



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México



EVALUACIÓN DE DISEÑO

PROYECTO: Atención Médica Ambulatoria, ejercicio fiscal 2014.
UNIDAD EJECUTORA: Instituto de Salud del Estado de México.



Enero de 2016.



Fondo de Fomento y Desarrollo de la Investigación Científica y Tecnológica
Carlos Hank González #248 Pte., Col. Hípico, Metepec, Edo. de México C.P. 52156
Tel. y fax: (722) 280 0355 • fondict@fondict.org





UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

RESUMEN EJECUTIVO





Resumen Ejecutivo

El Proyecto “Atención Médica Ambulatoria” en 2014 estuvo adscrito al Programa Presupuestario (PP) “Salud y Asistencia Social” y tiene como objetivo:

“Preservar y restaurar el estado de salud de la población mediante el otorgamiento de consulta externa general y especializada en los diferentes niveles de atención”.

A diferencia de algunos PP de orden federal y de programas con reglas de operación, los PP y proyectos del gobierno estatal son, en sí mismos, una serie de acciones de naturaleza similar, ejecutadas por una o varias instancias administrativas en este caso el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), bajo un objetivo y presupuesto en común.

Cada PP cuenta con una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y, en ocasiones, cada proyecto que lo integra también cuenta con una MIR. Situación que presentó el proyecto y PP evaluado.

Se advierte que los bienes y servicios que ofrecen los programas presupuestarios y proyectos son diversos, es decir, cada una de las actividades institucionales (no necesariamente las mismas que el nivel Actividad de la MIR) que componen al proyecto genera un bien o servicio específico. Para el caso del Proyecto “Atención Médica Ambulatoria” se identificó que los principales servicios que brinda son: consulta externa general; consulta externa especializada; control de obesidad; control de diabetes mellitus y control de hipertensión arterial.

3

Explicado lo anterior, se expresa que en esta evaluación se valoró el diseño y operación del proyecto, con la finalidad de generar información útil para realizar las mejoras pertinentes.

A continuación se señalan los resultados obtenidos en cada uno de los apartados que se establecen en los Términos de Referencia (TR) para la evaluación en materia de diseño 2013 emitidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL):



Características del Programa

El Proyecto “Atención Médica Ambulatoria” es ejecutado por el ISEM, con una asignación presupuestal para el ejercicio fiscal 2014 de 6 mil 765 millones 302 mil 500 pesos, con el propósito de brindar atención médica a través de la consulta general externa y especializada, en concordancia con la política de salud a nivel estatal.

Justificación de la creación y diseño del programa

En el diagnóstico (formato PbR-01a) y en el árbol de problemas de la MIR, información proporcionada por el ISEM, se dimensiona la problemática que el proyecto pretende revertir, así como las causas y efectos que el problema origina; y se expone de manera general la población que pretende atender.

Contribución a los objetivos nacionales y sectoriales.

Se identificó la alineación entre el objetivo del Proyecto con los pilares temáticos, objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 (PDEM) y del Programa Sectorial Gobierno Solidario (PSGS).

Población potencial y objetivo.

Metodológicamente no existen elementos que cuantifiquen y precisen a la población potencial, objetivo y atendida.

Matriz de Indicadores para Resultados

Se recomienda que la MIR del “Atención Médica Ambulatoria” atienda lo dispuesto por la Metodología de Marco Lógico (MML) expresados en la “Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados” y el Manual para el diseño y construcción de indicadores” emitidos por el CONEVAL, con el fin de que las cualidades sintácticas y conceptuales de cada nivel sean adecuadas, para que permitan evaluar los resultados y el seguimiento del Proyecto.

Complementariedades y coincidencias con otros programas federales.

Se identificó que existe complementariedad del Proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, en razón de que el PP “Salud y Asistencia Social” del que forma parte el proyecto que se evalúa, es ejecutado por diversas unidades administrativas



CONTENIDO

Resumen ejecutivo	2
Contenido	5
Introducción	6
Evaluación	10
Tomo I. Justificación de la creación y del diseño del proyecto	11
Tomo II. Contribución a los objetivos estatales y sectoriales	17
Tomo III. Población potencial y objetivo	22
Tomo IV. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).....	27
Tomo V. Complementariedades y coincidencias con otros proyectos.....	52
Valoración final del diseño del Proyecto	54
Conclusiones	57
Bibliografía.....	59
Anexos	63
Referencias y Acrónimos	83



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

INTRODUCCIÓN





Contexto General

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio vertidos en la declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, comprometen a los Estados Miembros de las Naciones Unidas a erradicar la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. De los ocho objetivos acordados a alcanzar en el año 2015 por las naciones firmantes, tres guardan relación directa con la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Al respecto, el Plan de Desarrollo del Estado de México (PDEM) declara que “Un sistema de salud eficiente debe tratar no sólo padecimientos y enfermedades, sino debe constituir un instrumento de prevención y detección oportuna que fomente estilos de vida saludables”. Añade que “garantizar a los grupos de menores ingresos el acceso universal a un sistema de salud constituye una condición fundamental para el combate a la pobreza”.

Conjuntamente el PDEM y el Programa Sectorial Gobierno Solidario (PSGS) determinan en el Pilar 1 Gobierno Solidario, los objetivos y diversas estrategias de las que derivan múltiples líneas de acción para atender la política de salud.

Para materializar los objetivos, estrategias y líneas de acción del PDEM y PSGS y atender con ello la orientación de las directrices mundiales en materia de salud, cumplir los mandatos constitucionales y con las disposiciones legales específicas generales y locales, durante el ejercicio fiscal 2014, el Poder Ejecutivo del Estado de México instrumentó el Programa Presupuestario (PP) “Salud, Seguridad y Asistencia Social” y diversos proyectos en su integración.

El ISEM es responsable de ejecutar dicho P.P. y los proyectos que lo integran, los cuales tienen complementariedad entre sí, respecto a brindar el servicio de consulta externa dirigido a la población abierta, es decir aquella que no cuenta con seguridad social en la entidad.

¹ Sobre la definición el sitio web de la OMS agrega que: “La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948”.



En este contexto, en el Estado de México la población derechohabiente a la seguridad social es superior a 8.8 millones, esto es 58.1 por ciento de la población total,² el resto, como se explicó en el párrafo anterior, es atendida, preferentemente, por el ISEM y otras entidades públicas como el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), cuyas poblaciones objetivo son las personas sin seguridad social.

Sobre la evaluación

La presente Evaluación de Diseño del Proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, ejecutado por el ISEM, se practicó en cumplimiento a lo dispuesto en los “Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios del Gobierno del Estado de México” (Lineamientos PP), en los que de forma general, se mandata a los ejecutores de los Programas Presupuestarios del Gobierno del Estado de México a realizar su evaluación.

Atiende, lo dispuesto en los Términos de Referencia, emitidos por el CONEVAL y publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de marzo 2007; con vigencia hasta el ejercicio fiscal 2015, cuyo propósito es establecer un instrumento homogéneo para la realización de este tipo de evaluación.

Así, pues, la evaluación se realizó con base en los Términos de Referencia considerando los criterios metodológicos señalados por el CONEVAL, los cuales fueron aceptados y consensados entre el ISEM y el Fondo de Fomento y Desarrollo de la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Autónoma del Estado de México (FONDICT-UAEM), para conocer la eficiencia del “Diseño” del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” ejecutado por el propio instituto.

Es pertinente apuntar que en virtud de que el proyecto por evaluar forma parte del PP “Salud y Asistencia Social” y los Términos de Referencia fueron diseñados para evaluar Programa Sociales del ámbito federal, se realizó su adecuación a nivel estatal, sin perder la esencia y propósito de dicho instrumento metodológico.

De acuerdo a la metodología del CONEVAL, la evaluación consta de cinco etapas claves que dan respuesta a 21 preguntas, como se describe en el siguiente cuadro:

² Se advierte que las instituciones que otorgan esta prestación en la entidad son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).



Apartado	Preguntas	Total
1. Justificación de la creación y del diseño del programa	1 a 3	3
2. Contribución a los objetivos estatales y a los sectoriales	4 a 6	3
3. Población potencial y objetivo	7 a 9	3
4. Matriz de Indicadores para Resultados	10 a 20	11
5. Complementariedades y coincidencias con otros programas y proyectos presupuestarios	21	1
Total	21	21

La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete (recolección, organización y clasificación y revisión) con base en información documental proporcionada por el ISEM a través de su Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación (UIPPE); asimismo, se llevaron a cabo entrevistas con el personal responsable del proyecto por evaluar, y se solicitó información adicional que requirió el equipo evaluador para justificar su análisis.

