>92.2%</b>	

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	población infantil y adolescente+
Proyectos:	020302020101 %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 %Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 %Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

FICHAS TÉCNICAS DE DISEÑO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES 2016

Meta	Justificación	Impulso al desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la Meta			
FIN Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	SI / .35	ADULTO/AÑO	Incrementar .35 centésimas la esperanza de vida	NO	El incremento ha sido igual en los últimos tres años	SI	Se programó incrementar de 71.06 a a 75.41 la esperanza de vida	Está referido a la esperanza de vida al nacer de la población en general, no corresponde a la de niños y adolescentes, menos aún si sólo se refiere a la población de responsabilidad del ISEM. En caso de mantener el indicador debe estar calculado considerando un intervalo de tiempo específico; sin embargo es difícil establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador. El incremento registrado en los últimos años ha sido sostenido.
PROPÓSITO La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	SI / 7.94	NIÑO/NIÑO	Disminuir la mortalidad infantil por IRAS Y EDAS	SI	La tendencia tanto del porcentaje como del número de muertes ha sido descendente	NO	Se estimaba 122 muertes con respecto a 1,535,965, y se registraron 154 descesos con respecto a 1,538,606, alcanzando el 10.01, superior al 7.94 comprometido	La meta fue muy alta con respecto al comportamiento histórico (904 en 2014 y 618 en 2015). Se sugiere definir una meta más viable y que siga constituyendo un reto.
COMPONENTE Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	SI / 100%	NIÑO/NIÑO	Lograr el 100% de cobertura con esquemas de vacunación a los menores de 5 años de responsabilidad del ISEM	SI	La meta es atender al 100%	SI	Con 1,457,418 niños con cobertura completa se alcanzó el 98% de la meta prevista	Mantener los criterios en el manejo de las cifras para garantizar la comparabilidad. Revisar unidades de medida. Las unidades de medida no son congruentes con las cifras reportadas en años anteriores. Se infiere que la cifra consignada para la variable del numerador (niño) corresponde a las dosis, lo anterior en virtud de que las cifras semejantes a las registradas en el indicador relativo al "Porcentaje de dosis". La inconsistencia es palpable en el alcance del 2014 y la imposibilidad de comparar el 2016 con los resultados de periodos anteriores.
ACTIVIDAD Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMEM)	SI / 87.94%	NIÑO/PERSONA	Lograr que el 87.94% de los egresos sean por mejoría	SI	El porcentaje programado es incremental	SI	Se superó la meta prevista. Se incrementó el número de egresos programados, así como los registrados por mejoría y se alcanzó el 90.24%	Revisar el nombre del indicador, por la forma de construcción está referido a un porcentaje; corregir las unidades de medidas (niñez vs neonatos) revisar la pertinencia de incluir las siglas; revisar las unidades de medida (niño/persona). Asegurar que la programación siempre sea incremental.
ACTIVIDAD Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	SI / 95.75%	DOSIS/DOSIS	Lograr la aplicación del 95.75% de las dosis previstas	NO	La meta prevista es inferior a las programas en años anteriores	SI	Con 6,237,144 dosis se superó la meta prevista de 5,846,148 y en los registros se observa una disminución de la población de responsabilidad	Dar congruencia a las cifras sobre población de responsabilidad, cuya variación tiene implicaciones en la consistencia del indicador. Revisar las unidades de medida y hacerlas congruentes con la definición del indicador (Población de responsabilidad vs dosis)
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	SI / 100%	MUJER/MUJER	Capacitar al 100% de las madres previstas	NO	En el 2015 el número de madres capacitadas fue superior a las programas en el 2016	SI	Se capacitó a 55,018 mujeres, 812 más de las previstas, y se alcanzó el 100%.	Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con infecciones respiratorias agudas de madres que ya habían sido capacitadas.
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	SI / 100%	MUJER/MUJER	Capacitar al 100% de las madres previstas	NO	Se ha mantenido prácticamente la misma meta en los últimos años	SI	Se capacitó a 453,209 mujeres, 4,786 menos de las previstas con lo que se alcanzó el 99% de la meta	Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con EDAS de madres que ya habían sido capacitadas.
	Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	SI / 60%	MÉDICO/MÉDICO	Lograr la certificación del 60% de los médicos contratados	SI	Tanto el número de médicos como el porcentaje de certificados ha sido incremental	SI	Se contrataron 47 médicos, dos más de los programados, y se certificaron los 27 previstos alcanzando el 57.45%, menor que el 60% previsto.	Para la programación considerar que como aspiración lo deseable sería que el 100% de los médicos contratados estén certificados, en particular por la función tan relevante que desarrollan en materia de salud infantil. Valorar la inclusión de una meta relativa a la certificación de los médicos que ya se encuentran en funciones.
		8 DE 8	8 DE 8		4 DE 8		7 DE 8		

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

					2014		2015	
	75				75.06	100.00	75.24	100
	04				326	36.06	356	57.61
Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	5,689,952	5,088,236	89.42	5,834,606	2,621,992	45.00	5,935,068	86%
Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	1,100	1,927	97.72	880	1,059	110.77	1,207	99.8
Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	5,689,952	5,088,295	89.42	5,689,952	6,061,598	79.84	6,141,058	102.9
Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	540,303	593,342	100.41	564,540	598,957	100.00	608,731	100
Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	432,046	458,405	98.94	457,655	463,133	100.00	467,799	100
Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)				22	24	109.00	25	101.1
Egresos por mejoría niñez (menores de 15 años)				1,084	1,059			

## Avance de metas por proyecto y unidad ejecutora

Proyecto: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

Meta	Unidad de medida	Programada	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta	Presupuesto
Brindar hospitalización pediátrica especializada	Egreso hospitalario	1,235	Establece meta y unidad de medida	NO	Se ha mantenido la meta desde el 2013, se programó menos de lo alcanzado en 2015	SI	Se registraron 1,424 egresos, 189 más de los previstos, con un alcance del 115.3	Incrementar la meta prevista considerando el comportamiento histórico	34,147,562
Realizar intervenciones quirúrgicas	Cirugía	285	Establece meta y unidad de medida	SI	Es superior a la programada en el 2015	SI	Se registraron 65 cirugías menos de las previstas y se alcanzó el 77.19%, sin embargo en el 2014 y 2015 se realizaron un mayor número de cirugías	Revisar el comportamiento histórico y las posibles causas de la disminución en el número de cirugías, ya que una disminución puede ser una señal favorable con respecto a las condiciones de salud de la población infantil, y cuidar que el comportamiento sea congruente con la disponibilidad de recursos a fin de asegurar la eficiencia.	32,237,137
Brindar admisión continua	Persona	1,053	Establece meta y unidad de medida	SI	Es superior a la programada en los tres años anteriores	NO	Se registraron 801 admisiones alcanzando el 76.11% de la meta. El comportamiento en los últimos tres años ha sido descendente	Revisar el comportamiento histórico y las posibles causas de la disminución en el número de admisiones y redefinir una meta alcanzable.	32,062,862
Otorgar consulta externa de especialidad	Consulta	5,000	Establece meta y unidad de medida	SI	Es la misma meta desde el 2013, pero no ha sido alcanzada	SI	Se otorgaron 3,626 consultas, logrando el 72.52% de la meta; en el 2013 el número de consultas otorgadas estuvo cercano a las 5,000.	Analizar las posibles causas de la disminución en el número de consultas y determinar si es imputable a la demanda de la población o a restricciones institucionales. Redefinir o confirmar la meta de acuerdo a los resultados	32,137,137
Realizar actividades de estimulación temprana	Consulta	1,920	Establece meta y unidad de medida	SI	Es semejante a la programada y mayor a la alcanzada en el 2015.	NO	Se realizaron 1,503 actividades y un alcance de 78.28%. Se considera factible porque entre el 2014 y el 2015 se incrementaron 453 actividades.	Hacer congruente la denominación de la meta con la unidad de medida (actividades vs consulta)	32,087,137
	100%			80%		60%	80%		162,671,837

## Comportamiento histórico

Proyecto: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

Meta	2013				2014				2015			
Brindar hospitalización pediátrica especializada	1,235	1,160	93.93	15,501,888	1,235	1,195	96.76	41,501,888	1,235	1,343	108.91	41,259,877
Realizar intervenciones quirúrgicas	192	146	76.09	11,375,641	286	286	100.00	21,375,641	232	293	126.29	42,897,562
Brindar admisión continua	945	818	86.56	17,860,598	945	969	102.54	23,860,598	945	854	90.37	35,246,446
Otorgar consulta externa de especialidad	5,000	4,878	97.56	23,616,589	5,000	3,736	74.72	30,616,589	5,000	4,264	85.28	20,757,774
Realizar actividades de estimulación temprana	1,000	1,336	133.60	10,997,152	1,100	1,114	101.27	31,117,743	1,920	1,567	81.61	20,599,753
				79,351,868				148,472,459				160,761,412

Meta	Unidad de medida	Programada	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta	Presupuesto
Aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años				NO	Desde el 2014 el número de dosis aplicadas ha	SI	Se aplicaron 6,237,144 dosis de vacunación superando la meta con 109.06	Ajustar la meta de acuerdo al comportamiento histórico tanto de las dosis	487,602,685
						100%	67%		487,602,685

Proyecto: Esquemas de vacunación universal

Meta	2013				2014				2015			
Aplicar dosis de vacunación al menor de 5 años	5,689,952	5,088,236	89.42	431,016,532	5,834,606	6,061,598	103.89	447,104,203	6,857,252	6,141,267	89.04	479,497,336
				431,016,532				447,104,203				479,497,336

### Comportamiento histórico

Proyecto: Atención en salud al menor de 5 años

Meta	Unidad de medida	Programada	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Detectar infecciones respiratorias agudas	Consulta	525,569	Establece meta y unidad de medida	SI	Es superior a la alcanzada en el 2015	SI	Con 516,460 consultas se alcanzó el 98.27% de la meta	Analizar las posibles causas de la disminución en el número de consultas otorgadas para la detección de infecciones respiratorias agudas. Revisar la redacción de la meta que sólo está referida a la detección y no a la atención; así mismo hacerla congruente con la unidad de medida
Detectar infecciones diarreicas agudas	Consulta	89,847	Establece meta y unidad de medida	SI	Es superior a la programada y alcanzada en el 2015	SI	Se otorgaron 93,943 consultas, 4,096 más de las previstas, con un alcance de 104.56%	Revisar la redacción de la meta que sólo está referida a la detección y no a la atención; así mismo hacerla congruente con la unidad de medida (detección / consulta)
	100%			100%		100%	100%	
<b>PROMEDIO GENERAL</b>	100%			60%		87%	82%	

Proyecto: Atención en salud al menor de 5 años

Meta	2013				2014				2015			
Detectar infecciones respiratorias agudas	546,823	516,457	94.45	917,968,275	556,507	512,202	92.04	968,128,029	538,933	462,708	85.86	1,048,780,259
Detectar infecciones diarreicas agudas	100,752	88,796	88.13	920,302,203	103,043	81,910	79.49	968,624,375	58,641	79,201	80.30	1,059,381,558
				1,838,270,478				1,936,752,404				2,108,161,817

### Comportamiento histórico

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## ANEXOS Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS ESTATALES.

Proyectos:	020302030101 Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil y adolescente+
	020302030102 Esquemas de vacunación universal+
	020302030103 Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

					Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	¿Con cuáles programas Estatales coincide?	¿Con qué Programas Estatales se complementa?	Justificación
Salud para la población infantil y adolescente	Secretaría de Salud/ Instituto de Salud del Estado de México	La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	De manera genérica población infantil menor de 5 años	Servicios médicos	Estado de México	Reglas de Operación de los programas de desarrollo social	Entrega de lentes oftalmológicos a menores escolares/ DIFEM	Tiene como propósito la entrega de lentes oftalmológicos nuevos a adultos mayores o estudiantes en escuelas públicas de nivel básico que viven en condiciones de vulnerabilidad, a los que después de la aplicación de un examen de la vista se determinó que los requieren.	
							Otorgamiento de zapato ortopédico/ DIFEM	Está orientado a la entrega de zapato y tenis ortopédico y/o plantillas correctoras a niñas y niños de 4 a 7 años y 11 meses de edad, con defectos plantares, inscritos en escuelas públicas del Estado de México.	
							Promoción a la participación comunitaria Comunidad Diferente/ DIFEM	Está dirigido a Personas y familias (hombres y mujeres) que por sus condiciones de vulnerabilidad, requieran del apoyo del Programa, para superar las circunstancias que le impiden su pleno desarrollo, y que además habiten en localidades rurales y urbanas de alta y muy alta marginación, de cualquiera de los 125 municipios que conforman el Estado de México, enfatizando acciones que involucren la participación y la atención de las necesidades de: niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo; mujeres embarazadas; mujeres en período de lactancia; adultos mayores; personas con discapacidad; jornaleros agrícolas migrantes e indígenas.	
							Desayunos escolares fríos y raciones vespertina/ DIFEM	Tiene como objetivo entrega de Desayunos Escolares Fríos o Raciones Vespertinas, a niñas, niños y adolescentes de nivel preescolar y primaria que sean diagnosticados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México con desnutrición o en riesgo de padecerla y que asistan a planteles escolares públicos matutinos o vespertinos, preferentemente de comunidades marginadas de zonas indígenas, rurales y urbanas del Estado de México.	
							Canasta mexicana/ DIFEM	El programa consiste en la entrega bimestral de insumos alimentarios (despensa) a familias con vulnerabilidad social madres solteras adolescentes hasta 21 años de edad, mujeres embarazadas, mujeres en período de lactancia, niñas y niños menores de cinco años, personas que presenten padecimientos crónicos y adultos mayores (de 60 a 64 años), de comunidades preferentemente marginadas en zonas indígenas, rurales y urbano marginadas del Estado de México.	
							Atención a niñas y niños menores de cinco años/ DIFEM	Tiene como propósito la entrega de apoyos alimentarios acordes a la edad y acciones complementarias de orientación alimentaria a niñas y niños menores de cinco años no escolarizados que sean diagnosticados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México con desnutrición o en riesgo, ubicados en comunidades marginadas de zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas prioritarias del Estado de México, focalizando a los municipios prioritarios de acuerdo a resultados del 5º Censo Estatal de Peso y Talla, a la Herramienta del Reloj de la Desnutrición en México y a los municipios prioritarios en la Cruzada Nacional contra el Hambre.	
							Desayuno escolar comunitario/ DIFEM	Entrega de insumos alimentarios no perecederos para la preparación diaria de un primer alimento, desayuno caliente, a menores escolares de Educación Básica del Sistema Educativo Estatal y Federal, que asistan a planteles escolares públicos, ubicados en el Estado de México.	
Por una infancia en grande/ SEDESEM	Está orientado a contribuir al gasto de los hogares en condición de pobreza multidimensional en su dimensión alimentaria o vulnerabilidad y en cuyo seno algún/a integrante de la familia de 0 (cero) a 14 años de edad; presente alguna discapacidad; se encuentre en tratamiento de salud especializado o por quemaduras, viva en situación de orfandad; que la madre se encuentre ausente por resolución judicial; vivan en hogares monoparentales masculinos o sean trillizos, cuatrillizos o más.								
Apadrina a un niño indígena/ SEDESEM	Tiene como propósito disminuir la condición de pobreza multidimensional en sus dimensiones alimentaria y educativa, en las niñas y niños indígenas de entre 5 y 15 años de edad, que se encuentran estudiando en escuelas públicas de educación básica del Estado de México, a través del otorgamiento de canastas alimentarias, útiles escolares y apoyos monetarios para la compra de uniformes escolares.								

**ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS  
CRÍTICOS DE MEJORA.**

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Proyectos:	020302030101 Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil y adolescente+
	020302030102 Esquemas de vacunación universal+
	020302030103 Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

	Unidad responsable	Fecha compromiso	Productos y/o Evidencias	Avance (%)	Documento probatorio	Observaciones	
1	No se repararon los atrasos presentados en la prestación del servicio	1. Solicitar de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos difundir a las unidades que se pretende dar el servicio, el contrato y la descripción del mismo. 2. Solicitar de manera oficial a los titulares de las unidades médicas y administrativas a las que la empresa prestadora del servicio realizó los mantenimientos preventivos y correctivos a las cámaras frías y plantas de emergencia proporcionen la fecha real en que el proveedor ejecutó los servicios. 3. Remitir de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos los órdenes de servicios y los documentos emitidos por las unidades con las fechas en las que el proveedor otorgó el servicio para la aplicación de multas y penas convencionales.	Subdirección de Epidemiología	15/02/2017	Oficio 217B50300/249/2017 del 17 de febrero de 2017 emitido por el Subdirector de Epidemiología, en el cual remite diversa documentación relacionada con el cumplimiento de las acciones recomendadas.	100%	Oficio 217B11000/A/00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.
2	Existencia de Cámara fría sin funcionar	1. Solicitar de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguirnientos de Pedidos, considerar una cláusula en la que el proveedor y las unidades en las que se presta el servicio, informen a la Subdirección de Epidemiología la prestación del servicio los primeros 5 días del mes siguiente a su realización. 2. Solicitar a la empresa un reporte de las unidades en que se ejecutó el servicio y justificar la realización del mismo en una cámara fría no considerada en el contrato. 3. Solicitar al Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia, realice un diagnóstico de la situación que guardan las cámaras frías y plantas de emergencia y deberá estar validado por las unidades a considerar en el próximo contrato.	Subdirección de Epidemiología	15/02/2017	Oficio 217B50300/250/2017 del 17 de febrero de 2017 del Subdirector de Epidemiología, donde envía la documentación soporte con el cumplimiento de las acciones recomendadas.	100%	Oficio 217B11000/A/00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.
3	Deficiencias en la elaboración y cumplimiento del contrato	1. Solicitar al Jefe de Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia realice supervisiones a las unidades en las que la empresa otorgó servicios con el objeto de evaluar el servicio prestado y conocer el estatus actual de los equipos. 2. Considerar y solicitar el desglose del costo por tipo de servicio, un calendario de servicios y una visita del proveedor para conocer el estatus de los equipos. 3. Instruir al Jefe del Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia supervisar el cumplimiento de los contratos en todas sus cláusulas.	Subdirección de Epidemiología	15/02/2017	Oficio 217B50300/251/2017 del 17 de febrero de 2017, elaborado por el Subdirector de Epidemiología, en el cual envía información derivada con el cumplimiento de las observaciones emitidas.	100%	Oficio 217B11000/A/00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.
4	Falta de contratación del servicio de mantenimiento a cámaras frías y plantas de emergencia.	1. Instruir al Jefe de Departamento de Salud del Niño y el Adolescente realice un diagnóstico de manera conjunta con el Departamento de Ingeniería Biomédica con relación a los mantenimientos que se deben realizar. 2. Solicitar a la Dirección de Finanzas suficiencia presupuestal para contratar un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frías y plantas de emergencia. 3. Gestionar ante la Subdirección de Recursos Materiales la contratación del citado servicio, con el objeto de evitar reparaciones a un costo elevado.	Subdirección de Epidemiología	15/02/2017	Oficio 217B50300/249/2017 de fecha 17 de febrero de 2017 emitido por el Subdirector de Epidemiología, en el cual remite diversa información relativa al cumplimiento de las acciones recomendadas.	100%	Oficio 217B11000/A/00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.

## ACCIONES PARA ATENDER LOS ASPECTOS TIBLES DE MEJORAÏ.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

Proyectos:	020302030102 Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

AUDITORÍA INTEGRAL								
No.	Hallazgo o Recomendación	Actividad	Área responsable	Avance (%)	Se ha logrado el resultado establecido	Justificación del logro de resultados	Evidencia de cumplimiento	Efectos adicionales no identificados
1	No se reportaron los atrasos presentados en la prestación del servicio	1. Solicitar de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos difundir a las unidades que se pretende dar el servicio, el contrato y la descripción del mismo. 2. Solicitar de manera oficial a los titulares de las unidades médicas y administrativas a las que la empresa prestadora del servicio realizó los mantenimientos preventivos y correctivos a las cámaras frías y plantas de emergencia proporcionen la fecha real en que el proveedor ejecutó los servicios. 3. Remitir de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos las órdenes de servicios y los documentos emitidos por las unidades con las fechas en las que el proveedor otorgó el	Subdirección de Epidemiología	100%	Si	Se solicitó al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos la difusión del contrato celebrado con la empresa para el mantenimiento preventivo, correctivo y fortalecimiento de la red de frío, se solicitó a las Jurisdicciones Sanitarias las fechas en las que la empresa otorgó los servicios, así como al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos la aplicación de multas y penas convencionales, adicionalmente se solicitaron las evidencias de los	Oficio 217B11000/A00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.	Ningún efecto adicional no identificado. Sin embargo, la inobservancia ocasionaría eventualmente el incumplimiento de metas y un impacto negativo en los resultados del proyecto al no contar con vacunas tratadas bajo los cuidados necesarios de refrigeración, en caso de no realizarse el mantenimiento preventivo, correctivo y fortalecimiento de acuerdo a lo programado.
2	Existencia de Cámara fría sin funcionar	1. Solicitar de manera oficial al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos, considerar una cláusula en la que el proveedor y las unidades en las que se presta el servicio, informen a la Subdirección de Epidemiología la prestación del servicio los primeros 5 días del mes siguiente a su realización. 2. Solicitar a la empresa un reporte de las unidades en que se ejecutó el servicio y justificar la realización del mismo en una cámara fría no considerada en el contrato. 3. Solicitar al Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia, realice un diagnóstico de la situación que guardan las cámaras frías y plantas de emergencia y deberá estar validado por las unidades a considerar en el	Subdirección de Epidemiología	100%	Si	Se solicitó al Departamento de Contratos y Seguimiento de Pedidos incluir una cláusula en la que se informe la prestación del servicio, se solicitó a la empresa un reporte de los servicios realizados ya justificación del realizado en un equipo no considerado, se entregó evidencia del mantenimiento realizado a la cámara fría de la Jurisdicción Sanitaria de Nautcalpan, finalmente se realizó la solicitud de elaboración del diagnóstico por parte del Departamento de Salud de la	Oficio 217B11000/A00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.	Ningún efecto adicional no identificado. No obstante, la persistencia de la observación pudiera ocasionar el incumplimiento de metas y disminución de resultados, ya que al no tener cámaras frías en todas las jurisdicciones limitan el almacenamiento de vacunas respectivas.
3	Deficiencias en la elaboración y cumplimiento del contrato	1. Solicitar al Jefe de Departamento de Salud de la Infancia y Adolescencia realice supervisiones a las unidades en las que la empresa otorgó servicios con el objeto de evaluar el servicio prestado y conocer el estatus actual de los equipos. 2. Considerar y solicitar el desglose del costo por tipo de servicio, un calendario de servicios y una visita del proveedor para conocer el estatus de los equipos. 3. Instruir al Jefe del Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia supervisar el cumplimiento de los contratos en todas sus cláusulas.	Subdirección de Epidemiología	100%	Si	Se solicitó al Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia se realicen supervisiones a las cámaras frías y plantas de emergencia, se solicitó la se considere en las contrataciones subsecuentes el desglose del costo por servicio y calendario de mantenimiento, y se instruyó al Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia realizar supervisiones al cumplimiento de	Oficio 217B11000/A00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.	Ningún efecto adicional no identificado. Sin embargo, el no contar con un diagnóstico por el Departamento de Salud de la Infancia y la Adolescencia del estatus de las cámaras frías, impide la adecuada realización de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.
4	Falta de contratación del servicio de mantenimiento a cámaras frías y plantas de emergencia.	1. Instruir al Jefe de Departamento de Salud del Niño y el Adolescente realice un diagnóstico de manera conjunta con el Departamento de Ingeniería Biomédica con relación a los mantenimientos que se deben realizar. 2. Solicitar a la Dirección de Finanzas suficiencia presupuestal para contratar un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frías y plantas de emergencia. 3. Gestionar ante la Subdirección de Recursos Materiales la contratación del citado servicio, con el objeto de evitar reparaciones a un costo elevado.	Subdirección de Epidemiología	100%	Si	Se solicitó al Departamento de Ingeniería Biomédica realizar un diagnóstico a las cámaras frías y plantas de emergencia, así mismo se solicitó al Departamento de Mantenimiento a Equipo Médico y Electromecánico realizar un diagnóstico para la contratación del servicio de acuerdo a lo que establecen los manuales de mantenimiento, también se hizo la solicitud de suficiencia presupuestal para la contratación del servicio, y la solicitud a la Subdirección de Recursos Materiales de la contratación del servicio de mantenimiento a cámaras frías y plantas de	Oficio 217B11000/A00110/2017 de fecha 7 de marzo de 2017, emitido por el Contralor Interno del ISEM, donde tiene por solventadas las observaciones de mejora convenidas.	Ningún efecto adicional no identificado. Sin embargo, compromete la meta el no contar con un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de las cámaras frías y plantas de emergencia, ya que no se cuenta con condiciones óptimas de infraestructura para la ejecución del proyecto.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS DERIVADAS DE ATENCIONES EXTERNAS Î.

Proyectos:	020302030101 Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

## COBERTURA DE LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL PARA LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE+

	020302030103 % Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

### Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil

Tipo de Población	Unidad de Medida	2013	2014	2015	2016
Referencia <sup>1</sup>	Niño (a) (neonato)	279,869	274,705	266,552	261,318
P. Potencial <sup>2</sup>	Niño (a) (neonato) Sin Derechohabiencia	86,715	70,780	70,518	63,455
P. Objetivo <sup>3</sup>	Niño (a) (neonatos)	1,235	1,235	1,235	1,235
P. Atendida <sup>4</sup>	Niño (a) (neonatos)	1,160	1,195	1,346	1,424
<b>P. A * 100</b>		<b>93.93</b>	<b>96.76</b>	<b>108.99</b>	<b>115.30</b>
<b>P. O.</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

<sup>1</sup> Nacimientos Estado de México

<sup>2</sup> Nacimientos Estado de México Sin Derechohabiencia

<sup>3</sup> Niño (a) (neonatos) que se espera brindar Atención Médica Especializada de Tercer Nivel

<sup>4</sup> Niño (a) (neonatos) beneficiados con Atención Médica Especializada de Tercer Nivel

### Esquemas de vacunación universal

Tipo de Población	Unidad de Medida	2011	2012	2013	2014
Referencia	Proyección	PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN CONAPO 2010-2030			
P. Potencial	persona	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,535,520
P. Objetivo	persona	936,255	935,869	936,194	1,148,468
P. Atendida	dosis aplicadas	2,737,583	2,865,325	3,415,803	4,197,881
<b>P. A * 100</b>	No puede definirse	No puede definirse	No puede definirse	No puede definirse	No puede definirse
<b>P. O.</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

S/I: Sin información

### Atención en salud al menor de 5 años

#### DETECTAR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

Tipo de Población	Unidad de Medida	2011	2012	2013	2014
Referencia	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
**P. Potencial	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
**P. Objetivo	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
*P. Atendida	consulta /niño	92,124	88,014	88,215	80,298
<b><u>P. A * 100</u></b> <b>P. O.</b>	%	<b>6.0</b>	<b>5.8</b>	<b>5.8</b>	<b>5.2</b>

S/I: Sin información

### Atención en salud al menor de 5 años

#### DETECTAR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS AGUDAS (IRAS)

Tipo de Población	Unidad de Medida	2011	2012	2013	2014
Referencia	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
**P. Potencial	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
**P. Objetivo	niño	1,528,574	1,528,848	1,530,324	1,533,126
*P. Atendida	consulta /niño	481,094	470,109	484,838	503,259
<b><u>P. A * 100</u></b> <b>P. O.</b>	%	<b>31.5</b>	<b>30.7</b>	<b>31.7</b>	<b>32.8</b>

FUENTE:\* Sistema de Información en Salud S.I.S;

\*\*Cubo de Estimaciones de Población 1990-2030 censo 2010



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DE LOS COMPONENTES Y PROCESOS CLAVESÍ.



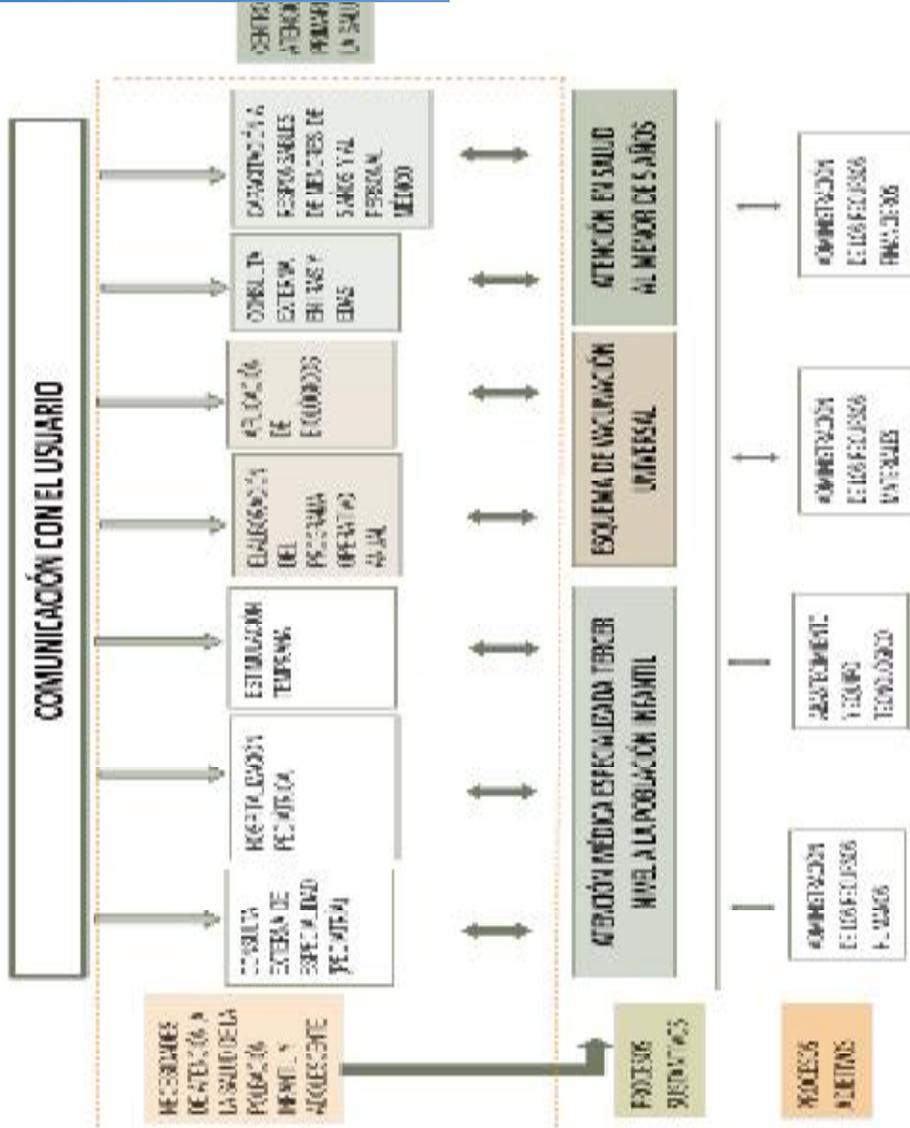
*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

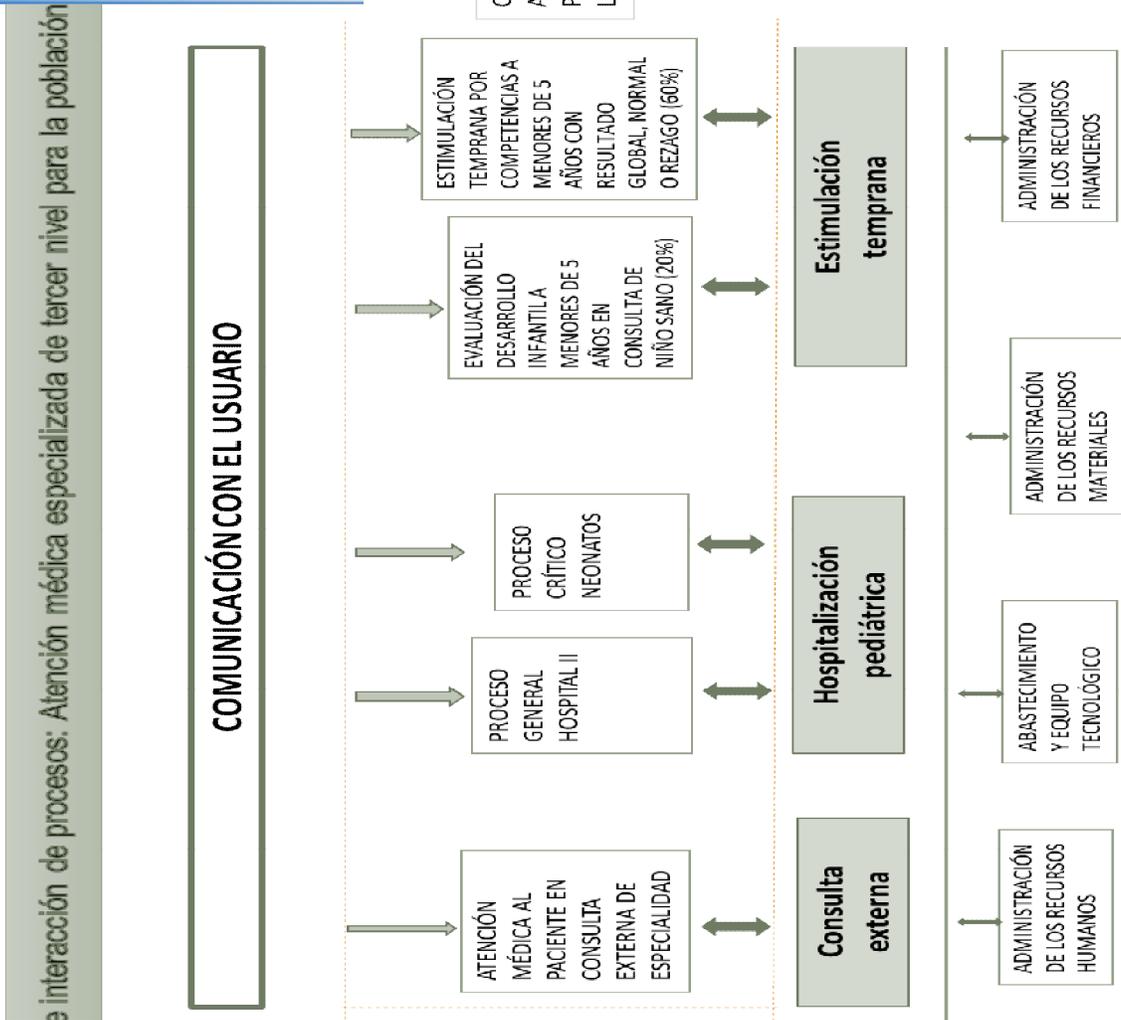
[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