Con lo anterior, se cubrieron los siguientes:

Objetivo general

- Evaluar el Diseño del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” que ejecuta en ISEM para el ejercicio 2014, con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados, a través de los Términos de Referencia del CONEVAL.

9

Objetivos específicos:

- Identificar el problema o necesidad prioritaria que busca resolver el proyecto a través de un diagnóstico que justifique la creación y diseño del proyecto.
- Verificar la alineación del objetivo del proyecto con los documentos de planeación para el desarrollo estatal y sectorial.
- Identificar la población potencial, objetivo y atendida por el proyecto.
- Analizar la MIR del proyecto a fin de determinar aspectos de mejora.
- Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con programas y proyectos presupuestarios.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México



EVALUACIÓN





UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

TOMO I. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROYECTO





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

- a) ¿El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida?
- b) ¿Se define la población que tiene el problema o necesidad?

Respuesta: Sí

Nivel	El proyecto tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, El problema cumple con al menos una de las características establecidas en la pregunta
2	

Justificación

Se identificó el problema o necesidad prioritaria que pretende resolver el proyecto “Atención Médica Ambulatoria” a través de evidencia documental, sin embargo no se precisa la población objetivo que será atendida.

El Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2014 (Manual de Anteproyecto) establece que las Unidades Ejecutoras (UE) deben incluir en los formatos PbR correspondientes, el diagnóstico con la descripción de las características del entorno de responsabilidad, es decir, las condiciones en las que cada proyecto tendrá su efecto y fundamento para la propuesta de sus objetivos. En el citado manual se define que estos formatos se estructuran con base en los elementos obtenidos de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico (MML) que considera los arboles de problemas y objetivos.

Al respecto, el ISEM, a través del formato PbR-01a, expone de forma general la problemática que pretende revertir el proyecto. Adicional a ello, en el árbol de problemas se identifica el problema de una “Ineficiente atención ambulatoria en la unidad de primer nivel de atención en el Estado de México”.

Por otro lado, el ISEM no identifica a través del diagnóstico presentado en el formato PbR-01a, la población objetivo y atendida, solo menciona que el segmento de población al que dirigen los servicios de salud es en general a la población que no tiene seguridad social.

Sugerencia

Incorporar como parte del diagnóstico del problema a la población potencial, objetivo y atendida (referencia histórica), a efecto de precisar y contextualizar de mejor forma la situación o problemática que se busca revertir en ella. Además se recomienda la actualización periódica de los datos establecidos.



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

- a) *Causas, efectos y características del problema.*
- b) *Cuantificación y características de la población que presenta el problema.*
- c) *Ubicación territorial de la población que presenta el problema.*

Respuesta: Sí

Nivel	El proyecto cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y
2	El diagnóstico cumple con una de las características establecidas en la pregunta.

Justificación

Se identificaron las causas, efectos y características del problema que se pretende revertir en el “árbol de problemas” del proyecto, así como la ubicación territorial de la población que presenta el problema; sin embargo, como se expuso en la respuesta a la pregunta 1, no se precisa ni se cuantifica la población potencial, objetiva y atendida.

Como se mencionó en la respuesta a la pregunta 1, para la elaboración del diagnóstico del proyecto se consideraron los arboles de problemas y objetivos, herramientas de la MML. En el primer árbol se identifican las “causas y efectos” que caracterizan al problema que pretende revertir el proyecto; asimismo, en su diagnóstico se expone de manera general que la población que se pretende atender, ésta ubicada en el Estado de México, la cual no es cuantificada ni definida.

Causas y efectos del árbol de problemas del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Causas	Difícil acceso a las unidades de salud Dispersión de unidades médicas Personal médico insuficiente	Deficiente cobertura Insumos insuficientes Deficiente capacitación	Inadecuado seguimiento de pacientes Insuficiente mantenimiento de infraestructura
Efectos	Rechazo de pacientes Disminución de consultas Mala atención médica	Diagnósticos erróneos Insuficiente atención Tratamientos insuficientes	Deterioro de infraestructura Deficiente atención al paciente

*Fuente: ISEM.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Sugerencia

En lo subsecuente, es necesario cuantificar la población potencial, objetivo y atendida, con la intención de caracterizar a la población que presenta la situación o necesidad por atender. Así como revisar y actualizar en caso de ser necesario la información que aumenta el diagnóstico del proyecto.



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

Respuesta: Sí

Nivel	El proyecto cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y
2	La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema.

Justificación

Existe justificación teórica que argumenta la creación del proyecto, el cual está registrado en el PDEM, en el Pilar 1 Gobierno Solidario, donde se expone la política de salud en la entidad mexiquense.

La atención ambulatoria en primer nivel está orientada a cubrir afecciones y condiciones más comunes y a resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, por ello se denomina Atención Primaria de Salud (APS); sin embargo, al no haber uniformidad del concepto, las tres principales interpretaciones son:

- Programa focalizado y selectivo, con una cartera limitada de servicios.
- Uno de los niveles de atención, correspondiente a los servicios médicos no especializados de primer contacto, sea que incluya o no una amplia gama de acciones de salud pública y de servicios clínicos orientados a toda la población.
- Desde un enfoque incluyente, una concepción del modelo asistencial y de organización del sistema de salud.

Para los países europeos, la APS refiere a los servicios ambulatorios de primer contacto integrados a un sistema de salud de acceso universal, ello difiere de los países periféricos, en los que la atención primaria corresponde también a programas selectivos y focalizados, programas que tienen objetivos limitados y cubren las necesidades determinadas de grupos de población en pobreza extrema y con bajos recursos tecnológicos, esto de conformidad con el objetivo de la conferencia de Alma-Ata, en 1978, para la “Estrategia de Salud para Todos en el año 2000”.

En la conferencia, la atención primaria se entendió como esencial y primer componente de un proceso de asistencia sanitaria, cuyo acceso debería ser garantizado a todas las personas y familias de la comunidad.



La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud fue organizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1978 en la ciudad de Alma-Ata, Kazajistán. Esta conferencia cuestiona los modelos verticales de intervención de la OMS contra las epidemias en los países en vías de desarrollo, en especial África y América Latina, sin embargo la OMS sufre una renovación debido a que predominaban los gobiernos social-demócratas en países europeos, y fue en 1973 cuando el médico Halfdan Mahler, al desarrollar enfoques alternativos para la intervención en salud, propuso que para responder a la necesidades de la población sería indispensable desarrollar intervenciones más inclusivas, como la APS a través de la meta “Salud para Todos en el año 2000” en 1976.

Es así como en los países en vías de desarrollo se implementó una APS selectiva, esto dio pie a que en el ámbito internacional se comenzará a hacer énfasis en entender la salud como un derecho humano, y con ello la necesidad de establecer políticas de desarrollo inclusivas, sustentadas por compromisos financieros y de legislación, para reducir las desigualdades y alcanzar la equidad en salud.

En el año 2003 por iniciativa de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se aprobó una resolución que solicita a los estados miembros a fortalecer las APS. Para 2005, en el documento “Renovación de la Atención Primaria en las Américas” se establece la necesidad de alcanzar una atención universal e incluyente a través de un enfoque integrado y horizontal para desarrollar los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, énfasis en la promoción y prevención, intersectorialidad, participación social y responsabilidad por parte de los gobiernos.

Por lo anterior, innegablemente, la atención médica a través de los servicios de salud en México es de acceso universal, premisa respaldada por los documentos constitucionales y normativos en política de salud.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

TOMO II. CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS ESTATALES Y SECTORIALES





4. El propósito del proyecto está vinculado con el objetivo del programa presupuestario y/o sectorial considerando que:

- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa presupuestario y/o sectorial.
- b) El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna o algunas de las metas de los objetivos del programa presupuestario y/o sectorial.

Respuesta: Sí

Nivel	El proyecto cuenta con un documento en el que se establece la relación con objetivo(s) del programa sectorial, especial o institucional, y
3	Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta.

Justificación

Existen conceptos comunes y metas entre el objetivo del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” con el objetivo del PP “Salud y Asistencia Social”, ya que describen específicamente la condición que quieren alcanzar en materia de salud. Asimismo, ambos tienen alineación con los objetivos del PDEM y el PSGS.

La Ley de Planeación del Estado de México y Municipios (LPEM) estipula que para la ejecución e integración de las estrategias contenidas en los planes de desarrollo, se elaborarán programas sectoriales, regionales y especiales que permitan alcanzar los objetivos y metas, congruentes entre sí. Al respecto en el Manual del Anteproyecto señala que los objetivos de programas presupuestarios y de los proyectos que los integran deberán estar alineados con el PDEM y con el PSGS, ya que serán la base para generar indicadores de evaluación de desempeño.

En este sentido, los “Lineamientos y reglas para la implementación del Presupuesto basado en Resultados” (Lineamientos PbR) señalan que para la correcta adopción del PbR, las dependencias y entidades públicas deberán de vincular el PDEM con sus programas (incluidos sus proyectos), apoyándose en las categorías y elementos de la Estructura Programática.

La vinculación del propósito del proyecto y del programa presupuestario, en cuanto a conceptos comunes, población, contribución de metas y su apego con las directrices de planeación estatal se expone gráficamente de la siguiente forma:



Vinculación con el PDEM y PSGS

Propósito del Programa Presupuestario	Propósito del Proyecto "Atención Médica Ambulatoria"	Pilar	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Tema
Contribuir a la disminución de la pobreza en la población mexiquense, con énfasis en la atención a grupos en situación de vulnerabilidad mediante el fortalecimiento del sistema estatal de salud pública a través del incremento de la cobertura, calidad, oportunidad y trato adecuado; promoviendo estilos de vida saludables en la población y brindando atención médica cuando así lo requieran	Preservar y restaurar el estado de salud de la población mediante el otorgamiento de consulta externa general y especializada en los diferentes niveles de atención	1. Gobierno Solidario	2. Combatir la pobreza	2.2 Fortalecer la atención médica.	Mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica ambulatoria y de los servicios de salud bucal. Emprender un programa de mejoramiento integral de los servicios de salud.	Tema 18. Calidad de los servicios médicos

*Fuente: Elaboración propia, con información del PDEM y PSGS 2011-2017 y del ISEM.

Vinculación con el Programas Presupuestario "Salud y Asistencia Social"

Propósito del Programa Presupuestario	Propósito del Proyecto "Atención Médica Ambulatoria"	Conceptos comunes	Población	Metas que contribuyen al Programa
Contribuir a la disminución de la pobreza en la población mexiquense, con énfasis en la atención a grupos en situación de vulnerabilidad mediante el fortalecimiento del sistema estatal de salud pública a través del incremento de la cobertura, calidad, oportunidad y trato adecuado; promoviendo estilos de vida saludables en la población y brindando atención médica cuando así lo requieran	Preservar y restaurar el estado de salud de la población mediante el otorgamiento de consulta externa general y especializada en los diferentes niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud. ▣ Preservar y restaurar el estado de salud ▣ Otorgar consulta externa ▣ Brindando atención médica 	Población del Estado de México	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Otorgar consulta especializada ▣ Otorgar consulta externa general

*Fuente: Elaboración propia, con información del PDEM y PSGS 2011-2017 y del ISEM.



5. ¿Con cuáles pilares temáticos y objetivos del Plan de Desarrollo del Estado de México vigente está vinculado el objetivo estatal relacionado con el proyecto?

En el Estado de México el PDEM se integra por tres pilares temáticos: gobierno solidario, estado progresista y sociedad protegida; cuenta con tres ejes transversales: gobierno municipalista, financiamiento para el desarrollo y gobierno de resultados.

El propósito del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” está relacionado directamente con el Pilar 1 Gobierno Solidario, que tiene 4 objetivos por alcanzar: objetivo 1. Ser reconocido como el gobierno de la educación; objetivo 2. Combatir la pobreza; objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de los mexiquenses a través de la transformación positiva de su entorno; y objetivo 4. Alcanzar una sociedad más igualitaria a través de la atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

En el objetivo 2. Combatir la pobreza, se vincula el proyecto y la estrategia 2.2 Fortalecer la atención médica, y ésta a su vez, cuenta con dos líneas de acción.

Vinculación del proyecto con los pilares temáticos y objetivos del PDEM

Propósito del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”	Pilar	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción
Preservar y restaurar el estado de salud de la población mediante el otorgamiento de consulta externa general y especializada en los diferentes niveles de atención	1. Gobierno Solidario	2. Combatir la pobreza	2.2 Fortalecer la atención médica.	Mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica ambulatoria y de los servicios de salud bucal. Emprender un programa de mejoramiento integral de los servicios de salud.

*Fuente: Elaboración propia, con información del PDEM y PSGS 2011-2017 y del ISEM.



6. ¿Cómo está vinculado el propósito del proyecto con las Metas del Milenio?

Respuesta:

Existe una vinculación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5 y 6, en razón de que el propósito del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” pretende “Preservar y restaurar el estado de salud en la población mediante consulta médica en general...”. El cual es coincidente con las aspiraciones estatales del Pilar temático Gobierno Solidario, en cuanto a fortalecer la atención médica, lo cual contribuirá a las Metas del Milenio en este rubro.

Justificación

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe³ (CEPAL), los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio se enunciaron en la Declaración del Milenio en el año 2000. El primer marco consistió en una lista de 18 metas y 48 indicadores que debían responder a 8 Objetivos Específicos: 1. La erradicación de la pobreza y el hambre; 2. El logro de la educación primaria universal; 3. La promoción de la igualdad entre los sexos; 4. La reducción de la mortalidad infantil; 5. El mejoramiento de la salud materna; 6. El combate del VIH/SIDA y otras enfermedades; 7. La sostenibilidad del medioambiente, y; 8. El fomento a una alianza mundial para el desarrollo.

En la Cumbre Mundial del 2005 se acordó agregar 4 nuevas metas al marco de monitoreo vigente a la fecha, que permitieran una mejor supervisión cuantitativa de los objetivos ya planteados.

Vinculación propósito del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” con las metas del milenio

Objetivos de Desarrollo del Milenio	Metas del Milenio	Propósito del proyecto
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> •4A. Reducir dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años 	“Preservar y restaurar el estado de salud de la población mediante el otorgamiento de consulta externa general y especializada en los diferentes niveles de atención”
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	<ul style="list-style-type: none"> •5A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes •5B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva 	
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> •6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA •6B. Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten •6C. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves 	

*Fuente: Elaboración propia, con información de CEPAL e ISEM.

³ Información de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), recuperada el 14 de enero de 2016 de <http://www.cepal.org/>



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

TOMO III. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO





7. Las poblaciones, potencial, objetivo, y atendida están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:

- a) Unidad de medida.
- b) Están cuantificadas.
- c) Metodología para su cuantificación.
- d) Fuentes de información.

Respuesta: Sí

Nivel	El proyecto tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen con al menos una de las características establecidas.
2	

Justificación

Como se señaló en las respuestas a las preguntas 1 y 2, en el diagnóstico que justifica la intervención del proyecto, solo se expresa de forma general que la población (potencial) es aquella sin seguridad social, la cual no está cuantificada o con alguna metodología para determinarla, información que es coincidente con la expresada en el sitio web del ISEM respecto a la población que atiende.

Según el CONEVAL se entenderá por *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. La *población objetivo* será la población 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, y, finalmente, la población atendida será la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

Como se ha apuntado en respuestas anteriores, el diagnóstico del problema solo menciona de forma general la población potencial por atender, sin cuantificarla y documentarla metodológicamente. En este mismo sentido, en el sitio web del ISEM, en la sección “Datos e información en salud”, se muestra la pestaña “Información metodológica importante” en la cual se define el término “población abierta”, objetivo de atención del ISEM y del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, y se señalan las fuentes para identificarla. No obstante, no existe evidencia documental que exprese la población objetivo y atendida, ni tampoco se precisa una metodología para determinarla.

Sugerencia:

Documentar e implementar una metodología que determine la población potencial, objetivo y atendida por del ISEM, con el propósito de precisar su cuantificación, así como la situación o necesidad por atender.



8. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del proyecto (padrón de beneficiarios) que:

- a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- c) Esté sistematizada.
- d) Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización

Respuesta: No

Nivel

Justificación

Para el proyecto “Atención Médica Ambulatoria” no se dispone de información documental que dé cuenta de los apoyos del proyecto o de los beneficiarios del servicio, que en este caso, es la atención médica a través de consulta externa general y especializada. Tampoco existe evidencia de sistematizar dicha información o de su depuración y actualización.