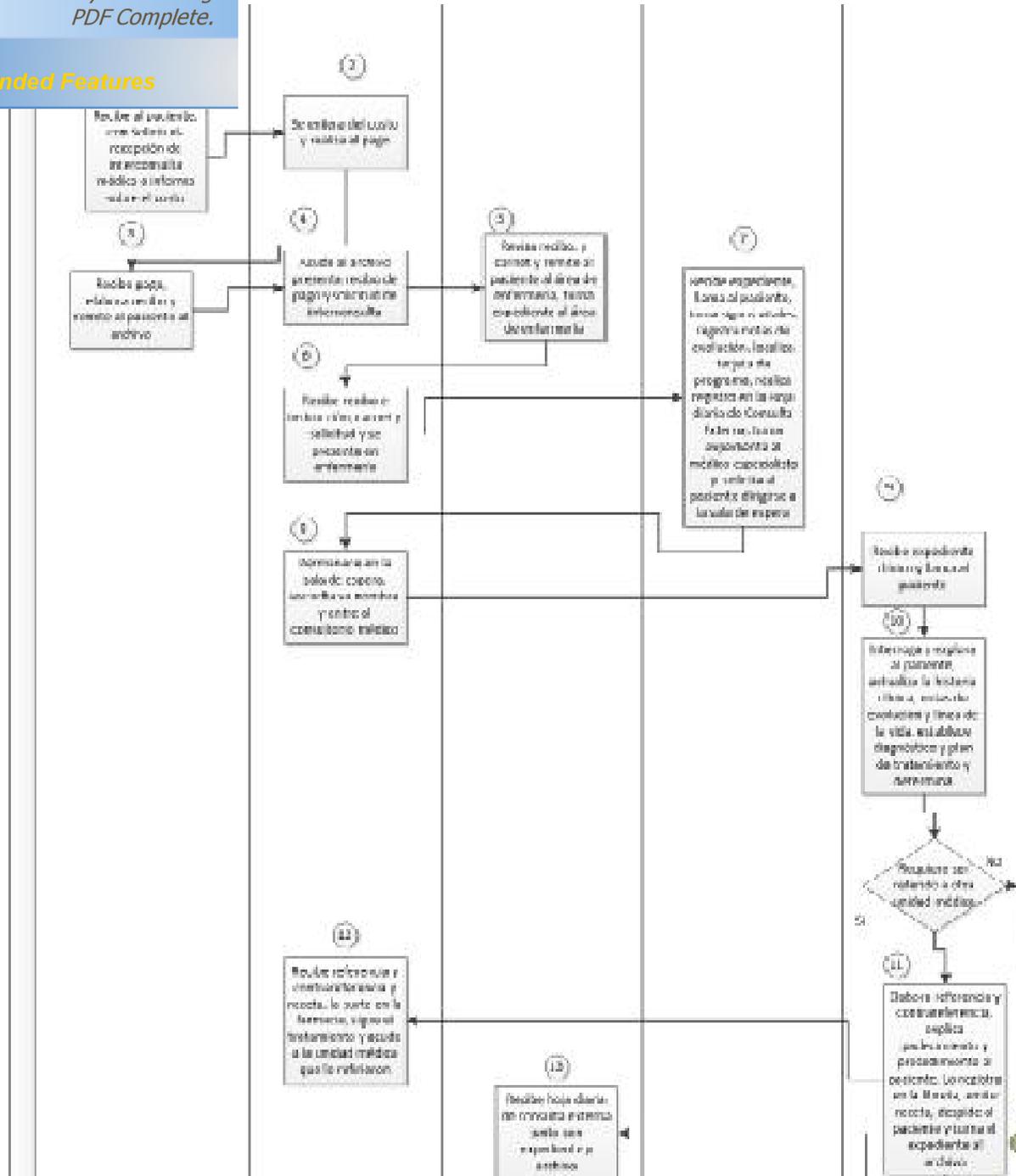
ES PARA UNA GESTIÓN ÚTIL, EFECTIVA  
Y SUSTENTABLE

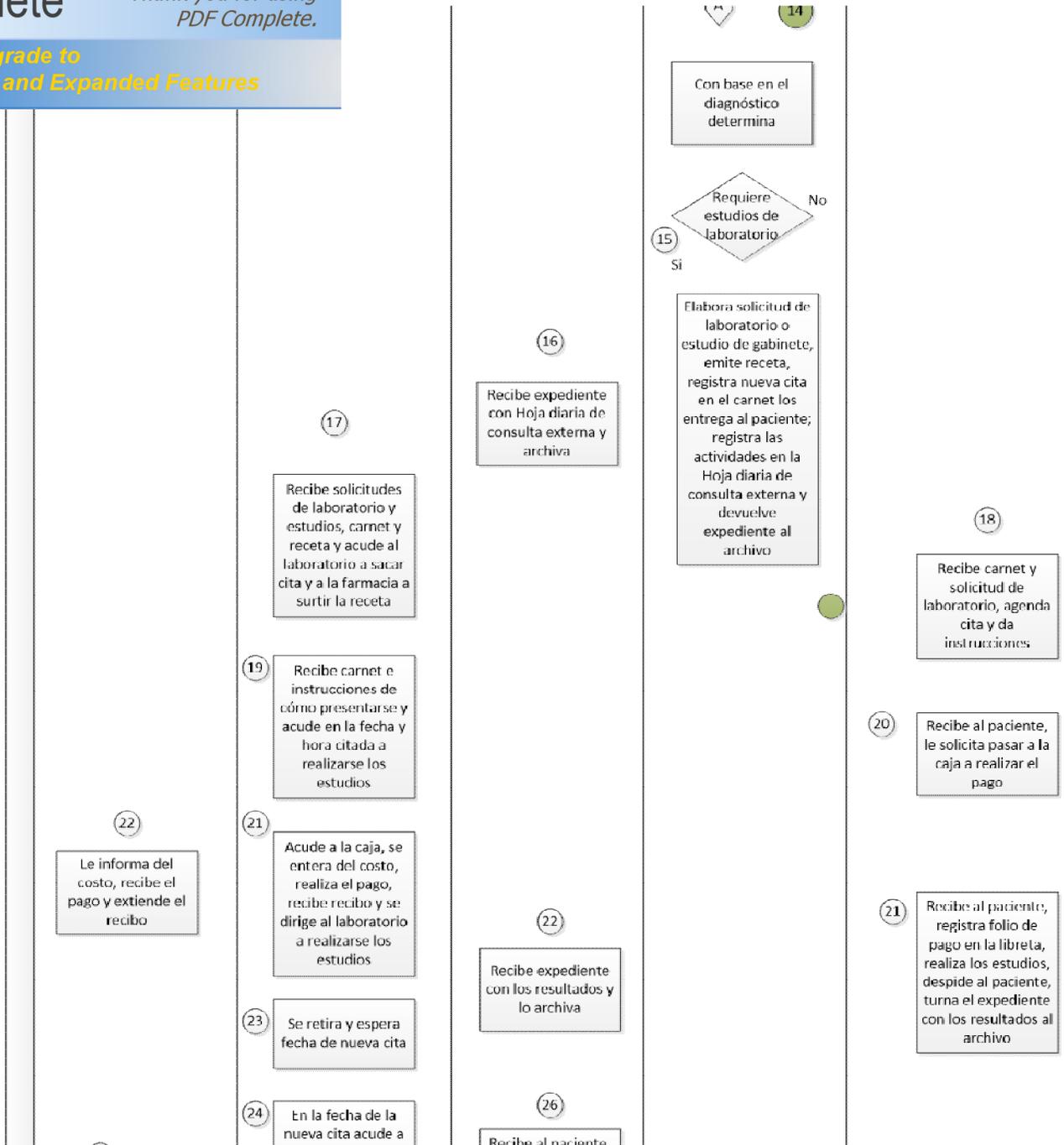
**ANEXO: 12  
DIAGRAMAS DE LOS  
PRINCIPALES PROCESOS DEL  
PROGRAMA PRESUPUESTAL  
“ SALUD PARA LA POBLACIÓN  
INFANTIL Y ADOLESCENTE”**

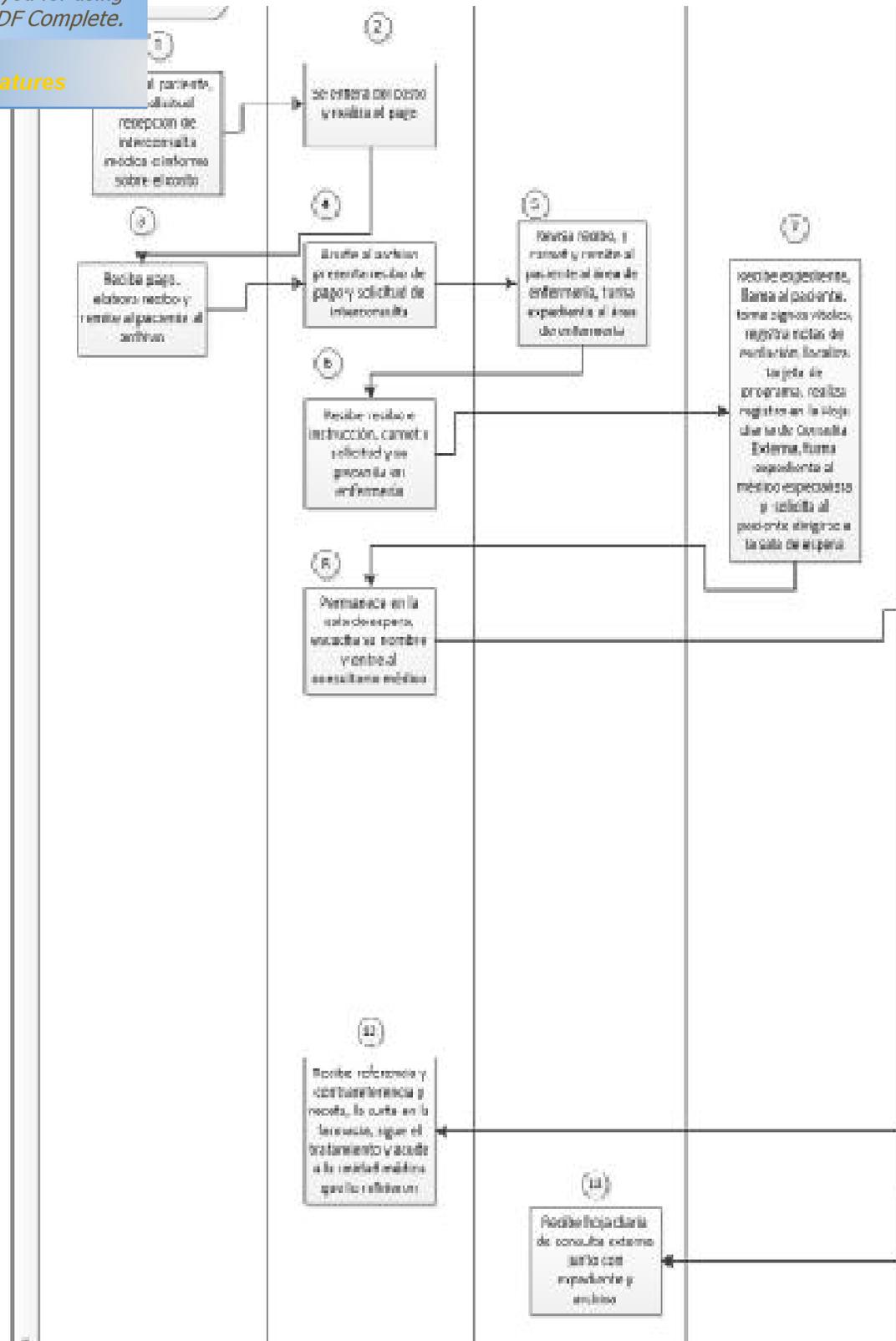
IDENTIFICACIÓN E INTEGRACIÓN DE PROCESOS DEL PROGRAMA SALUD PARA LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

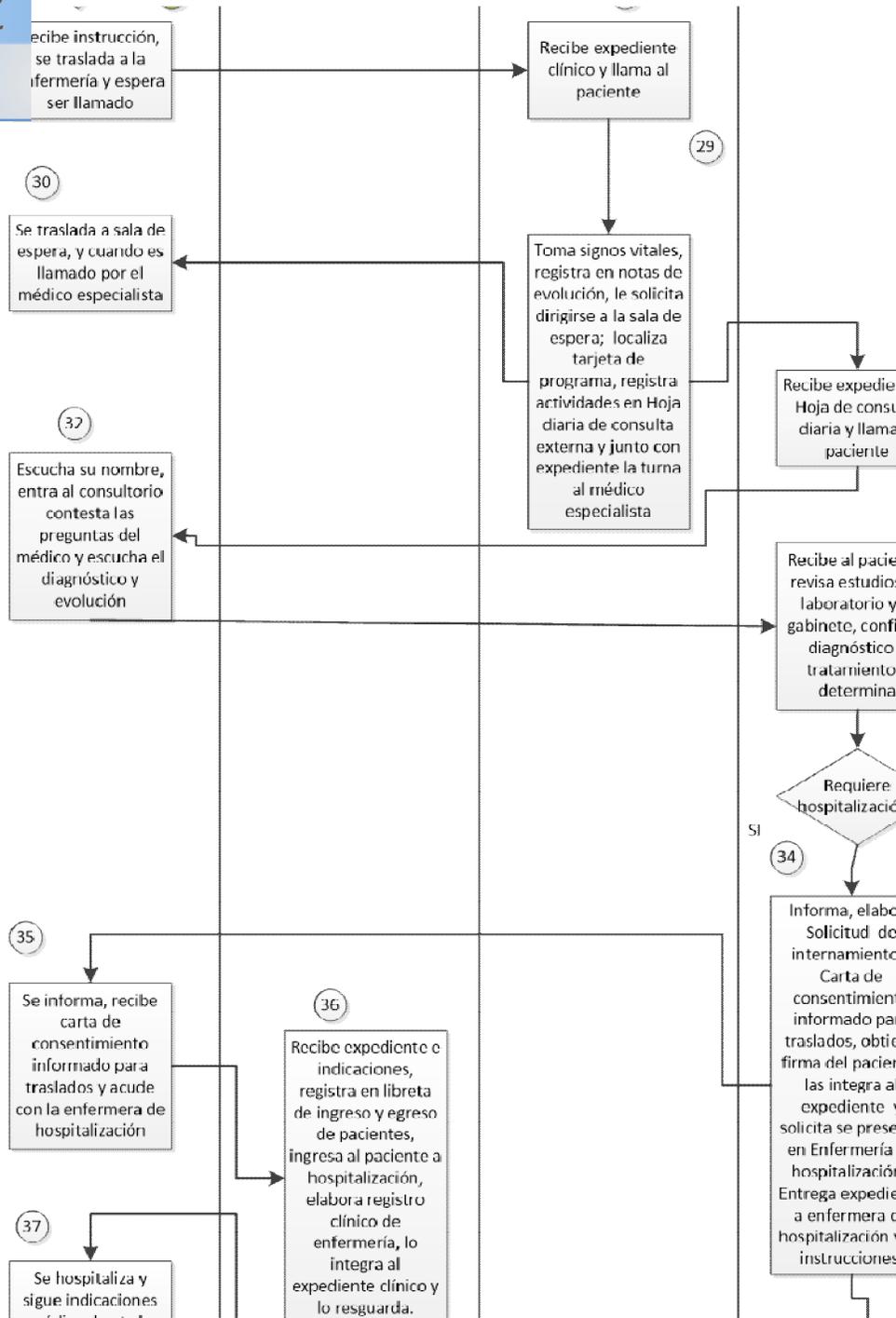


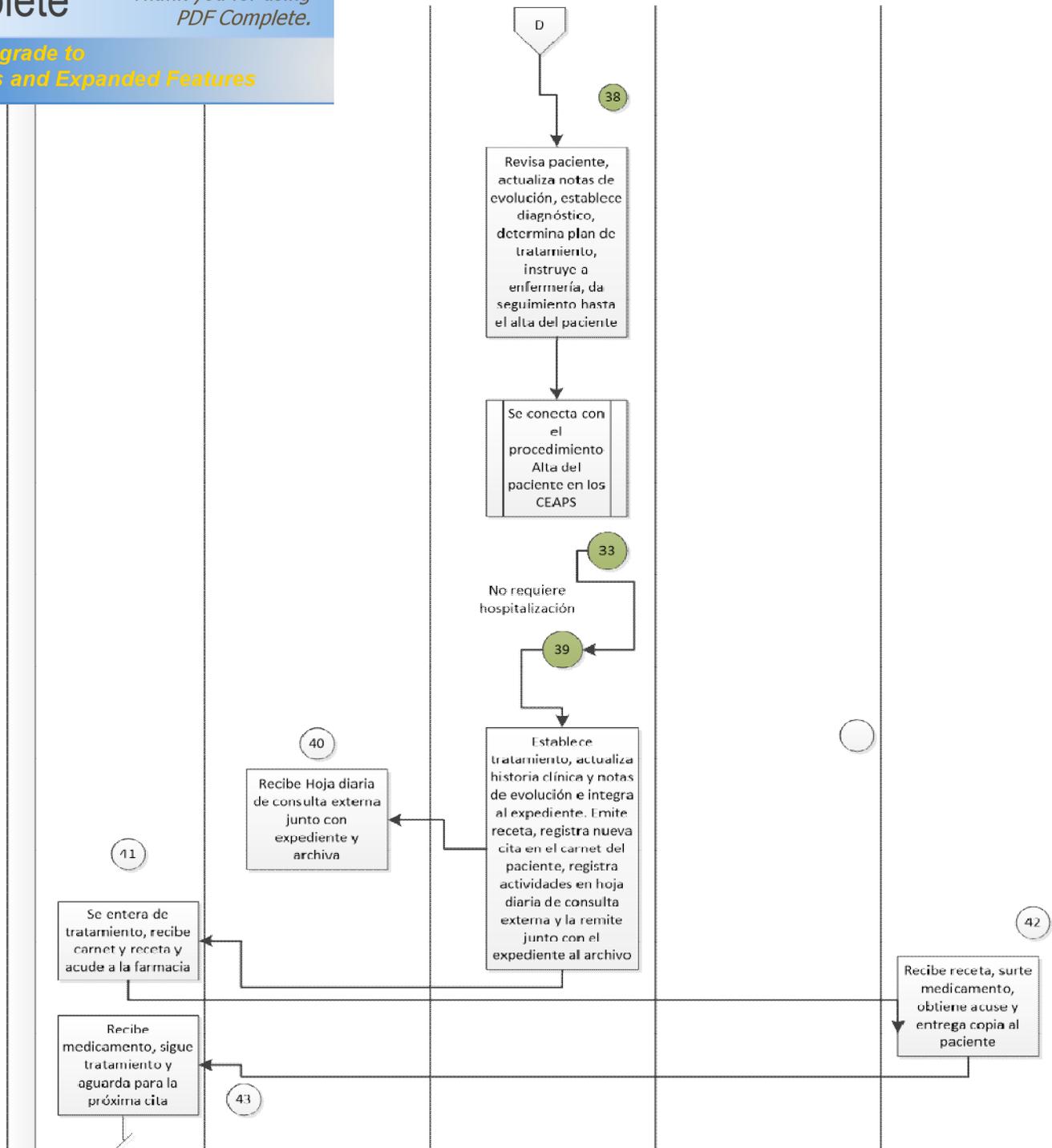


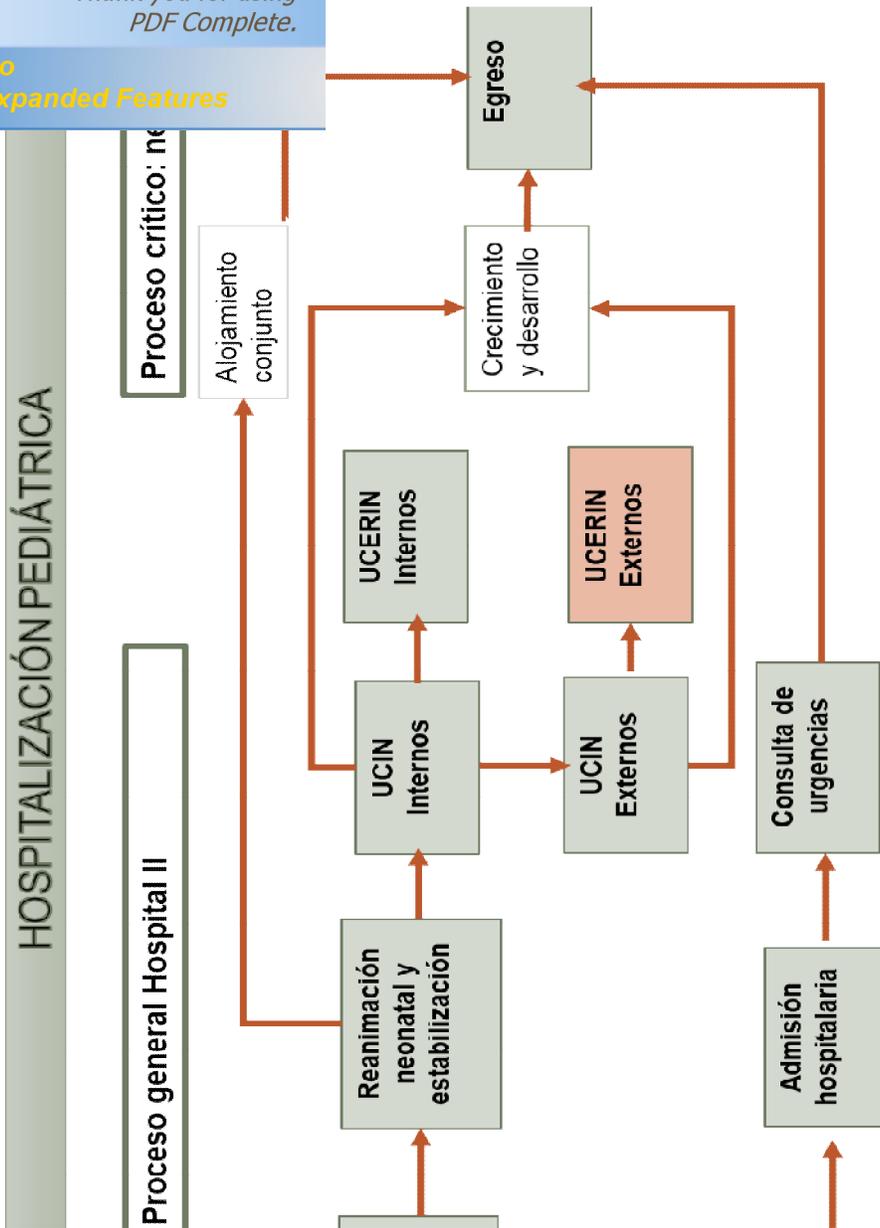






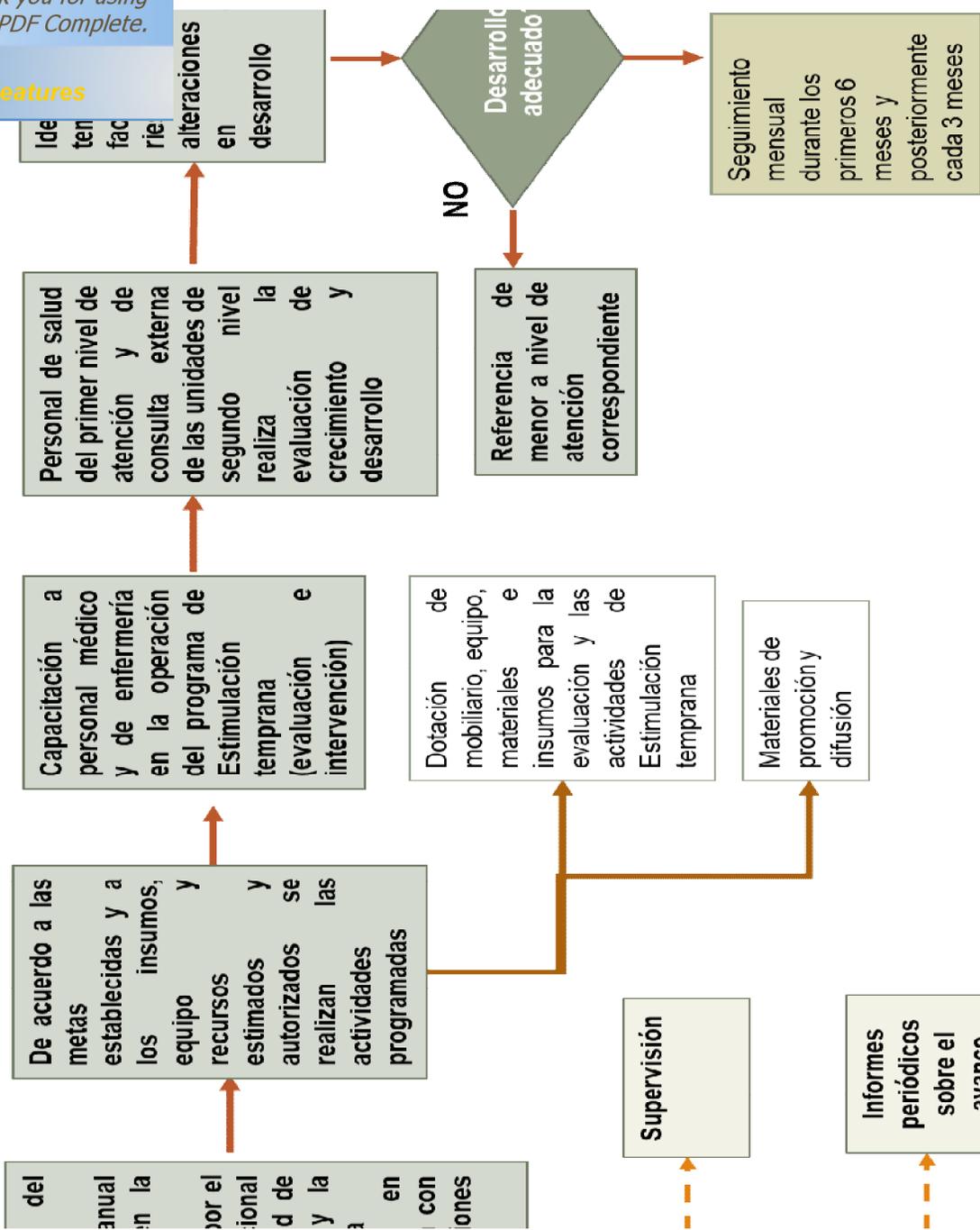




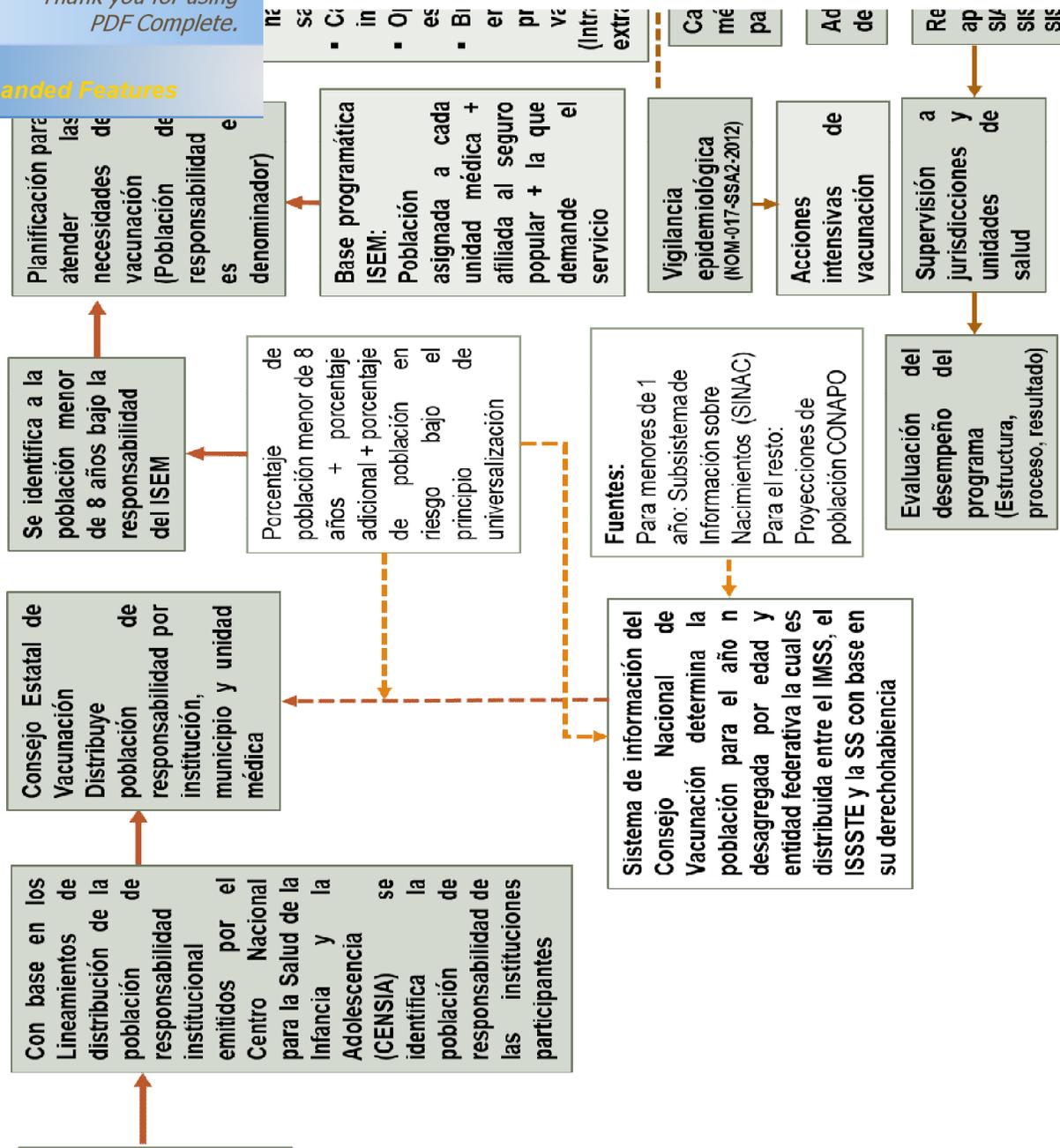


mería	Servicios auxiliares diagnóstico y tratamiento	Quirófano y anestesiología	Inhaloterapia	Nutrición
miología	Biomédica	Trabajo social	Archivo clínico	Tecnología
os materiales	Rec. financieros	Mantenimiento	Servicios Generales	Administración de personal
				Calidad

# Estimulación temprana



ESQUEMA UNIVERSAL DE VACUNACIÓN



## ESQUEMA UNIVERSAL DE VACUNACIÓN "ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICOS"

Vacunas incluidas por año en México para menores de 12 años

	2010	2011	2012	2013	2014
Poliomielítica trivalente (tipo Sabin)	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
Poliomielítica trivalente (tipo Sabin)	Antipoliomielítica trivalente oral (tipo Sabin)				
Difteria y Tétanos	DPaT+VIP+Hib	DPaT+VIP+Hib	DPaT+VIP+Hib	DPaT+VIP+Hib	DPaT+VIP+Hib
Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B
Sistema de inmunización	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP
Difteria, Tétanos y Pertussis	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
Influenza	Influenza	Influenza	Influenza	Influenza	Influenza
Rotavirus	Rotavirus <sup>u</sup>	Rotavirus	Rotavirus	Rotavirus	Rotavirus
Vacuna 13 valente	VCN 13 valente	VCN 13 valente	VCN 13 valente	VCN 13 valente	VCN 13 valente
VPH	VPH	VPH <sup>o</sup>	VPH	VPH	VPH <sup>n</sup>

## Esquema nacional de vacunación para menores de 12 años 2016

Nacimiento	BCG	Hepatitis B	
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis		
12 meses	SRP		Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular		
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual		
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual		
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)		
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre-marzo)		
	VOP (polio oral) de los 6 a los 59 meses en 1ª y 2ª Semanas Nacionales de Salud*		

en salud al menor de 5 años "Modelo de atención integral"

- Elementos de la consulta completa
- Identificación de factores de mal pronóstico
  - Evaluación clínica y clasificación
  - Tratamiento adecuado
  - Capacitación a la madre sobre el motivo de la consulta
  - Seguimiento de los casos

arreica  
spiratoria  
o sano

VIII. Diagnóstico oportuno del cáncer en la infancia

IX. Capacitación a la madre en nutrición, vacunación e estimulación temprana

X. Atención a la salud de la madre

V. Estimulación temprana

VI. Prevención y diagnóstico de los defectos al nacimiento

VII. Prevención de accidentes en el hogar



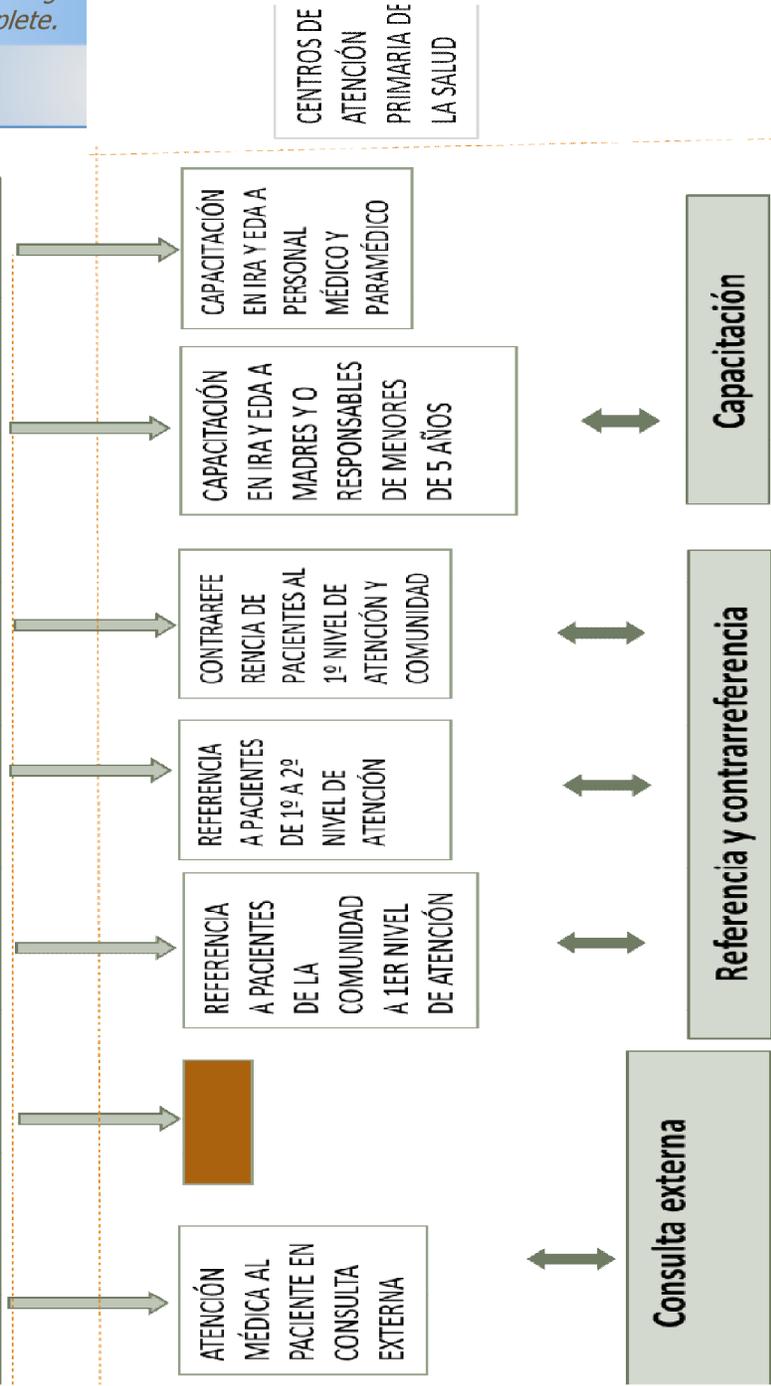
*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