El Catálogo de objetivos de programas presupuestarios y proyectos 2014, describe que la atención médica ambulatoria son todas aquellas acciones tendientes a prestar servicios médicos a la población a través de la consulta externa general y especializada. Asimismo, la atención médica ambulatoria se encuentra categorizada dentro del primer nivel de atención⁴, el cual hace referencia a las acciones y servicios enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación por medio de recursos de poca complejidad técnica.

El Manual de Procedimientos de Consulta Externa de Primer Nivel del ISEM menciona que la atención ambulatoria se prestará a toda la población que lo solicite, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos. Por

⁴ Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 24 de diciembre del 2002



lo cual, todos los pacientes que asisten por primera vez o de forma cotidiana a un centro de salud cuentan de un “Expediente Clínico Familiar”; sumado a esto, cada paciente atendido debe ser registrado en el formato “Hoja diaria de consulta externa”, el cual incluye el nombre, sexo, edad, diagnóstico entre otras características del paciente. Dicha información debe ser capturada en la plataforma del Sistema Integral de Información en Salud (SIS) que nutre al Sistema Nacional Información en Salud (SINAIS).

Bajo este contexto, el ISEM aun cuando brinda la atención médica a través de consulta externa, no contribuye a través del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” a que se documente e integre la cobertura de atención del instituto, debido a que no existe una metodología que establezca los criterios para recabar dicha información; por ello, tampoco para la consulta externa se cuenta documentalmente con información de un padrón de beneficiarios, así como de acciones por sistematizar dicha información.



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

En congruencia con las respuestas de las preguntas 7 y 8, y de acuerdo a la naturaleza del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, no existe evidencia documental que cuantifique la población potencial, objetiva y atendida, y en consecuencia, no se recolecta información socioeconómica de la atención médica que se brinda (beneficiarios), por lo cual, no se pueden identificar las variables para su medición, ni la temporalidad de la misma.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

TOMO IV. MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)





De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

10. Para cada uno de los Componentes de la MIR del proyecto existe una o un grupo de Actividades que:

- a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Están ordenadas de manera cronológica.
- c) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.

Respuesta: Sí

Nivel	Del 0 al 49% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.
1	

Justificación

Con base en la MML la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, en su lógica vertical, no atiende algunas de las características necesarias para presentar de forma sistemática y lógica sus relaciones de causalidad.

La Guía para la Elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL (Guía MIR CONEVAL), señala que las actividades deben expresar las principales acciones o tareas a realizar para producir o entregar los Componentes.

En el proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, la Actividad no atiende las cualidades sintácticas (un verbo o sustantivo derivado del verbo + complemento) al expresar un bien o servicio proporcionado y no una acción a realizar.

Asimismo, la Actividad no es la necesaria para producir el Componente, debido a que el resumen narrativo se expresa como Componente, es decir, un nivel de jerarquía superior; además, ambos niveles refieren a un objetivo similar.



Análisis de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Nivel: Actividad					
Objetivo o Resumen Narrativo			Supuesto		
Consulta Externa en el Primer Nivel de Atención otorgadas conforme a la demanda de atención.	Acción específica	No	Incremento en la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias presupuestales	¿Los supuestos en las Actividades representan situaciones externas al ámbito de control del proyecto?	Sí
	Un solo verbo o sustantivo derivado del verbo	No			

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL.

Por otro lado, los supuestos se definen como factores que están fuera del control del programa, pero que inciden en el logro de los objetivos, los cuales deben expresarse como situaciones que se deben cumplir para que se alcance el siguiente nivel en la jerarquía de objetivos. Para el nivel Actividad, a pesar de que el supuesto representa situaciones externas, la suficiencia presupuestal no puede ser considerado como tal, ya que si no se cuenta con el recurso no se puede llevar a cabo el proyecto y es considerado un supuesto fatal.

Aunado a ello, no es evaluable la relación entre el resumen narrativo y el supuesto para determinar la lógica vertical, debido a que el objetivo no atiende las cualidades sintácticas y conceptuales para generar el Componente.

Sugerencia:

Rediseñar los elementos constitutivos de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, respecto a su lógica vertical, a efecto de que tenga consistencia para ser verificado con base en lo estipulado en la “Guía para la elaboración de la MIR”.



11. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

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

Respuesta: Sí

Nivel	Del 50 al 69% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.
2	

Justificación

Se identificó que los componentes son los bienes y servicios que deberán ser producidos o entregados por medio del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, en este caso, “Consulta externa proporcionada en el primer nivel de atención” en la población para cumplir con el Propósito.

Los Componentes, de acuerdo con la metodología, son los bienes o servicios que deberán ser producidos o entregados por medio del programa a la población objetivo para cumplir con el Propósito.

El resumen narrativo del Componente identifica el servicio proporcionado por el proyecto a la población objetivo y es redactado como un resultado ya alcanzado; sin embargo, el servicio no es generado por la Actividad. Aunado a ello, los niveles Actividad, Componente y Propósito presentan un objetivo similar, es decir, existe duplicidad entre niveles. Por tanto, el Componente no es necesario y suficiente para alcanzar el Propósito.

Análisis de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Objetivo o Resumen Narrativo		Supuesto	
Consulta Externa proporcionada en el Primer Nivel de Atención.	Producto terminado y/o servicio proporcionado	Sí	Incremento en la demanda de atención.
	Verbo en pasado participio	Sí	La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias
			¿Los supuestos en los Componentes representan situaciones externas al ámbito de control del proyecto?
			Sí



*Fuente: Elaboración propia, con información de la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL.

De acuerdo a la MML, los supuestos son factores externos que están fuera del control del proyecto, pero que inciden en el logro de los objetivos. Los riesgos se expresan como situaciones que tienen que cumplirse para alcanzar el objetivo del siguiente nivel de jerarquía. En este caso, los supuestos expresan un factor externo, pero la suficiencia presupuestal no puede considerarse como tal al ser un supuesto fatal, ya que si no se cuentan con los recursos para la operación no se puede llevar a cabo el proyecto y a su vez plantearse objetivos.

Además, si los niveles Actividad, Componente y Propósito presentan los mismos supuestos y refieren a un similar resumen narrativo, el Componente junto con los supuestos no alcanza el objetivo de nivel de jerarquía superior.

Sugerencia:

Replantear los supuestos de cada nivel para que correspondan a las situaciones que deben ocurrir para la sustentabilidad de los beneficios generados por el proyecto a largo plazo, pero sin considerar la suficiencia presupuestal como un supuesto.



12. El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

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

Respuesta: Sí

Nivel	El Propósito cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.
1	

Justificación

El Propósito es único; no obstante, el resumen narrativo no describe el cambio esperado en la población objetivo o área de enfoque como resultado de recibir los bienes o servicios que produce el proyecto, pero se identifica un servicio proporcionado, es decir, un objetivo de nivel jerárquico inferior.

De acuerdo a la MML, la estructura para redactar el Propósito es: población objetivo + el efecto obtenido.

Asimismo, el propósito debe referirse al objetivo central del árbol de objetivos; sin embargo, en el árbol de problemas del proyecto el área de enfoque es: la atención ambulatoria en unidades de primer nivel de atención en el Estado de México, y la descripción de la situación de la problemática central es: “Ineficiente atención ambulatoria...”, lo cual no corresponde con lo registrado en la MIR.

Análisis de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Objetivo o Resumen Narrativo		Nivel: Propósito			
				Supuesto	
Las Unidades de primer nivel otorgan Consulta externa acordes a los Estándares Estatales.	Población objetivo o área de enfoque.	No	Incremento en la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias presupuestales	¿Los supuestos en el Propósito representan situaciones externas al ámbito de control del proyecto?	Sí
	Resultado o efecto obtenido	No			
	Un solo objetivo	Sí			

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL.





En este sentido, la MML señala que los supuestos son factores externos que están fuera del control del proyecto, pero que inciden en el logro del objetivo del proyecto, por lo que es necesario que se expresen como situaciones que tienen que cumplirse para alcanzar el siguiente nivel de la jerarquía de objetivos. Para el Propósito si bien los supuestos son situaciones externas, la suficiencia presupuestal es un supuesto fatal, ya que si no se tiene el recurso no se puede llevar a cabo el proyecto.

En virtud de que el resumen narrativo del nivel no identifica el efecto obtenido en la población objetivo, no se puede verificar la consistencia de la lógica vertical.

Sugerencia:

Rediseñar la sintaxis del resumen narrativo del nivel Propósito de la MIR, a efecto de que se precise el cambio o consecuencia obtenida en la población objetivo como resultado de recibir, en este caso, la consulta médica externa.