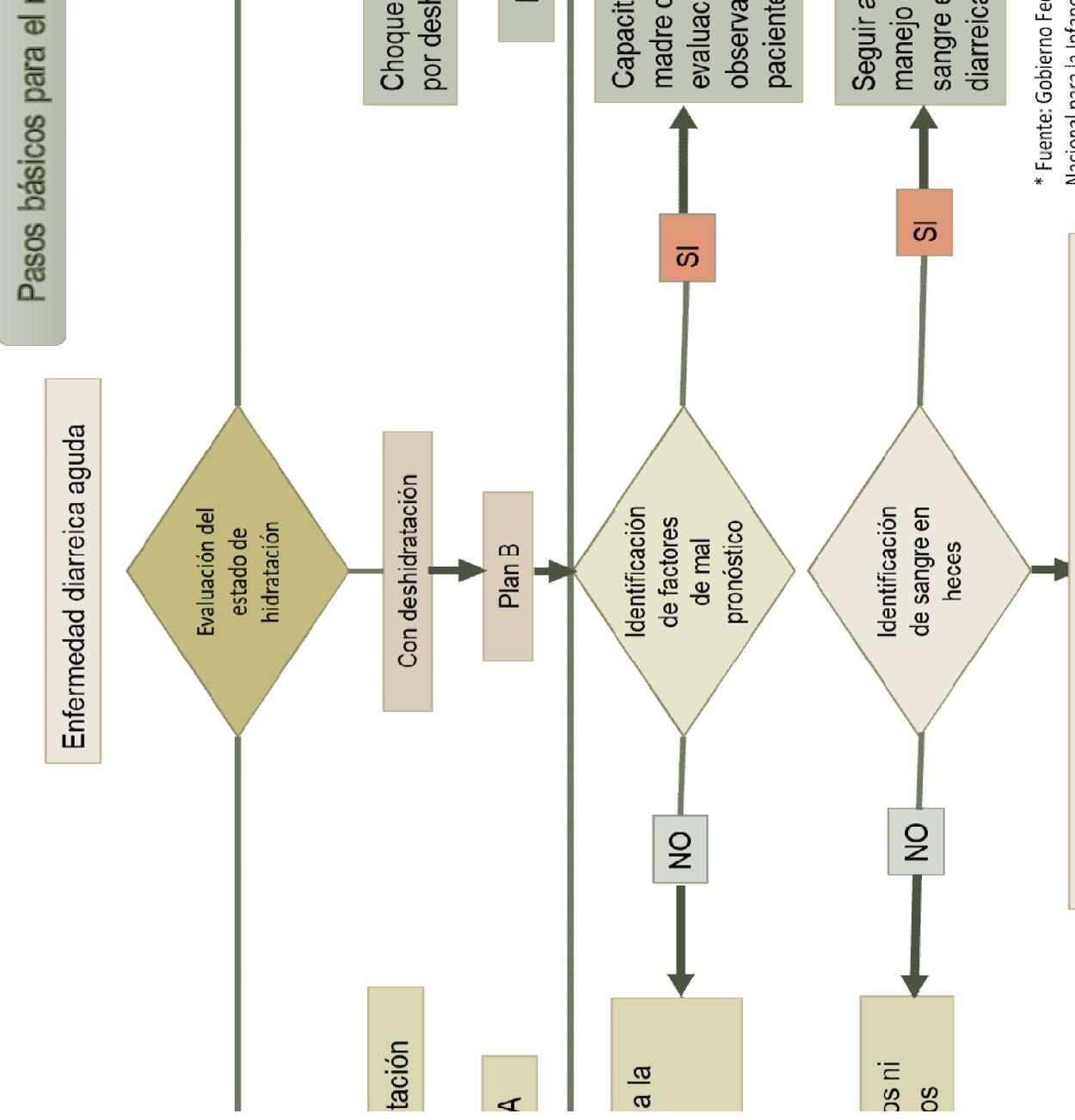
[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ATENCIÓN EN SALUD AL MENOR DE 5 AÑOS

**IDENTIFICACIÓN E INTRACCIÓN DE PROCESOS DEL PROYECTO ATENCIÓN EN SALUD AL MENOR DE**

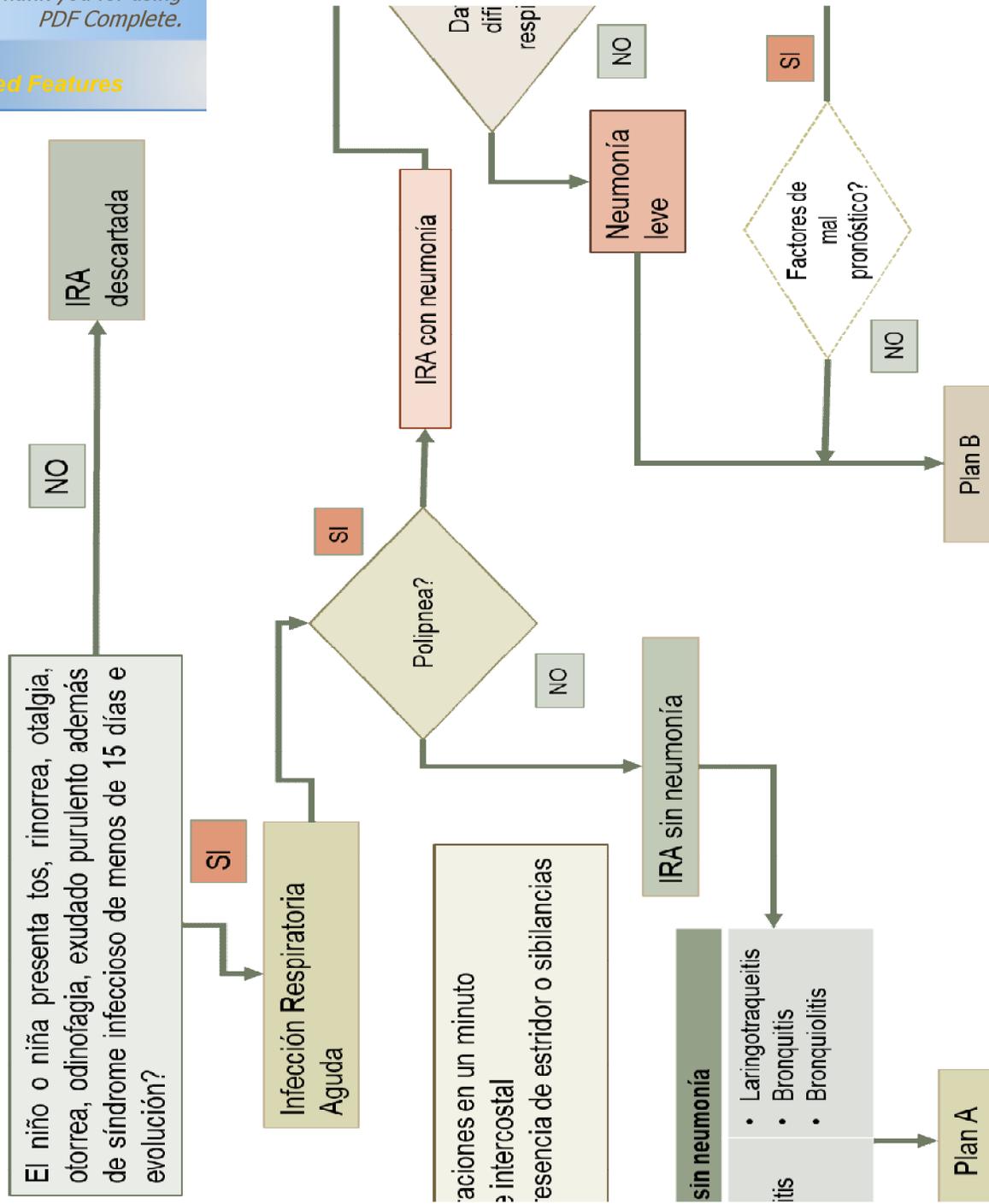
**COMUNICACIÓN CON EL USUARIO**





\* Fuente: Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 Años de Edad.

Evaluación y clasificación del niño o niña con infección



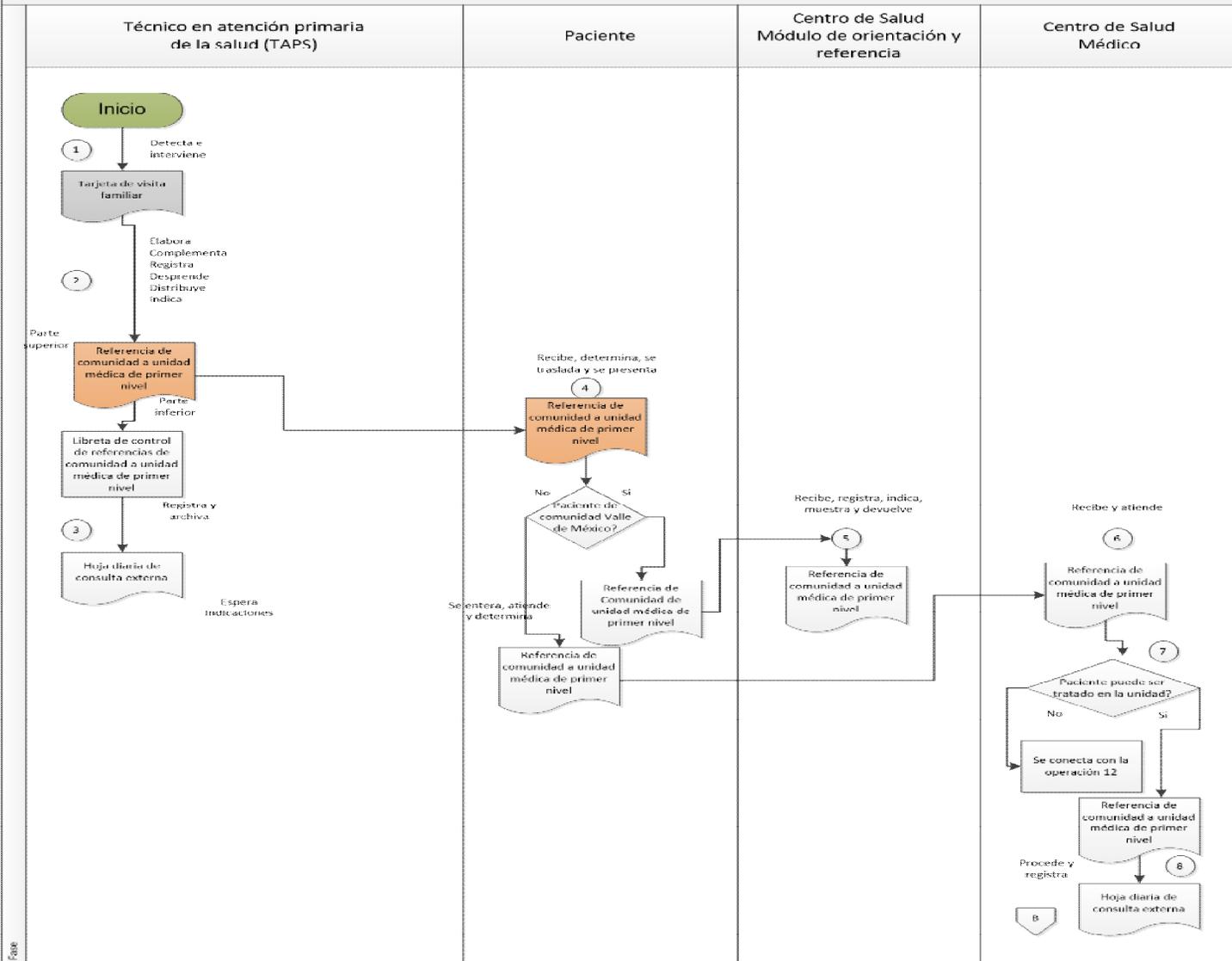


*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

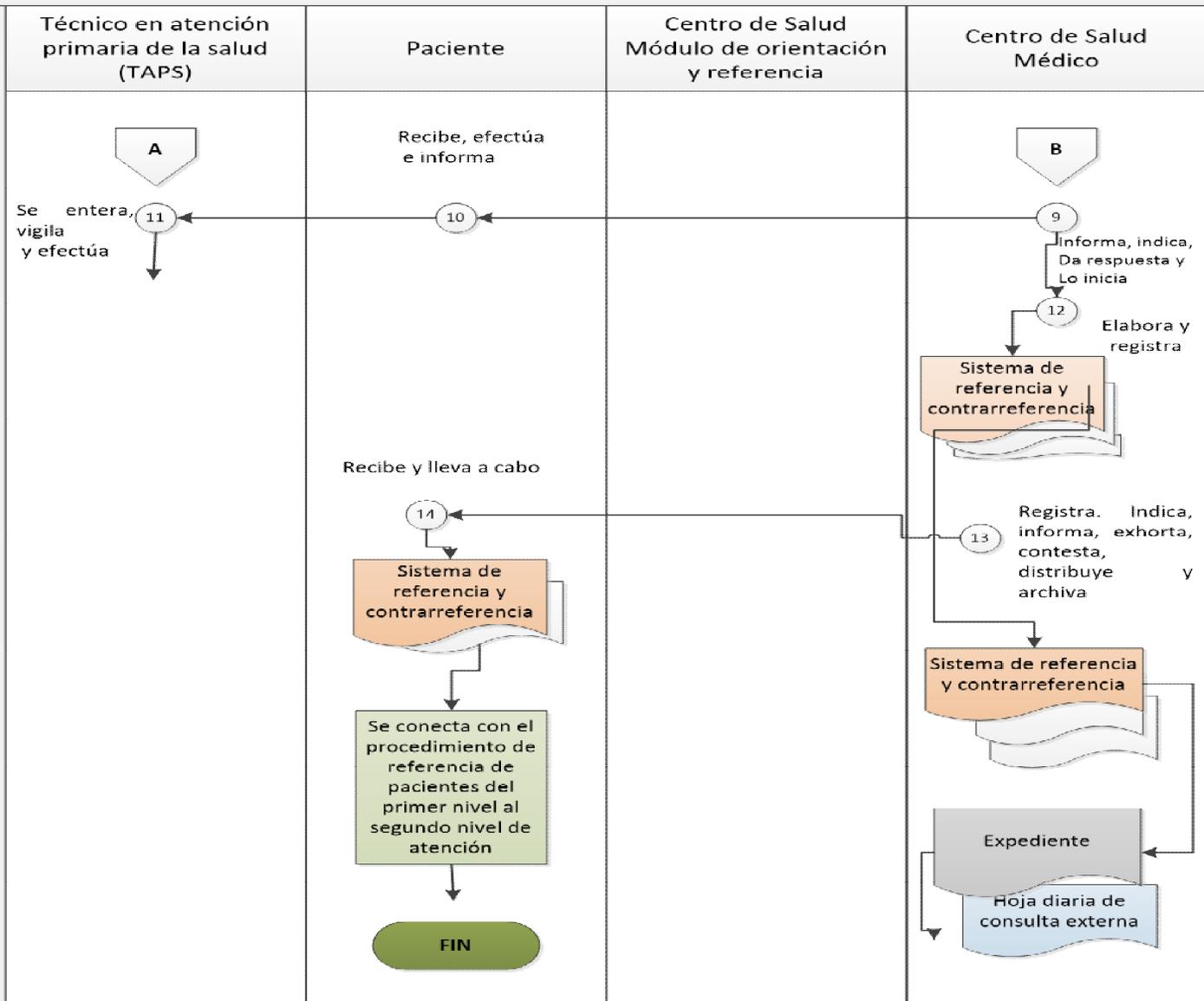
[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