Replantear el supuesto del nivel Propósito para que correspondan a las situaciones que deben ocurrir para la sustentabilidad de los beneficios generados por el proyecto a largo plazo, pero sin considerar la suficiencia presupuestal como un supuesto.



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

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

Respuesta: Si

Nivel	El Fin cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.
1	

Justificación

El resumen narrativo del Fin describe de manera clara y específica la contribución del proyecto a un objetivo estratégico o superior a través de la suma de intervenciones por otros proyectos, instituciones o incluso otros órdenes de gobierno.

Es pertinente resaltar que la ejecución del proyecto por sí solo no es suficiente para conseguir el objetivo en el Fin; el alcance de éste depende de la suma de muchas intervenciones desarrolladas por otros programas, proyectos, instituciones o incluso otros niveles de gobierno.

No obstante, el proyecto sí debe contribuir de manera significativa a alcanzar dicho nivel de objetivo. Por tanto, el Fin se redacta utilizando la palabra “contribuir”, con lo que se deja en claro que el proyecto no es el único que debe intervenir para el logro de dicho Fin.

Análisis de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Nivel: Fin					
Objetivo o Resumen Narrativo			Supuesto		
Contribuir a garantizar estilos de vida saludables mediante el otorgamiento de la cobertura en la atención médica del primer nivel de atención.	Verbo que indique “Contribución”	Sí	Deficiencia en el número de médicos pasantes en Servicio Social.	¿Los supuestos en el Propósito representan situaciones externas al ámbito de control del proyecto?	Sí
	Verbo en infinitivo	Sí			
	Un solo objetivo	Sí			

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL.





En este contexto, se identificó que el Fin se establece como el objetivo de desarrollo al que el proyecto busca contribuir para su solución en el mediano o el largo plazo. Al respecto, en el PDEM se identifica dentro del “Pilar 1. Gobierno Solidario” el combate a la pobreza, la atención a la salud pública y el fomento de la vivienda digna y la infraestructura básica.

Asimismo, el nivel Fin se vincula al Objetivo 2. Combatir la pobreza. Sin embargo, la contribución del programa al logro del Fin no se materializa de inmediato; por tanto, el cambio se podrá observar una vez que el proyecto ha estado en operación durante un periodo prolongado.

Alineación al Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017

Pilar o Eje Transversal:	Pilar 1. Gobierno Solidario
Objetivo:	Objetivo 2. Combatir la pobreza
Estrategia:	2.2 Fortalecer la atención médica
Línea de acción:	<ul style="list-style-type: none">• Mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica ambulatoria y de los servicios de salud bucal.• Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos humanos (médicos y enfermeras) así como materiales (equipamiento).• Disminuir la variabilidad en la atención de los centros de primer nivel en la entidad.

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017.



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

Respuesta: Si

Nivel	Algunas de las Actividades y todos los Componentes de la MIR se
2	identifican en las ROP o documento normativo del programa.

Justificación

El nivel Actividad y Componente de la MIR se pueden identificar y vincular con las disposiciones normativo-administrativas que utiliza el ISEM para regular sus actividades, a decir, el Reglamento de Salud del Estado de México (Reglamento ISEM) y Manual de Organización estipulan la forma de brindar el servicio médico a través de la consulta externa en el primer nivel de atención.

El Reglamento del ISEM establece que en conjunto con la Secretaría de Salud del Estado de México promoverán en el Sistema Estatal de Salud (SES) la participación de los prestadores de servicio de salud tanto del sector público y social como privado. Lo anterior, considera para la atención médica actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y la atención de urgencias.

Asimismo, señala que la Secretaría y el ISEM vigilarán que las instituciones de seguridad social que prestan servicios de salud en la entidad, apliquen el cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica, así como el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel, a los cuales se ajustarán las dependencias y organismos auxiliares del Ejecutivo Estatal que presenten servicios de salud.

Finalmente, esta disposición normativa refiere que los organismos públicos descentralizados prestaran los servicios de atención médica de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización, dichos servicios serán otorgados a la población que no se encuentre en algún régimen de seguridad social.

Por otro lado, el Manual de Organización, se identificó de manera detallada las funciones de las unidades administrativas que están vinculadas directamente con la generación de las Actividades y Componentes: Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Atención Médica y Departamento de Atención Médica de Primer Nivel.



Entre las funciones principales de la Dirección de Servicios de Salud, está la de 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; así como la de planeación y organización de la participación de los sectores público, social y privado en la promoción de los programas prioritarios de salud para la población abierta, entre otras.

Por su parte, la Subdirección de Atención Médica tiene, entre otras funciones, las de analizar las normas técnicas en materia de atención médica, para vigilar su correcta operación en las unidades aplicativas; asesorar y proponer estrategias para elevar la calidad de la atención médica en las unidades aplicativas del ISEM; y la de supervisar el desarrollo de los programas de atención médica en las unidades aplicativas de primero, segundo y tercer nivel y establecer las medidas correctivas pertinentes.

Finalmente, para el Departamento de Atención Médica de Primer Nivel, le fueron asignadas las funciones de elaborar el programa de supervisión a las unidades de atención médica de primer nivel; definir y proponer estrategias para elevar la calidad de los servidores de la atención médica de primer nivel, así como para la extensión de la cobertura; y la de supervisar el desarrollo de los programas de atención médica en las unidades aplicativas de primer nivel y establecer las medidas correctivas pertinentes, entre otras.



De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

15. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del proyecto (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del proyecto con las siguientes características:

- a) Claros.
- b) Relevantes.
- c) Económicos.
- d) Monitoreables.
- e) Adecuados.

Respuesta: Sí.

Nivel	Del 0% al 49% de los indicadores del proyecto tienen las características establecidas.
1	

Justificación

Los indicadores de la MIR del proyecto presentan solo algunas de las características mínimas para el monitoreo de los programas, aunado a ello presentan duplicidad (ver Anexo 4).

Los indicadores que registra la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” son los siguientes:

Nivel	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Frecuencia de medición
Fin	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	Semestral
Propósito	Promedio de consulta por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *días laborables	Mensual
Componente	Promedio de consulta por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *días laborables	Mensual
Actividad	Promedio de consulta por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *días laborables	Mensual

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, 2014.



Los indicadores de la MIR presentan duplicidad al considerar el mismo indicador para medir el avance en el logro de los objetivos de los niveles Propósito, Componente y Actividad, ello sin tomar en cuenta el nivel jerárquico.

En el nivel Fin el indicador no es claro ya que no existe consistencia entre en nombre y el método de cálculo, el indicador se denomina “Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta”; sin embargo, el método de cálculo únicamente expresa un promedio de cuántos médicos hay por cada persona de la población abierta. A saber, para expresar cuántos médicos hay por 1000 personas en la población abierta es necesario multiplicar el cociente por 1000. Además, el nombre del indicador no especifica el método de cálculo, es decir, si el resultado se expresa como tasa en la denominación también se debe hacer referencia.

El indicador utilizado para los siguientes niveles de menor jerarquía “Promedio de consulta por médico por día” no es congruente con el método de cálculo, ya que multiplica el cociente por los días laborables. Si bien el número de consultas otorgadas y médicos es un acumulado de más de un día (mensual, trimestral, semestral, anual, etc.) se debe dividir el cociente entre los días laborables para obtener el promedio diario.

Asimismo, en los niveles Propósito, Componente y Actividad los indicadores no son relevantes ni adecuados, ello en virtud de que los resúmenes narrativos no tienen las cualidades conceptuales y sintácticas para identificar una dimensión relevante del logro del objetivo y así lograr que el indicador mida lo que efectivamente se desea medir.(Anexo 4)

Análisis de Indicadores de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Nombre del Proyecto: Atención médica ambulatoria.

Dependencia/Entidad: Instituto de Salud del Estado de México.

Unidad Responsable: Secretaría de Salud del Estado de México.

Tipo de Evaluación: Desempeño.

Año de la Evaluación: 2014.

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado
Fin	Disponibilidad de medios por 1000 personas en la población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Propósito	Promedio de consulta por medico	(Número de consulta externa otorgada/	No	No	Sí	Sí	No





	por día	Número de médicos de consulta externa) *100					
--	---------	---	--	--	--	--	--

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado
Componente	Promedio de consulta por medico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos de consulta externa) *100	No	No	Sí	Sí	No
Actividad	Promedio de consulta por medico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos de consulta externa) *100	No	No	Sí	Sí	No

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto "Atención Médica Ambulatoria", 2014 y la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL, 2013.