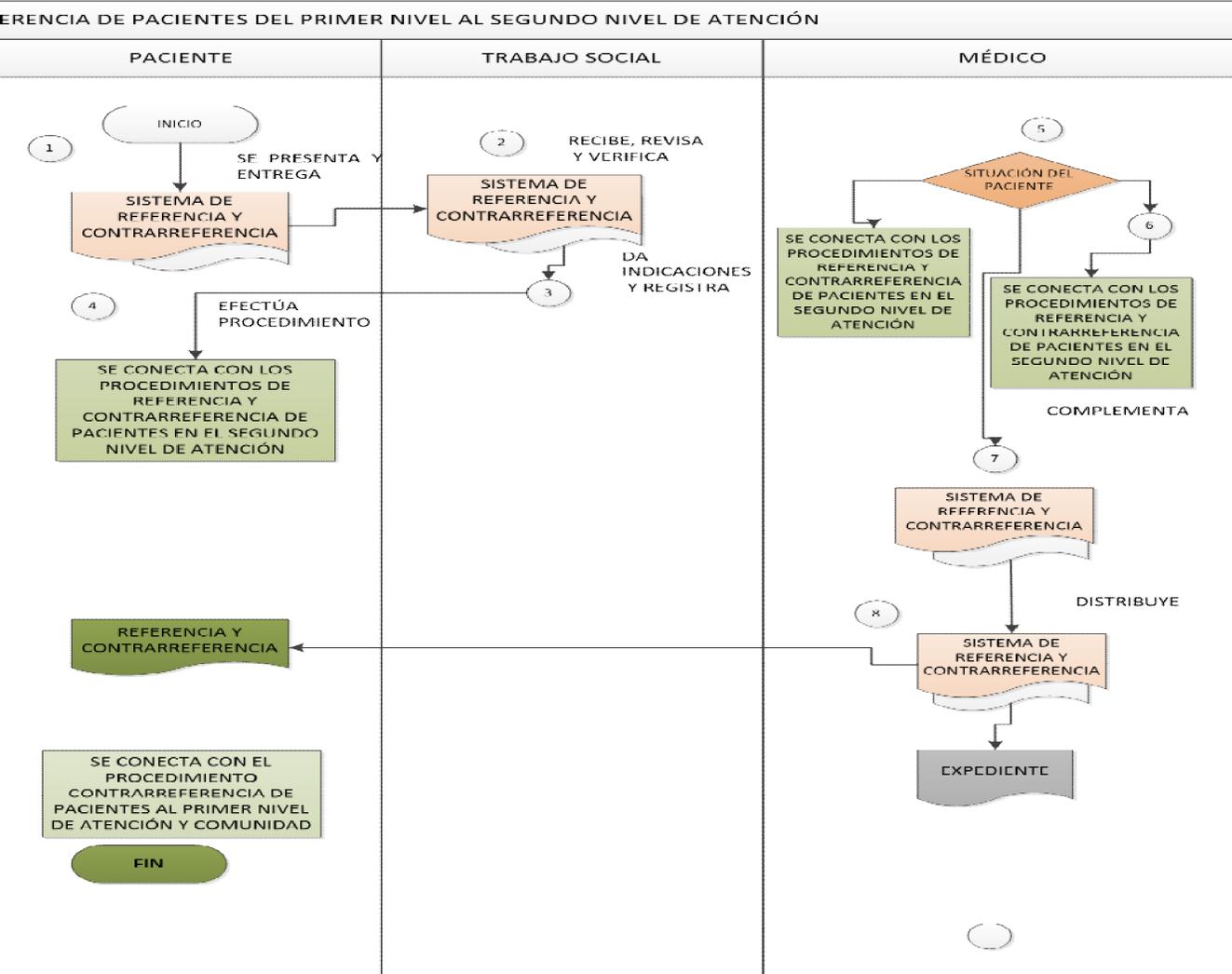
Procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia en el primer nivel de atención\*

REFERENCIA DE PACIENTES DE LA COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

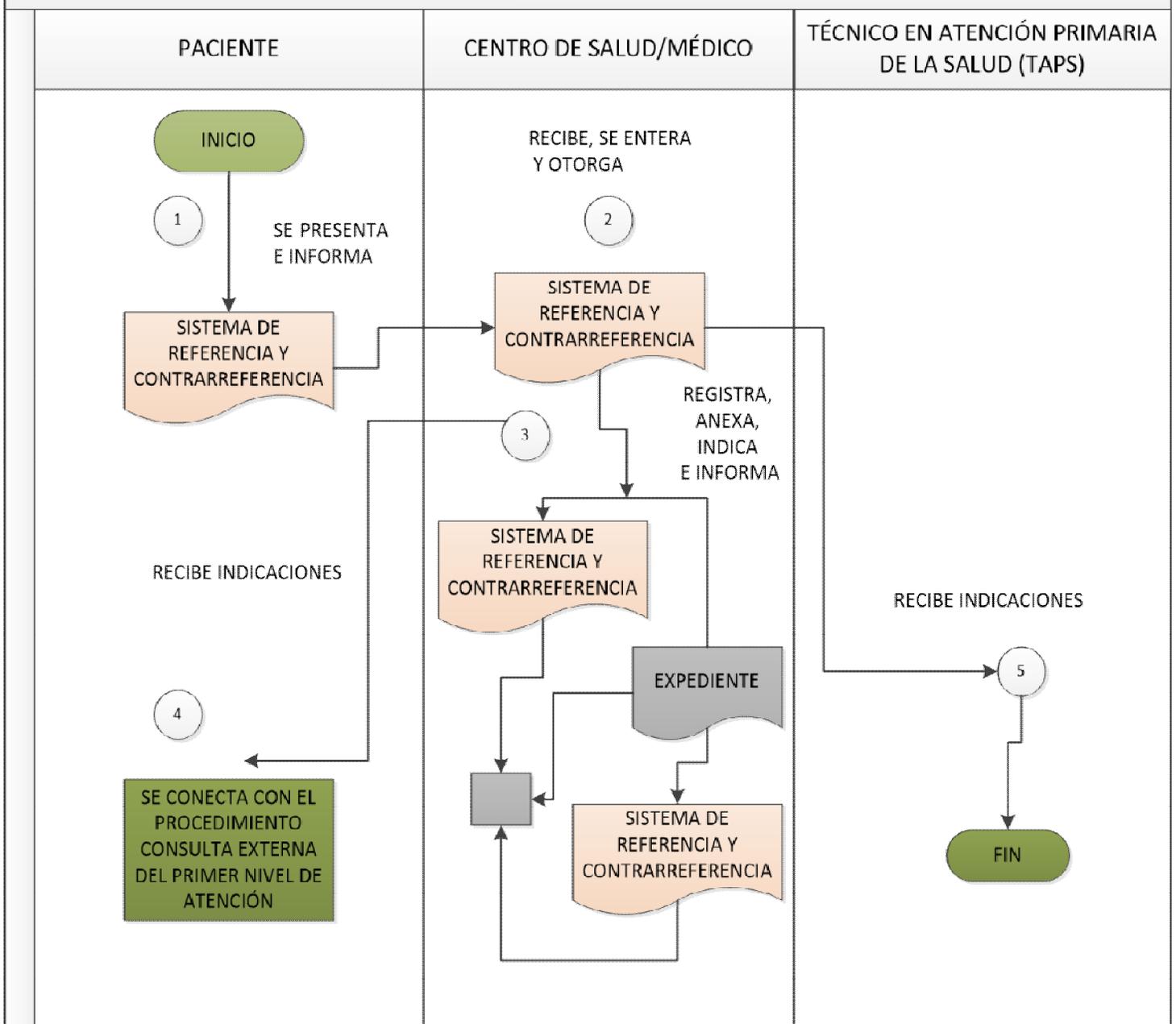


REFERENCIA DE PACIENTES DE LA COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

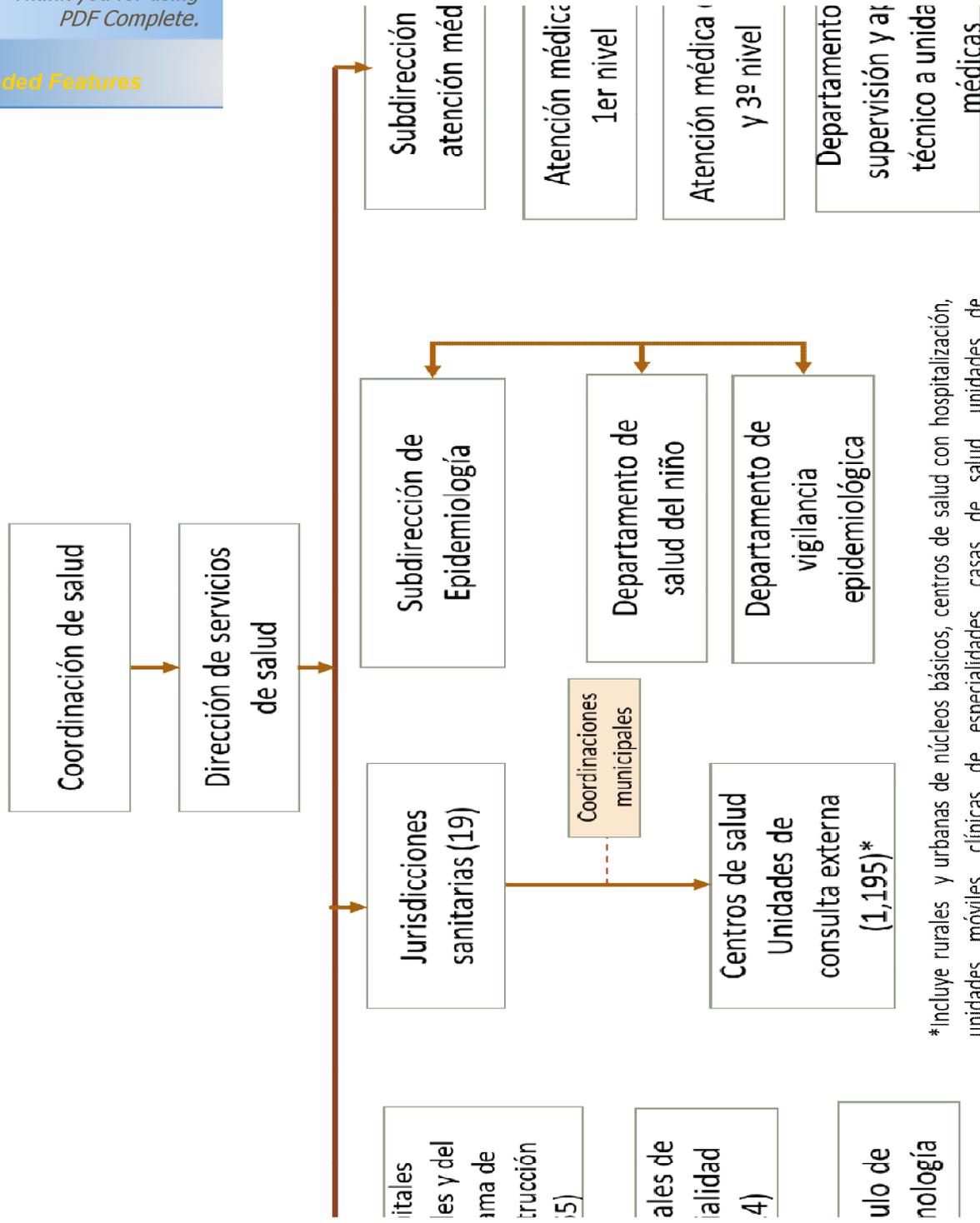




NIVEL DE ATENCIÓN Y COMUNIDAD



Tramos de control e Infraestructura involucrada en salud infantil y adol



\*Incluye rurales y urbanas de núcleos básicos, centros de salud con hospitalización, unidades móviles, clínicas de especialidades, casas de salud, unidades de

## DESGLOSADOS DEL PROGRAMA I.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

	020302030102 %	población infantil y adolescente+
	020302030103 %	médica especializada de tercer nivel para la población infantil+
		Esquemas de vacunación universal+
		Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México	
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México	
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados	
Año de la Evaluación:	2017	

Programa:Salud para la población infantil y adolescente								
Proyecto	2013	2014	2015	2016	Variación % 2016/2013			
Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil	149,926,121	251,355,262	354,176,372	264,040,369	76			
Esquemas de vacunación universal	1,003,671,938	662,616,679	725,711,639	738,171,100	-26			
Atención en salud al menor de 5 años	1,937,071,278	2,170,053,292	2,348,131,888	2,114,397,150	9			
Control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente	235,581,236	228,282,464	363,668,074	203,885,743	-13			
<b>Total</b>	<b>3,326,250,573</b>	<b>3,312,307,697</b>	<b>3,791,687,973</b>	<b>3,320,494,362</b>	<b>-0.17</b>			
<b>Proyecto: Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil</b>								
Capítulo	1000	2000	3000	4000	5000	6000	Total	
Ejercicio	Servicios Personales	Materiales y Suministros	Servicios Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles			
2013	76,901,463.20	19,616,470.42	47,471,636.78	876,219.00	5,060,331.37	-	149,926,120.77	
2014	13,340,843.63	94,527,722.00	142,458,838.00	1,016,197.49	-	11,660.00	251,355,261.64	
2015	40,788,393.66	137,455,148.31	168,969,286.10	6,158,544.00	805,000.00	-	354,176,372.07	
2016	51,753,466.60	47,980,937.38	164,009,181.69	42,460.00	274,067.00	-	264,060,112.67	

Proyecto: Esquemas de vacunación universal							
Capítulo	1000	2000	3000	4000	5000	6000	Total del proyecto
Ejercicio	Servicios	Materiales y Suministros	Servicios Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles		
2013	117,137,856.50	702,465,780.30	30,741,498.30	978,861.00	152,347,942.10	-	1,003,671,938.20
2014	151,576,083.70	367,091,493.80	138,518,151.00	4,242,059.40	409,531.00	779,360.00	662,616,678.80
2015	204,247,697.30	447,481,404.70	68,028,178.30	3,840,247.00	2,114,111.40	-	725,711,638.70
2016	198,544,292.40	392,501,965.80	136,210,431.60	6,547,117.00	4,367,293.60	-	738,171,100.40
Variación 2016/2013	69	-44	343	569	-97		-26

	3000	4000	5000	6000		
	Generales	Transferencias	B. Muebles e Inmuebles	Obra Pública	Total del proyecto	
	597.40	5,727,927.00	-	-	1,937,071,278.00	
2014	1,869,747,632.30	165,539,913.40	132,541,304.30	1,836,388.00	388,054.50	2,170,053,292.40
2015	1,967,986,446.40	281,201,128.70	90,811,613.40	1,645,185.00	6,487,514.80	2,348,131,888.30
2016	1,908,064,083.60	71,135,085.10	133,113,778.10	1,594,423.00	489,780.00	2,114,397,149.80
Variación 2016/2013	19.7	-71.6	53.5	-72.2		9.2

## Fuentes de financiamiento

Fuente de financiamiento	Total	Distribución %
<b>Total</b>	<b>3,320,627,402</b>	<b>100%</b>
ASE	355,665,162	10.7
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	1,649,532,781	49.7
Recursos Propios	76,077,246	2.3
PROSPERA	58,161,878	1.8
Seguro Popular	885,491,414	26.7
Administración del Fondo de Acciones de Salud Pública Estatal (AFASPE)	215,655,073	6.5
Fortalecimiento a la Atención Médica	750,000	0.02
Seguro Médico Siglo XXI	79,293,846	2.4

Origen de los recursos	Atención Médica Especializada de Tercer Nivel para la Población Infantil	Esquemas de Vacunación Universal	Atención en Salud al Menor de 5 Años	Otros	Total
<b>Total</b>	<b>264,040,369</b>	<b>738,214,000</b>	<b>2,114,481,390</b>	<b>203,891,643</b>	<b>3,320,627,402</b>
%	<b>7.95%</b>	<b>22.23%</b>	<b>63.68%</b>	<b>6.14%</b>	<b>100.00%</b>
<b>ASE</b>	65,817,002	91,162,860	77,136,498	121,548,803	355,665,162
%	24.93%	12.35%	3.65%	59.61%	10.71%
<b>FASSA</b>	44,195,274	119,127,298	1,454,752,721	31,457,488	1,649,532,781
%	16.74%	16.14%	68.80%	15.43%	49.68%
<b>RECURSOS PROPIOS</b>	5,730,469	15,355,894	43,521,014	11,469,869	76,077,246
%	2.17%	2.08%	2.06%	5.63%	2.29%
<b>PROSPERA</b>	-	5,706,661	51,273,420	1,181,797	58,161,878
%	0.00%	0.77%	2.42%	0.58%	1.75%
<b>SEGURO POPULAR</b>	106,778,921	292,028,653	448,994,197	37,689,643	885,491,414
%	40%	40%	21%	18%	26.67%
<b>AFASPE</b>	-	214,082,634	1,028,396	544,043	215,655,073
%	0.00%	29.00%	0.05%	0.27%	6.49%
<b>FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA</b>	-	750,000	-	-	750,000
%	0.00%	0.10%	0.00%	0.00%	0.02%
<b>SEGURO MÉDICO SIGLO XXI</b>	41,518,703	-	37,775,144	-	79,293,846
%	15.72%	0.00%	1.79%	0.00%	2.39%