Sugerencia:

Rediseñar los indicadores que integran la MIR del proyecto, a efecto de evitar duplicidades entre los niveles que la integran, así como consistencia entre el nombre del indicador y el método de cálculo y que su construcción considere las características de la CREMA⁵ que postula la MML.

⁵ La MML menciona que para la construcción de indicadores se deben de considerar las siguientes características **Claridad:** el indicador debe ser preciso e inequívoco, es decir, debe ser interpretado sin ambigüedades y del mismo modo por cualquier persona. **Relevancia:** el indicador debe reflejar una dimensión relevante del logro del objetivo. De nada sirve un buen indicador si lo que mide no es importante respecto al objetivo. **Economía:** la información necesaria para generar el indicador debe estar disponible a un costo razonable. **Monitoreable:** el indicador debe ser sujeto a una verificación independiente. **Adecuado:** el indicador debe medir lo que efectivamente se desea medir, es decir, debe cuantificar lo que cada nivel de objetivos plantea.



16. Las Fichas Técnicas de los indicadores del proyecto cuentan con la siguiente información:

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

Respuesta: Sí

Nivel	Del 70% al 84% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa
3	tienen las características establecidas.

Justificación

Las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de los Indicadores 2014 del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” cuentan con las siguientes características: nombre, interpretación (definición), fórmula de cálculo (método de cálculo), unidad de medida, frecuencia de medición, descripción del factor de comparación (línea base; sin embargo, se registró n/a) y el comportamiento del indicador que se describe respecto a la meta anual.

Los indicadores que registra la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” son los siguientes:

En el proyecto “Atención Médica Ambulatoria” se presentaron dos Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014. La primera, correspondiente al indicador “Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas” refiere una denominación y variables similares al presentado en la MIR, sin embargo, es necesario precisar el resultado que se desea obtener para que exista congruencia entre el nombre y la fórmula cálculo del indicador. Por otra parte, el indicador “Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta” no dispone de la información documental (Ficha técnica).

Finalmente, el indicador de la segunda ficha “Consultorio de medicina general disponible” no fue incluido en la MIR, como se muestra a continuación:



Caracterización de los indicadores del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Nivel	Indicadores	
	MIR	Ficha Técnica
Fin	Nombre: Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta Fórmula de cálculo: (Número de médicos/ Población abierta)	
Propósito Componente Actividad	Nombre: Promedio de consulta por médico por día Fórmula de cálculo: (Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *días laborables	Nombre: Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas Fórmula de cálculo: (Consultas generales otorgadas en unidades médicas/ Médicos generales en contacto con el paciente/ Días laborables)
		Nombre: Consultorio de medicina general disponibles Fórmula de cálculo: (Total de consultorios de medicina general en unidades médicas/ Población de responsabilidad) *1000

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, 2014 y las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.

En las fichas técnicas de los indicadores se identifica la siguiente información:

Indicador	Interpretación (Definición)	Tipo	Dimensión	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Descripción del factor en comparación (Línea base)	Meta
Nombre: Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas Fórmula de cálculo: (Consultas generales otorgadas en unidades médicas/ Médicos generales en contacto con el paciente/ Días laborables)	Representa el promedio diario de consultas generales otorgadas por médico en unidades médicas	De Gestión	Eficiencia	Consulta Médico Día	Trimestral	N/A	23.41
Nombre: Consultorio de medicina general disponibles Fórmula de cálculo: (Total de consultorios de medicina general en unidades médicas/ Población de responsabilidad) *1000	Representa el total de consultorios de medicina general de unidades médicas con respecto a la población de responsabilidad.	De Gestión	Eficiencia	Consultorio Persona	Trimestral	N/A	0.32

*Fuente: Elaboración propia, con información de las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

La interpretación (definición) del primer indicador repite el nombre del indicador; sin embargo, en este rubro no se debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo (promedio), ya que debe explicar de manera breve y sencilla qué es lo que mide el indicador.

Aunado a lo anterior, las unidades de medida de ambos indicadores se identifican por variable pero no hacen referencia a cómo será expresado el resultado de la medición al realizar la fórmula de cálculo del indicador, es decir, una noción estadística (porcentaje, promedio, tasa, etc.).

Por otra parte, la descripción del factor de comparación (línea base) en ambos indicadores fue N/A, por tanto no se estableció un punto de partida para evaluar, comparar y dar seguimiento al indicador, aunado a ello no es posible señalar el comportamiento del indicador.

Sugerencia:

Atender las recomendaciones metodológicas, respecto a la elaboración de fichas para indicadores, a efecto de que los elementos que integran la Ficha Técnica contengan las cualidades conceptuales, de acuerdo a lo establecido en la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL, 2014; el Manual para la Formulación del anteproyecto de presupuesto 2014 y la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y CONEVAL, 2013, con el fin de se permitan evaluar los resultados de los objetivos del proyecto; asimismo, se debe verificar la consistencia y congruencia de la información, debido a que las fichas técnicas presentadas no eran coincidentes con los indicadores de la MIR.



17. Las metas de los indicadores de la MIR del proyecto tienen las siguientes características:

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

Respuesta: Si

Nivel	Del 0% al 49% de las metas de los indicadores del proyecto tienen las características establecidas.
1	

Justificación

El único indicador que se relaciona a una Ficha Técnica de Seguimiento de Indicadores 2014 es “Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas” y presentó una meta de 23.41 (ver anexo 5).

La meta es que para 2014 se otorgaran 23.41 consultas por cada médico general en un día laborable.

Análisis de las metas de los indicadores del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”

Nombre del Proyecto: Atención médica ambulatoria.

Dependencia/Entidad: Instituto de Salud del Estado de México.

Unidad Responsable: Secretaría de Salud del Estado de México.

Tipo de Evaluación: Desempeño.

Año de la Evaluación: 2014.

Cumplimiento de las características de la Meta							
Nivel	Indicador		Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desarrollo	Factible	Propuesta
	MIR	Ficha técnica					
Fin	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta	–	–	–	–	–	–
Propósito Componente Actividad	Promedio de consulta por médico por día	Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas	23.41	No	Sí	Sí	Incluir la unidad de medida a la meta (promedio)



*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto "Atención Médica Ambulatoria", 2014 y las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.

La unidad de medida de la meta no es específica al presentarse por cada variable, la meta únicamente se muestra de manera cuantitativa, es decir, solo un número sin noción matemática de cómo se expresa el resultado.

La eficacia de la meta es un porcentaje de cumplimiento, para el indicador en el ejercicio fiscal 2014 fue el siguiente:

Cumplimiento de la meta del indicador del proyecto "Atención Médica Ambulatoria"

Indicador: Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas			
Programado	Alcanzado	Eficacia (%)	Semáforo
23.41	14.42	61.57	Rojo

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.

El cumplimiento de la meta se encuentra en situación crítica, es decir, semáforo rojo. De acuerdo al Manual para la formulación del anteproyecto de presupuesto 2014 en la semaforización de indicadores se establece la parametrización como sigue:

- Umbral Rojo: De 0-69% y de 111%-en adelante.
- Umbral Amarillo: Desempeño de 70-89%.
- Umbral Verde. Desempeño de 90 a 110%.

Sugerencia:

Replantear la meta del indicador "Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas", mediante un proceso de planeación, programación y presupuestación cuidadoso, con el objeto de que el logro obtenido refleje las capacidades de la unidad ejecutora del ISEM.

Complementar las fichas técnicas con los datos correspondiente entre ellos y la meta por cada uno de los niveles de la MIR.



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

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

Respuesta: Sí

Nivel	Del 70% al 84% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.
3	

Justificación

Los indicadores presentados en la MIR del proyecto establecen medios de verificación.

Los medios de verificación de los indicadores incluidos en la MIR son los siguientes:

Nivel	Indicador	Método de Cálculo	Frecuencia de Medición	Medios de verificación
Fin	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	Semestral	SINERHIAS
Propósito	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud
Componente	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud
Actividad	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto "Atención Médica Ambulatoria", 2014.

De acuerdo a la Guía MIR CONEVAL los medios de verificación corresponden a las fuentes de información que se utilizan para calcular los indicadores, y se señala que debe haber un medio de verificación para cada variable del indicador, aunque un mismo medio de verificación puede servir para dos o más variables o indicadores.





UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Los medios de verificación “Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS)” y el “Sistema de Información en Salud (SIS)” utilizados en la MIR del proyecto son fuentes oficiales de la Secretaría de Salud que concentran información municipal, estatal y nacional; sin embargo, no se especifica en qué apartado o sección del portal se pueden constatar las variables de los indicadores.

Cabe señalar que un mismo indicador se presenta para los niveles del Actividad, Componente y Propósito, por tanto, a pesar de presentar medios de verificación, no corresponden a un indicador para cada nivel de jerarquía.



19. Considerando el conjunto Objetivo-Indicadores-Medios de verificación, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- a) Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- b) Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- c) Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Respuesta: Sí

Nivel	Uno de los conjuntos Objetivo-Indicadores-Medios de verificación del programa tiene las características establecidas.
1	

Justificación

En virtud de que los resúmenes narrativos de los niveles Propósito, Componente y Actividad no cumplen con las cualidades conceptuales y sintácticas de cada nivel (como se mencionó en respuestas anteriores), no es posible identificar si los indicadores miden directa o indirectamente el objetivo del nivel, aunado a ello, los niveles presentan el mismo indicador.

El resumen narrativo, indicador y medios de verificación por nivel son los siguientes:

Análisis Objetivo-Indicadores-Medios de verificación

Nivel	Objetivo o Resumen narrativo	Indicador			Medios de verificación
		Nombre del indicador	Método de Cálculo	Frecuencia de Medición	
Fin	Contribuir a garantizar estilos de vida saludables mediante el otorgamiento de la cobertura en la atención médica del primer nivel.	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	Semestral	SINERHIAS
Propósito	Las Unidades de primer nivel otorgan consulta Externa acordes a los Estándares Estatales.	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud
Componente	Consulta Externa proporcionada en el Primer Nivel de Atención.	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud
Actividad	Consulta Externa en el Primer Nivel de atención otorgada conforme a la demanda de atención.	Promedio de consultas por médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) *Días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto "Atención Médica Ambulatoria", 2014.





El conjunto Fin-Indicadores (a ese nivel)-Medios de Verificación

- Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores; no obstante, se puede especificar la sección o apartado donde se accede a los datos cuantitativos de las variables del indicador.
- Los medios de verificación son suficientes al encontrarse los datos de las variables en los portales SINERHIA.
- El indicador refiere a la cobertura de la atención médica el cual se relaciona con el objetivo del nivel.

El conjunto Propósito-Indicadores (a ese nivel)-Medios de Verificación

- Los medios de verificación son los necesarios y suficientes al no presentar en el resumen narrativo el cambio esperado en la población objetivo o área de enfoque como resultado de recibir los bienes o servicios que produce el proyecto. Por tanto, el indicador no permite medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel. En este nivel corresponde el objetivo de resultados del proyecto.

El conjunto Componente-Indicadores (a ese nivel)-Medios de Verificación

- Los medios de verificación son los necesarios para calcular el indicador; pero no se especifica la sección o apartado donde se corrobora la información de las variables del indicador.
- Los medios de verificación son suficientes al encontrarse los datos de las variables en los portales SINERHIA.
- El indicador permite medir, directa o indirectamente, el objetivo del nivel Componente.

El conjunto Actividad-Indicadores (a ese nivel)-Medios de Verificación

- Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, pero no se especifica la sección o apartado de donde se pueden monitorea la información.
- Los medios de verificación son suficientes al encontrarse los datos de las variables en los portales SINERHIA.
- El indicador no mide el objetivo del nivel porque no es una que se debe realizar para producir o entregar el Componente al establecer en ambos niveles el servicio de otorgar consultas, los objetivos relacionados con el desarrollo operativo de los procesos pertenecen a este nivel.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Sugerencia:

Una vez atendidas las sugerencias a las preguntas 10, 11, 12 y 13, respecto a replanteamiento de los resúmenes narrativos, en su caso, vincule estos con los indicadores y los medios de verificación, a efecto de realizar el análisis de la lógica horizontal.





Valoración final de la MIR

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

Justificación

Como se expuso en el análisis del Tomo IV, el diseño de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, requiere que atienda las recomendaciones que se exponen en la “Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados” y el Manual para el diseño y construcción de indicadores”, emitidos por el CONEVAL, con el fin de que las cualidades sintácticas y conceptuales de cada nivel sean adecuadas, y permitan evaluar los resultados y el seguimiento del proyecto.

Cabe resaltar que las sugerencias realizadas a la MIR del proyecto, tienen como finalidad de que contribuya a la MIR del programa presupuestario “Salud y Asistencia Social”.

Los detalles de las sugerencias de mejora de la MIR del proyecto se ubican en el anexo 6 de esta evaluación.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

TOMO V. COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROYECTOS





21. ¿Con cuáles programas presupuestarios y proyectos o qué aspectos del proyecto evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Se identificó que existe complementariedad del proyecto “Hospitalización” con el propósito de brindar atención hospitalaria donde se otorgan servicios médicos y quirúrgicos cuando así lo requiera la población y el Proyecto “Sistema de Protección Social de Salud” generando acceso a los servicios de salud a la población mexiquense mediante su aseguramiento. Estos dos Proyectos forman parte del proyecto que se evalúa y pertenece al PP “Salud y Asistencia Social”.

Tomando como referencia lo establecido en la Cuenta Pública del Gobierno, Organismos Auxiliares y Autónomos del Estado de México 201, el proyecto “Atención Médica Prehospitalaria y Servicio de Urgencias” presentó como unidades responsables al ISEM y al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), éste último participó en el proyecto con la ejecución de una meta: “Brindar Atención Médica de Urgencias”, por tanto existe complementariedad de acciones, en razón de que ambas entidades contribuyeron al logro del objetivo del proyecto.

Programa/ Proyecto	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de apoyo / servicio	Cobertura geográfica	Fuentes de información	Proyectos coincidentes	Programas coincidentes	Justificación
Sistema de Protección Social en Salud	ISEM	Generalizar el acceso a los servicios de salud a la población, mediante el aseguramiento de personas que no cuenten con seguridad social	Población abierta	Difusión y capacitación	Estado de México	ISEM	16	1	Estructura programática
Hospitalización	ISEM	Brindar atención hospitalaria, mediante el otorgamiento de servicios médicos y quirúrgicos a los pacientes que por su condición lo requieran y de esta manera coadyuvar a preservar o restaurar el estado de salud.	Población abierta	hospitalización general y especializada	Estado de México	ISEM	1	1	Estructura programática
Atención médica prehospitalaria y servicio de urgencias	ISSEMyM	Promover la cultura de la prevención y autocuidado	Población derechohabiente	Mensajes	Estado de México	ISSEMyM	1	1	Estructura programática

*Fuente: Secretaría de Finanzas, Estructura Programática 2014.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

VALORACIÓN FINAL DEL DISEÑO DEL PROYECTO





Valoración final del Diseño del proyecto

A continuación se emiten comentarios generales por cada una de las etapas que integran esta evaluación, con el propósito de proporcionar de forma estructurada el Diseño del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”:

1. *Características del programa.*

Se dispuso de los elementos necesarios para caracterizar el proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, a decir, quién lo ejecuta, qué presupuesto le fue asignado, su vinculación con los documentos de planeación estatal, así como de las disposiciones normativas y administrativas con la que ejecuta. Asimismo, se identificó a través de su objetivo la problemática que pretende revertir.

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

A través del diagnóstico proporcionado por el ISEM, se conoció el contexto en el cual se ejecuta, las casusas y efectos que el problema origina, así como la identificación de la población que pretende atender.

Dicho diagnóstico menciona un difícil acceso a las unidades de salud, una dispersión de unidades médicas e insuficiente personal médico. De igual forma existe una deficiente cobertura con pocos insumos y falta de capacitación al personal que atiende el proyecto.

3. *Contribución a los objetivos nacionales y sectoriales.*

Se identificó armonía entre el objetivo del proyecto con los pilares temáticos, objetivos, estrategias y líneas de acción del PDEM y del PSGS.

Donde se identifica con el Pilar 1. Gobierno Solidario, con el Objetivo 2. Combatir la Pobreza mediante la Estrategia 2.2. Fortalecer la Atención Médica con las líneas de acción: Mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica ambulatoria y de los servicios de salud bucal y Emprender un programa de mejoramiento integral de los servicios de salud.

4. *Población potencial y objetivo.*

La información documental que sustenta metodológicamente la cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida carece de los elementos suficientes para identificarlas. Sin embargo se atiende a la población en general que lo requiera.