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

### INDICADORES RESPECTO A SUS METASÍ.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	020302030103 %	Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México	
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México	
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados	
Año de la Evaluación:	2017	

población infantil y adolescente+  
médica especializada de tercer nivel para la población infantil+  
de vacunación universal+

	Actividad	Frecuencia	Meta	Valor alcanzado	Avance (%)	Justificación
FIN Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	Anual	0.35	<b>0.35</b>	<b>100%</b>	Se programó incrementar de 71.06 a a 75.41 la esperanza de vida. Está referido a la esperanza de vida al nacer de la población en general, no corresponde a la de niños y adolescentes, menos aún si sólo se refiere a la población de responsabilidad del ISEM. En caso de mantener el indicador debe estar calculado considerando un intervalo de tiempo específico; sin embargo es difícil establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador. El incremento registrado en los últimos años ha sido sostenido.
PROPÓSITO La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	Anual	7.94	10.1	126.01%	Se estimaba 122 muertes con respecto a 1,535,965, y se registraron 154 descesos con respecto a 1,538,606, alcanzando el 10.01, superior al 7.94 comprometido. La meta fue muy alta con respecto al comportamiento histórico (904 en 2014 y 618 en 2015). Se sugiere definir una meta más viable y que siga constituyendo un reto.El diseño del indicador está invertido. (78%)
COMPONENTE Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	Trimestral	100%	<b>98%</b>	<b>98%</b>	Con 1,457,418 niños con cobertura completa se alcanzó el 98% de la meta prevista. Mantener los criterios en el manejo de las cifras para garantizar la comparabilidad. Revisar unidades de medida. Las unidades de medida no son congruentes con las cifras reportadas en años anteriores. Se infiere que la cifra consignada para la variable del numerador (niño) corresponde a las dosis, lo anterior en virtud de que las cifras son semejantes a las registradas en el indicador relativo al "Porcentaje de dosis". La inconsistencia es palpable en el alcance del 2014 y la imposibilidad de comparar el 2016 con los resultados de periodos anteriores.
ACTIVIDAD Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	Trimestral	87.94%	<b>90.24%</b>	<b>102.60%</b>	Se superó la meta prevista. Se incrementó el número de egresos programados, así como los registrados por mejoría y se alcanzó el 90.24%. Revisar el nombre del indicador, por la forma de construcción está referido a un porcentaje; corregir las unidades de medidas (niñez vs neonatos) revisar la pertinencia de incluir las siglas; revisar las unidades de medida (niño/persona). Asegurar que la programación siempre sea incremental.
ACTIVIDAD Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	Trimestral	95.75%	<b>106.69%</b>	<b>111.43%</b>	Con 6,237,144 dosis se superó la meta prevista de 5,846,148 y en los registros se observa una disminución de la población de responsabilidad. Dar congruencia a las cifras sobre población de responsabilidad, cuya variación tiene implicaciones en la consistencia del indicador. Revisar las unidades de medida y hacerlas congruentes con la definición del indicador (Población de responsabilidad vs dosis)
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	Trimestral	100%	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Se capacitó a 55,018 mujeres, 812 más de las previstas, y se alcanzó el 100%.En el 2015 el número de madres capacitadas fue superior a las programas en el 2016. Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con infecciones respiratorias agudas de madres que ya habían sido capacitadas.
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de madres y / o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	Trimestral	100%	<b>99%</b>	<b>99.00%</b>	S capacitó a 453,209 mujeres, 4,786 menos de las previstas con lo que se alcanzó el 99% de la meta. Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con EDAS de madres que ya habían sido capacitadas
	Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	Trimestral	60%	<b>57.45%</b>	<b>95.74%</b>	Se contrataron 47 médicos, dos más de los programados, y se certificaron los 27 previstos alcanzando el 57.45%, menor que el 60% previsto.Para la programación considerar que como aspiración lo deseable sería que el 100% de los médicos contratados estén certificados, en particular por la función tan relevante que desarrollan en materia de salud infantil. Valorar la inclusión de una meta relativa a la certificación de los médicos que ya se encuentran en funciones.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

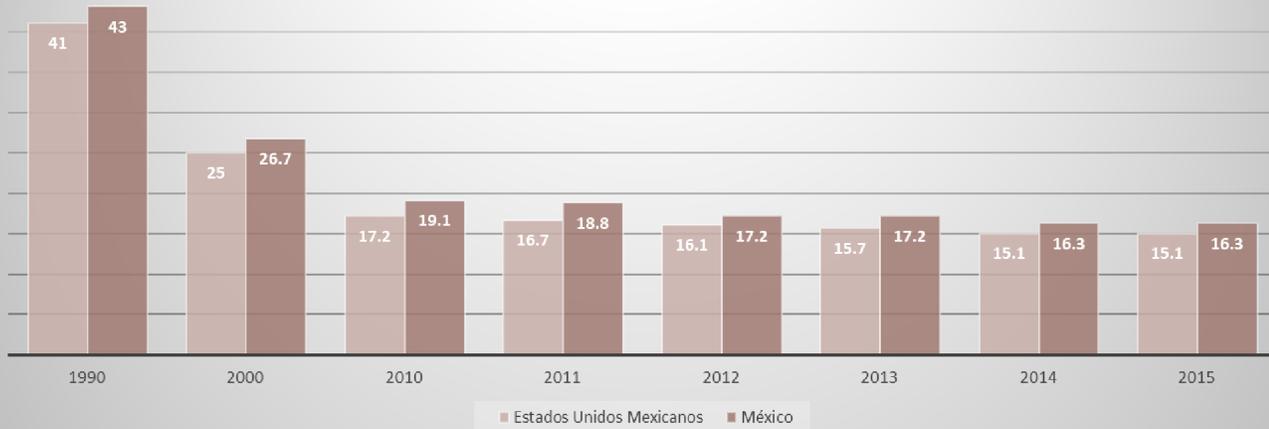
[\*Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features\*](#)

				JUSTIFICACIÓN	IMPULSO AL DESEMPEÑO	JUSTIFICACIÓN	FACTIBLE	PROPUESTA DE MEJORA DE LA META
FIN Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población infantil y adolescente del Estado de México, mediante acciones preventivas y curativas que favorezcan su salud y desarrollo integral en ambientes propicios y la disminución de la tasa de mortalidad	Esperanza de vida niños y adolescentes (ISEM)	SI / .35	ADULTO/AÑO	Incrementar .35 centésimas la esperanza de vida	NO	El incremento ha sido igual en los últimos tres años	SI	Está referido a la esperanza de vida al nacer de la población en general, no corresponde a la de niños y adolescentes, menos aún si sólo se refiere a la población de responsabilidad del ISEM. En caso de mantener el indicador debe estar calculado considerando un intervalo de tiempo específico; sin embargo es difícil establecer la medición respecto de la contribución del ISEM a dicho indicador. El incremento registrado en los últimos años ha sido sostenido.
PROPÓSITO La población infantil del Estado de México recibe oportunamente servicios médicos y acciones de prevención, detección y control, para la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.	Mortalidad en menores de 5 años por IRAS y EDAS (ISEM)	SI / 7.94	NIÑO/NIÑO	Disminuir la mortalidad infantil por IRAS Y EDAS	SI	La tendencia tanto del porcentaje como del número de muertes ha sido descendente	NO	La meta fue muy alta con respecto al comportamiento histórico (904 en 2014 y 618 en 2015). Se sugiere definir una meta más viable y que siga constituyendo un reto.
COMPONENTE Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad incrementada mediante la aplicación de dosis de los diferentes biológicos para disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de 5 años de edad (ISEM, ISSEMYM)	SI / 100%	NIÑO/NIÑO	Lograr el 100% de cobertura con esquemas de vacunación a los menores de 5 años de responsabilidad del ISEM	SI	La meta es atender al 100%	SI	Mantener los criterios en el manejo de las cifras para garantizar la comparabilidad. Revisar unidades de medida. Las unidades de medida no son congruentes con las cifras reportadas en años anteriores. Se infiere que la cifra consignada para la variable del numerador (niño) corresponde a las dosis, lo anterior en virtud de que las cifras son semejantes a las registradas en el indicador relativo al "Porcentaje de dosis". La inconsistencia es palpable en el alcance de 2014 y la imposibilidad de comparar el 2016 con los resultados de periodos anteriores.
ACTIVIDAD Incremento de la eficiencia en la atención infantil derivado de los servicios médicos integrales y personal certificado	Egreso hospitalario por mejoría (niñez) (neonatos) (ISEM, IMIEM)	87.94%	NIÑO/PERSONA	Lograr que el 87.94% de los egresos sean por mejoría	SI	El porcentaje programado es incremental	SI	Revisar el nombre del indicador, por la forma de construcción está referido a un porcentaje; corregir las unidades de medidas (niñez vs neonatos) revisar la pertinencia de incluir las siglas; revisar las unidades de medida (niño/persona). Asegurar que la programación siempre sea incremental.
ACTIVIDAD Aplicación de la cobertura de vacunación en la población menor de 5 años, para la prevención de diversas patologías.	Porcentaje de dosis de vacunación aplicadas a la población menor de 5 años (ISEM)	SI / 95.75%	DOSIS/DOSIS	Lograr la aplicación del 95.75% de las dosis previstas	NO	La meta prevista es inferior a las programas en años anteriores	SI	Dar congruencia a las cifras sobre población de responsabilidad, cuya variación tiene implicaciones en la consistencia del indicador. Revisar las unidades de medida y hacerlas congruentes con la definición del indicador (Población de responsabilidad vs dosis)
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en beneficio de la población infantil menor de 5 años.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en IRAS (ISEM)	SI / 100%	MUJER/MUJER	Capacitar al 100% de las madres previstas	NO	En el 2015 el número de madres capacitadas fue superior a las programas en el 2016	SI	Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con infecciones respiratorias agudas de madres que ya habían sido capacitadas.
ACTIVIDAD Continuidad en la promoción, difusión y capacitación adecuada del programa de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en beneficio de la madre y el menor.	Porcentaje de madres y/o responsables del menor de 5 años capacitadas en EDAS (ISEM)	SI / 100%	MUJER/MUJER	Capacitar al 100% de las madres previstas	NO	Se ha mantenido prácticamente la misma meta en los últimos años	SI	Lograr la capacitación de las madres de los menores de 5 años sin duda es relevante, sin embargo, para valorar el impacto de dicha actividad se considera pertinente incluir un indicador referido a los niños con EDAS de madres que ya habían sido capacitadas.
	Porcentaje de médicos certificados en atención a la niñez (neonatos) (ISEM)	SI / 60%	MÉDICO/MÉDICO	Lograr la certificación del 60% de los médicos contratados	SI	Tanto el número de médicos como el porcentaje de certificados ha sido incremental	SI	Para la programación considerar que como aspiración lo deseable sería que el 100% de los médicos contratados estén certificados, en particular por la función tan relevante que desarrollan en materia de salud infantil. Valorar la inclusión de una meta relativa a la certificación de los médicos que ya se encuentran en funciones.
		8 DE 8	8 DE 8		4 DE 8		7 DE 8	
			<b>100%</b>		<b>50.0%</b>		<b>87.5%</b>	

### Tasa de mortalidad infantil en menores de un año



### Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años



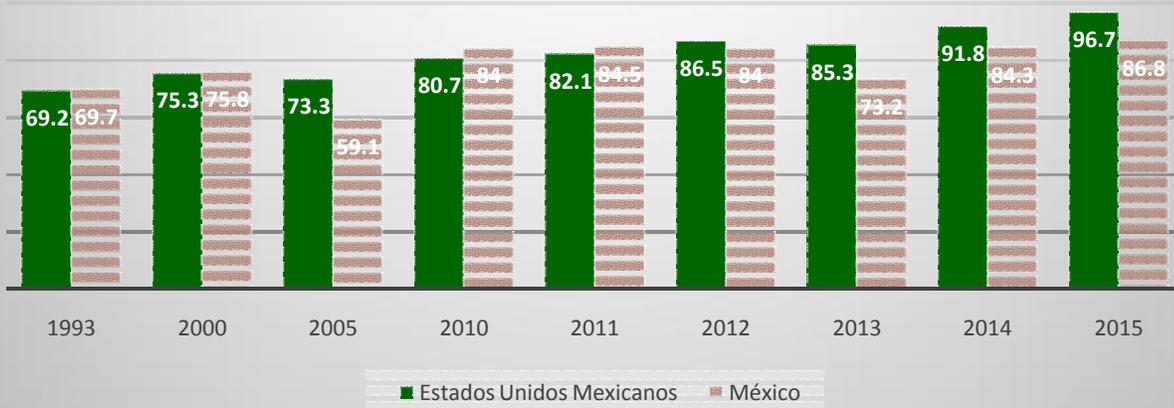
### Tasa de mortalidad menores de 5 años IRAS



## menores de 5 años EDAS



## Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación





Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

	población infantil y adolescente+
Proyectos:	020302020101 %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 %Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 %Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

Tema de evaluación: *Diseño del programa:*

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
El logro del Propósito aporta al cumplimiento de los objetivos del programa sectorial, ya que se orienta a la atención de un objetivo superior encaminado a la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, mediante la prestación oportuna de servicios médicos y acciones de prevención, detección y control.	1 a 12	
Existe información que permite conocer a los menores que reciben los componentes del programa y sus características de acuerdo con los documentos normativos; está sistematizada y cuenta con mecanismos para su depuración y actualización.		
Todos los elementos contenidos en el resumen narrativo del programa presupuestal se identifican en documentos normativos.		
La definición de las metas para la formulación del programa anual se lleva a cabo a través de un ejercicio colegiado en el que intervienen los ejecutores de los proyectos y es coordinado por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.		
Existe complementariedad con diversos programas estatales ejecutados por la Secretaría de Desarrollo Social, el DIFEM y el CEDPIEM, que coadyuvan al cumplimiento del fin y propósito; así mismo, presenta coincidencia con las acciones realizadas por el ISSEMYM.		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		

Preguntas	Recomendaciones
-----------	-----------------

**Fortaleza y Oportunidad**

<p>El problema principal establecido en el árbol, no está formulado como un hecho negativo o una situación que pueda ser revertida o atendida como lo establece la MML; solo se afirma, por una parte, que la población infantil presenta mortalidad y morbilidad por infecciones respiratorias y diarreas agudas, y por la otra, que los adolescentes no reciban información y capacitación oportuna para prevenir conductas de riesgo; no se cuantifica ni caracteriza a la población y la definición es imprecisa.</p>	1 a 12	<p>Realizar un análisis minucioso para que, con base en un diagnóstico razonado, se identifiquen las problemáticas que le impiden disminuir la incidencia de la tasa de mortalidad infantil, particularmente en municipios con mayor rezago, así como analizar la conveniencia de que permanezcan en el mismo programa la población de menores de 5 años y los adolescentes.</p>
<p>Cuenta con un diagnóstico en el que se precisa el modelo de intervención que atiende a los objetivos definidos a nivel nacional e internacional, respecto a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil. Sin embargo, no se caracteriza y cuantifica la población objetivo. El programa en lo general está enfocado a la población infantil menor de 5 años y se debe priorizar geográficamente con base en la incidencia de las enfermedades y las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.</p>		<p>Perfeccionar y profundizar los diagnósticos, caracterizar y focalizar el problema; identificar correctamente sus causas y efectos; incluyendo un análisis FODA. Definir con precisión la población a la que van dirigidos los proyectos, que permita dimensionar la capacidad del ISEM en la atención de los servicios, a efecto de dirigir políticas públicas para corregir los desequilibrios entre municipios y regiones; así como ampliar la cobertura que a la postre logre reducir la brecha en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, y alcanzar los estándares internacionales.</p>
<p>Los tres proyectos evaluados se circunscriben a la población infantil menor de 5 años; el proyecto de control y prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y desarrollo integral del menor y adolescente, forma parte del programa y se orienta en lo general a la población adolescente.</p>		<p>Valorar la conveniencia de mantener en un solo programa la atención de los dos grupos de población, o en su caso, adicionar proyectos enfocados a adolescentes.</p>
<p>Las poblaciones potencial y objetivo están referidas de forma general a los menores de 5 años; para cada proyecto se definen unidades de medida, están cuantificadas, y se establece un plazo para su actualización. No obstante, no se dispone de un documento integrado en el que se establezca la metodología para su cuantificación, caracterización, desagregación y fuentes de información; tampoco hay evidencia del uso de las definiciones de población en la planeación y ejecución de los servicios que se proporcionan.</p>		<p>Elaborar en un solo documento la metodología integrada para la definición, caracterización, cuantificación y focalización de las poblaciones potencial y objetivo; precisando las fuentes oficiales de información. Dicha metodología deberá ser aplicada en la elaboración de los diagnósticos, la planeación y la programación para atender a las necesidades; y desde luego en las herramientas de monitoreo y evaluación tales como son el diseño y seguimiento de indicadores y las mediciones sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios. Armonizar las unidades de medida entre las metas e indicadores, de tal forma que permitan valorar objetivamente el alcance de las metas y resultados de los proyectos. Garantizar que los criterios adoptados permitan la comparabilidad en el tiempo y en el espacio. Considerar la capacidad económica y financiera para la ejecución de los proyectos.</p>

**Fortaleza y Oportunidad**

Hay diferencia entre los indicadores integrados en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores y los de la Matriz de Indicadores para Resultados; en ambos casos registran debilidades que limitan su uso para monitorear y evaluar el programa y sus proyectos.

Armonizar los indicadores contenidos en la MIR y en las Fichas técnicas de diseño y seguimiento de indicadores, realizar las adecuaciones necesarias a su construcción para que permitan dar seguimiento al cumplimiento de las metas y actividades que realizan las instancias ejecutoras, así como a la gestión y resultados del programa.

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
El programa es producto de ejercicios de planeación institucionalizados, que establece los resultados que se pretenden alcanzar y cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.	13 a 21	
Cuenta con programas anuales, que incluyen metas que se revisan trimestralmente y se actualizan de forma anual.		
Se recaba información que permite verificar la contribución del Programa a los objetivos del Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 y al Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, se identifican los tipos y montos de los apoyos otorgados a los usuarios y se recolecta información de las características de la población beneficiada.		Alinear al nuevo PDEM y sus programas
El Programa recolecta información para monitorear su desempeño, de manera oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada, es pertinente respecto de su gestión; permite medir los indicadores de Actividad y Componente.		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
No se cuenta con evaluaciones, auditorías al desempeño o informes de organizaciones independientes, realizados al programa presupuestario. Durante el periodo sólo se identificó una auditoría administrativa de operaciones y una inspección.	13 a 21	Realizar evaluaciones de forma permanente al programa y sus proyectos, cuyos resultados permitan sustentar políticas públicas, estrategias y acciones para mejorar los procesos del programa, sus resultados y el impacto en la población infantil menor de 5 años.
No se identificó alguna evidencia de que se recolecte información para la población que no recibe apoyos del programa presupuestario.		Establecer los mecanismos y los registros administrativos que permitan comparar a la población beneficiada de no la no beneficiada con los servicios que se proporcionan a través de los proyectos, lo anterior con el objeto de contar con información que contribuya a determinar el impacto del programa.

	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
<p>Anualmente se definen metas de cobertura, en la que se precisa la población objetivo, en congruencia con el diseño del programa. El horizonte a mediano plazo se identifica a través de las metas establecidas en el programa sectorial estatal, así como en el Programa de acción específica federal.</p>	22 a 24	
<p>Existen mecanismos documentados para identificar a su población, principalmente emitidos por la Secretaría de Salud con la participación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, así como fuentes de información confiables para sustentar una estrategia de cobertura adecuada.</p>		
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
<p>No se dispone de una estrategia de cobertura explícita, ésta se reduce a la determinación de las metas en los programas anuales que se formulan tanto para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, como para la Secretaría de Finanzas y de Salud del Gobierno del Estado de México.</p> <p>Algunas inconsistencias observadas en los indicadores y las metas no permiten establecer con precisión la cobertura del programa, derivan de variaciones en las unidades de medida; en la definición de la población de responsabilidad y la variación en los grupos de edad a los que van dirigidos los programas.</p>	22 a 24	<p>Disponer de un documento específico para el programa y cada proyecto que integre las normas y criterios existentes a nivel federal y estatal vinculadas a la población objetivo, para identificar de forma expedita los criterios para definir a las poblaciones, y formular una estrategia de cobertura que incluya la identificación, caracterización, cuantificación y focalización objetiva de sus poblaciones, que permita avanzar en la corrección de brechas entre municipios y jurisdicciones en cuanto al acceso a los servicios de salud y las tasas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años por IRAS y EDAS.</p> <p>Analizar el origen de las inconsistencias en la definición de la población de responsabilidad, realizar las gestiones para asegurar su congruencia, consistencia y objetividad.</p>

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
La información que se genera en la operación de los proyectos se registra en sistemas de información que integran las bases de datos respectivas que permite conocer la demanda de servicios, así como las características de los usuarios.	25 a 41	
Los procedimientos para la administración y operación de los proyectos corresponden a las características de la población, incluyen formatos específicos para recibir, registrar y proporcionar los servicios a los pacientes, están apegados al documento normativo, la mayoría está disponible para la población objetivo y deben ser utilizados por todas las unidades aplicativas.		
Cuenta con mecanismos documentados, estandarizados y sistematizados para verificar que la prestación de los servicios se realice de acuerdo con la normatividad. La atención es universal y los únicos criterios de selección están referidos a la edad y el tipo de padecimiento.		
Dispone de mecanismos documentados, sistematizados y estandarizados para verificar que la ejecución de las acciones contempladas en cada proyecto, se realizan de acuerdo con sus documentos normativos.		
No se manifiestan problemas para la transferencia de recursos federales y estatales al Instituto de Salud del Estado de México, ni en la ministración interna de los recursos.		
Existen mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir de manera electrónica y accesible sus documentos normativos y principales resultados; cuenta con datos de contacto y no se han modificado respuestas de acceso a la información a partir de recursos de revisión presentados ante el INFOEM.		Difundir información de los servicios que se ofrecen en cada proyecto, así como a la normatividad que regula a cada uno de ellos de forma integrada, así como incluir los datos de contacto y ubicación de las unidades médicas.
<b>Debilidad o Amenaza</b>		
No todos los servicios que se proporcionan a través del programa están definidos como componentes en el resumen narrativo.	25 a 41	Fortalecer la Matriz de Indicadores de Resultados con base en la MML; asegurar la identificación como componentes de los principales servicios que se brindan; así como la congruencia y coherencia vertical y horizontal del resumen narrativo.
La mayor parte de las disposiciones regulatorias del programa están dispersas y corresponden a procedimientos médicos. Los procedimientos administrativos documentados para el ISEM son insuficientes y algunos no son vigentes.		Documentar, integrar en un manual y oficializar los procedimientos administrativos que den cuenta objetiva de la interacción entre las unidades que intervienen en operación del programa y faciliten la regulación de los procesos internos.

	Preguntas	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Las unidades médicas registran en el Sistema de Información en Salud las vacunas aplicadas por grupo de edad y las dosis; a partir de la cual se conforma el Censo Nominal, cuya cobertura aún es parcial.		Definir estrategias para disponer del Censo Nominal integral de la población atendida previsto en la norma, de las zonas rurales y urbanas, con controles de calidad que permitan su registro oportuno y confiable.
La atención universal no se ha generalizado en virtud de la demanda en algunos centros de salud ha rebasado su capacidad instalada y en algunas ocasiones no cuentan con la infraestructura o los recursos humanos y técnicos suficientes para atender oportunamente toda la demanda.		Priorizar la dotación de infraestructura y de recursos humanos, a los centros de salud ubicados en localidades que presenten mayor rezago en la atención de la demanda.
En la actualización periódica de los documentos normativos no se identificó alguna modificación sustantiva que permita agilizar la atención a los solicitantes.		Analizar la normatividad federal y estatal para proponer adecuaciones que permitan reducir tiempos, costos de operación, y requisitos para acceder a los servicios de salud.
Se observan diferencias en los indicadores que se utilizan para la medición de los mismos fines, con inconsistencias en su diseño y en la aplicación de criterios para el manejo de las cifras y en la calidad del dato.		Diseñar y adicionar indicadores homologados con los nacionales, que permitan la comparabilidad no sólo con respecto al alcance de las metas de la institución, si no, con respecto al desempeño nacional y el de otras entidades federativas.

**Tema de evaluación: Percepción de la población atendida**

Fortaleza y Oportunidad/ Debilidad o Amenaza	Pregunta	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población; se aplican sin inducir las respuestas, corresponden a las características de sus beneficiarios y los resultados que arrojan son representativos.	42	

**Tema de evaluación: Medición de resultados**

Fortaleza y Oportunidad/ Debilidad o amenaza	Pregunta	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Se dispone de diversos mecanismos para documentar los resultados a nivel de fin y de propósito del programa, tanto a través de indicadores como de informes estatales y federales basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia.	43 a 46	
<b>Debilidad o Amenaza</b>		

	Pregunta	Recomendaciones
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
Se dispone de diversos mecanismos para documentar los resultados a nivel de fin y de propósito del programa, tanto a través de indicadores como de informes estatales y federales basados en metodologías técnicamente probadas y diseñadas por expertos en la materia.	43 a 46	
<b>Debilidad y Amenaza</b>		
No se cuenta con evaluaciones externas de ningún tipo, auditorías al desempeño, informes de organización independientes, u otros relevantes, en consecuencia, tampoco existen hallazgos relacionados con el fin y el propósito del programa	43 a 46	Realizar procesos de evaluación externos, cuyos resultados fundamenten la toma de decisiones para fortalecer o reorientar políticas públicas que contribuyan a mejorar los procesos del programa y los resultados.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## SULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y

NO APLICA

**ACCIÓN FINAL DEL PROGRAMAĪ.**

población infantil y adolescente+  
médica especializada de tercer nivel para la población infantil+  
s de vacunación universal+  
Atención en salud al menor de 5 años+

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017

TEMA	PREGUNTAS	NIVEL	JUSTIFICACIÓN
I. DISEÑO DEL PROGRAMA	1 a 12	3.7	<p>El programa presupuestal está teórica y empíricamente justificado, se sustenta en un modelo de intervención nacional que atiende a pautas y metas internacionales, que han considerado al esquema de vacunación universal y a la atención de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas como estrategias fundamentales para hacer frente a la mortalidad infantil. Se vincula con los instrumentos de planeación y programación estatales, nacionales e internacionales y contribuye al combate a la pobreza mediante el acceso a la salud de la población infantil y a la disminución de la mortalidad en menores de 5 años.</p> <p>Se advierten imprecisiones en la identificación del problema, su dimensión y focalización; así como en la identificación de sus causas y efectos. La definición de sus poblaciones es imprecisa y no se dispone de una metodología integrada para su cuantificación y caracterización. Cuenta con información sobre los beneficiarios de los servicios, está sistematizada, se depura y actualiza periódicamente.</p> <p>Todos los elementos de la MIR se sustentan en disposiciones normativas y hay imperfecciones en el diseño horizontal y vertical: los componentes y las actividades son insuficientes con respecto a los servicios que se proporcionan, existe debilidad en el diseño y registro de los indicadores; así como diferencias entre los integrados en el resumen narrativo y en las fichas técnicas, que limitan el monitoreo y evaluación del programa y sus proyectos. Algunas metas han sido inerciales y no todas impulsan el desempeño.</p> <p>Se identificó complementariedad con nueve programas estatales que están destinados a la población infantil, que no implican duplicidades.</p>

**JUSTIFICACIÓN**

**II.  
PLANEACIÓN Y  
ORIENTACIÓN  
A  
RESULTADOS**

13 a 21

3.8

programa presupuestal, es producto de ejercicios de planeación institucionalizados sustentado en el Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017 que abarca un horizonte de mediano y largo plazo, establece los resultados que se pretenden alcanzar y cuenta con indicadores para medir sus resultados. La instrumentación del programa sectorial se realiza mediante la formulación de los programas anuales que las unidades responsable y ejecutoras realizan para cada proyecto y ejercicio fiscal, en coordinación con la Unidad de Programación y Evaluación; en ellos se incluyen los objetivos, el diagnóstico, las estrategias y las metas, los cuales se actualizan anualmente. El programa y sus proyectos no han sido evaluados. Se identificó una auditoría al proyecto "Esquemas de vacunación universal", con cuatro observaciones que fueron solventadas y versaban sobre el mantenimiento preventivo y correctivo a cámaras frigoríficas y plantas de emergencia. La información que se genera por la ejecución del programa se registra en el SIPEGEM y permite identificar su contribución a los objetivos del Programa Sectorial Gobierno Solidario 2012-2017, el número y tipo de servicios que se proporcionan, así como las características de la población beneficiada. También se recolecta y registra información para monitorear el desempeño y ejecución de los proyectos en diversos sistemas de que operan en el sector salud, la cual es oportuna y confiable, está actualizada, disponible y sistematizada.

**III.  
COBERTURA Y  
FOCALIZACIÓN  
DEL  
PROGRAMA**

22 a 24

4.0

No se dispone de una estrategia de cobertura explícita, ésta se reduce a la determinación de las metas en los programas anuales que se formulan tanto para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, como para la Secretaría de Finanzas y de Salud del Gobierno del Estado de México. El establecimiento de las metas parte de la población que se determina como responsabilidad del ISEM, y se calcula como una proporción de la que no es derechohabiente menor de 8 años; se definen con base en los lineamientos para la formulación del Programa Operativo Anual y la distribución que por institución y municipio realiza el Consejo Estatal de Vacunación. Algunas inconsistencias observadas en los indicadores y las metas no permiten establecer con precisión la cobertura del programa, están referidas a variaciones en las unidades de medida; en la definición de la población de responsabilidad y la variación en los grupos de edad a los que van dirigidos los programas. No se dispone de un documento integrado que facilite la consulta y permita de forma objetiva valorar el avance en la disminución de las brechas entre municipios y jurisdicciones; en la ampliación de la cobertura y en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas o infecciosas respiratorias agudas.

**JUSTIFICACIÓN**

**IV. OPERACIÓN DEL PROGRAMA**

21 a 41

4.0

La operación del programa presupuestal %Salud para la población infantil y adolescente+ está sustentada en diversos documentos normativos federales como son las Normas Oficiales Mexicanas vinculadas a la atención de la salud del niño, a la vigilancia epidemiológica, lineamientos de operación de los programas y manuales, entre otros; así como manuales de organización y procedimientos propios del Instituto de Salud del Estado de México. Los procedimientos para la administración y operación de los tres proyectos están formalmente estandarizados y sistematizados, corresponden a las características de la población, incluyen formatos específicos para recibir, registrar y proporcionar los servicios a la población objetivo, están apegados a los documentos normativos y la mayoría está disponible para la población objetivo. Los únicos criterios de selección para la prestación de los servicios están referidos a la edad y el tipo de padecimiento; sin embargo, la %atención universal+ no se ha generalizado, se ha rebasado la capacidad de atención en algunos centros y la infraestructura o los recursos humanos y técnicos disponibles son insuficientes. La mayor parte de los procedimientos involucran registros en sistemas de información; pero aún existe un subregistro y falta de oportunidad en los reportes, en gran medida por brechas en la infraestructura, recursos técnicos y humanos entre las unidades médicas; avance limitado en la conformación de un censo nominal.

Se aprecia dispersión de las disposiciones normativas que guían la operación del programa, así como insuficiencia de manuales de procedimientos adjetivos específicos para la institución e integrados para el Programa Atención a la salud infantil y adolescente que documenten las interacciones entre las direcciones y departamentos ejecutores de los proyectos y los de atención médica.

El programa cuenta formalmente con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de las acciones contempladas en cada proyecto, que permiten identificar que se realizan de acuerdo con las disposiciones normativas, tales como el %Análisis de las coberturas administrativas+ y %Caminando a la Excelencia+. También con mecanismos internos a cargo de unidades administrativas de vigilancia epidemiológica, atención médica, jurisdicciones sanitarias y coordinaciones municipales. Se identifican acciones realizadas por el %Departamento de Calidad+, cuyas funciones no están formalmente documentadas; no obstante que, las funciones de monitoreo y evaluación de los programas y proyectos son competencia de las Unidades de Información, Planeación, Programación y Evaluación. El financiamiento del programa del programa deriva de diversos fondos y subsidios federales, con montos y calendarios de ministraciones sustentados en disposiciones normativas y en convenios específicos. En el ejercicio 2016 el 8% de los recursos fue destinado al proyecto Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil; 22% a Esquemas de vacunación universal; 64% para Atención en salud al menor de 5

**JUSTIFICACIÓN**

			<p>...os y el 6% restante a otro proyecto. No se advierten criterios sostenibles para la distribución de los recursos por proyecto en los últimos años. El avance de los indicadores del programa muestran en general un avance favorable; sin embargo, la percepción favorable se debilita al advertir que la entidad ha tenido un desempeño menos favorable que el obtenido a nivel nacional y que en la mayoría de los indicadores de los ODM sobre salud infantil, la entidad se ubica en las últimas posiciones con respecto al resto de las del país. Cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para difundir de manera electrónica y accesible sus documentos normativos y sus principales resultados, tiene información de contacto, y no se cuenta con modificaciones de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el INFOEM.</p>
<b>V. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DEL PROGRAMA</b>	42	4.0	<p>El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población, cuenta con Gestores del Seguro Popular; el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), que analiza los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establece las acciones para la mejora continua, recaba la información de los módulos de atención y orientación al usuario y de los buzones del Sistema Unificado de Gestión, la clasifica, analiza y determina el grado de satisfacción de los usuarios.</p>
<b>VI. RESULTADOS DEL PROGRAMA</b>	43 a 46	1.5	<p>Los resultados del programa se documentan mediante el seguimiento de indicadores, los Informes de metas por proyecto y unidad ejecutora; el Informe de Gobierno y la cuenta de la hacienda pública; así como los reportes a la Secretaría de Salud federal y los registros en los sistemas de información. El programa no ha sido evaluado y no hay evidencia de que el programa ha utilizado informes de evaluaciones externas o de impacto, estudios nacionales o internacionales que muestren los resultados de programas similares, para sustentar decisiones que contribuyan a mejorar la gestión y sus resultados.</p>
<b>VALORACIÓN FINAL</b>		3.5	

**ANEXO 19 Í FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA  
EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓNÍ .**

Nombre del Programa:	02030202 %Salud para la población infantil y adolescente+
Proyectos:	020302020101 %Atención médica especializada de tercer nivel para la población infantil+ 020302030102 %Esquemas de vacunación universal+ 020302030103 %Atención en salud al menor de 5 años+
Unidad Responsable:	Instituto de Salud del Estado de México
Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México
Tipo de Evaluación:	Consistencia y resultados
Año de la Evaluación:	2017