5. *Matriz de Indicadores para Resultados.*

Se recomienda que la MIR del “Atención Médica Ambulatoria” atienda lo dispuesto por la MML expresados en la “Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados” y el Manual para el diseño y construcción de indicadores” emitidos por el CONEVAL, con el fin de que las cualidades sintácticas y conceptuales de cada nivel sean adecuadas, para que permitan evaluar los resultados y el seguimiento del proyecto.

6. Complementariedades y Coincidencias con otros proyectos.

Existe complementariedad del proyecto “Hospitalización” con el propósito de brindar atención hospitalaria donde se otorgan servicios médicos y quirúrgicos cuando así lo requiera la población, el Proyecto “Sistema de Protección Social de Salud” generando acceso a los servicios de salud a la población mexiquense mediante su aseguramiento y el proyecto “Atención Médica Prehospitalaria y Servicio de Urgencias”

7. Complementariedades y coincidencias con otros programas federales.

Se identificó que existe complementariedad del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, en razón de que el PP “Salud y Asistencia Social” del que forma parte el proyecto que se evalúa, es ejecutado por diversas unidades administrativas.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

CONCLUSIONES





Conclusiones.

El Diseño en general del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, a través de la evaluación realizada, demostró que tiene fortalezas, como la alineación armónica que existe entre la política de salud expresada en el PDEM y PSGS con los objetivos del PP y del proyecto. También algunas debilidades como la identificación de las poblaciones a beneficiar, su cuantificación y el diseño de la MIR. Pese a lo anterior, el proyecto tiene una clara razón de ser y una población muy amplia por atender. Sus actividades tienen plena justificación y, dada las características organizacionales del ISEM, se reconoce como un proyecto consolidado operativamente.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

BIBLIOGRAFÍA





UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Bibliografía.

Árbol de problemas y MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” 2014.

Conferencia de Alma-Ata, “Estrategia de Salud para Todos en al año 2000”, Organización Mundial de la Salud, 1978.

Cuenta Pública del Gobierno, Organismos Auxiliares y Autónomos del Estado de México 2014.

Diagnóstico del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” 2014, formato PbR-01a. Estructura Programática 2014, Secretaría de Finanzas.

Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de los Indicadores 2014 del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”.

Giovanella L, et al. (2008). Políticas y sistema de salud en Brasil. Río de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, Cap. 16.

Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL, 2013.

Ley de Planeación del Estado de México y Municipios.

Lineamientos generales para la evaluación de los programas presupuestarios, Gobierno del Estado de México, 2013.

Lineamientos y reglas para la implementación del presupuesto basado en resultados, Gobierno del Estado de México, 2010.

Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.

Manual para el diseño y construcción de indicadores, CONEVAL, 2013.

Manual para la formulación del anteproyecto de presupuesto 2014.

Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2014, Gobierno del Estado de México.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017, Gobierno del Estado de México.

Programa Sectorial Gobierno Solidario, Gobierno del Estado de México.

Reglamento de Salud del Estado de México.

Términos de referencia para la evaluación en materia de diseño, CONEVAL 2013.

Catálogo de objetivos de programas presupuestarios y proyectos 2014.





UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Sitios de internet consultados:

Instituto de Salud del Estado de México, <http://salud.edomexico.gob.mx/html/>

Objetivos de Desarrollo del Milenio, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, información recuperada el 14 de enero de 2016 del sitio web <http://www.cepal.org/>

Organización Mundial de la Salud, información recuperada el 2 de febrero de 2016 del sitio web <http://www.who.int/es/>

Sistema Integral de Información en Salud, <http://plataforma.salud.gob.mx/SIS2/>

Sistema Nacional Información en Salud,
<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud,
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sinerhias.html



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

ANEXOS





Anexo 1. Descripción General del Programa.

Antecedentes

El 4 de marzo de 2000 mediante el decreto número 156 publicado en Gaceta del Gobierno del Estado de México se hacen adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México referente a los artículos 19, fracción III, 25 y 26 para crear la Secretaría de Salud (SSalud) en la entidad como la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud y garantizar que las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud⁶ operen en un esquema de coordinación eficaz. La SSalud considera bajo su coordinación sectorial al ISEM, el IMIE, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México (CAMEM) y el Centro Estatal de Trasplantes (CET).

El ISEM desde 2001⁷ se establece como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por objeto la prestación de los servicios de salud y el ejercicio del control sanitario en materia de salubridad local.

El ISEM tiene por objeto y atribuciones proteger la salud de la población en general y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, proporcionados por el estado con la concurrencia de los municipios, en materia de salubridad local, en términos del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y primero de la Ley General de Salud (LGS).

Identificación del proyecto

Según el “Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto 2014”, el Gobierno del Estado de México (GEM), a través de la Secretaría de Finanzas, diseñó la Estructura Programática con el propósito de dar orden y dirección al gasto público en su clasificación funcional y definir el ámbito de aplicación, con lo cual facilita la vinculación de las políticas de gobierno con los programas presupuestarios que ejecutan las dependencias y entidades públicas, así como el diseño y seguimiento de los planes y sus programas, de acuerdo con sus funciones.

El ISEM es la principal unidad ejecutora del PP “Salud y Asistencia Social”, mismo que se integró de 34 proyectos en el año 2014; de entre ellos, el ISEM atendió 27, y uno de ellos fue el de “Atención Médica Ambulatoria”, que según la estructura programática 2014 se identifica de la siguiente forma:

⁶ El artículo 2.20 del Código Administrativo del Estado de México, establece que el Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en la Entidad.

⁷ Decreto 41, publicado en Gaceta del Gobierno del 13 de diciembre de 2001.



Estructura Programática 2014					
FUN	SF	PP	SP	PR	Denominación
07					Salud, seguridad y asistencia social
07	02				Servicios de salud pública y atención médica
07	02	01			Salud y asistencia social
07	02	01	03		Fortalecimiento a la atención médica
07	02	01	03	01	Atención médica ambulatoria

*Fuente: Estructura Programática 2014.

Objetivo del proyecto por evaluar

El proyecto “Atención Médica Ambulatoria” tiene como premisa principal la de otorgar consulta externa general, dirigida a la población en general, con lo que pretende abatir la situación presentada en el árbol de problemas: “ineficiente atención ambulatoria...”.

Su descripción, según el documento “Descripción y objetivos de programas y proyectos de la estructura programática 2014”, es la siguiente:

“Atención Médica Ambulatoria” contempla acciones tendientes a la prestación de servicios médicos a través de la consulta externa general y especializada, que proporciona el sector salud mediante unidades médicas de los diferentes niveles de atención.

Cobertura y mecanismos de focalización

La cobertura que tiene el proyecto a evaluar es de índole estatal, es decir, la atención médica de primer nivel va dirigida a la población abierta, principalmente a la no derechohabiente.

Normativa y destino de aplicación

El proyecto “Atención Médica Ambulatoria” tiene como mandato, entre otros, la siguiente disposición normativo-administrativa: Ley General de Salud, Reglamento de Salud del Estado de México (Reglamento Salud) y Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México (Manual de Organización).

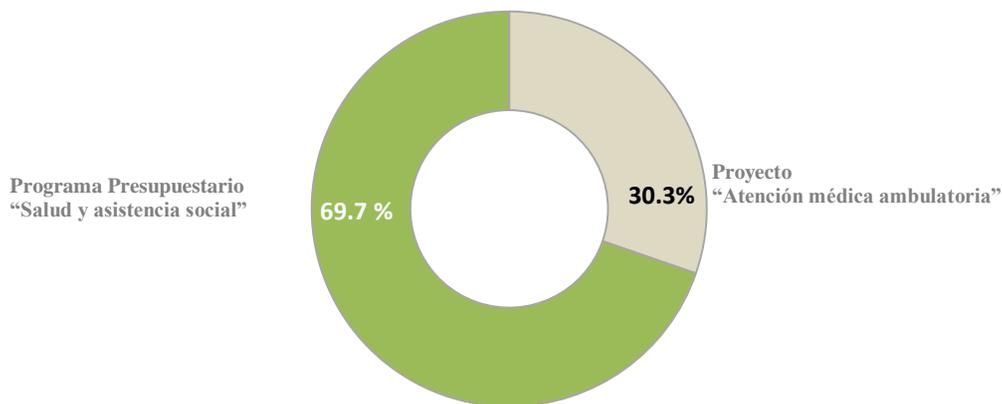


En la Ley General de Salud hace mención en sus artículos 2 y 3, respectivamente, que el derecho de la protección de la salud garantizará el disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; por otro lado, en el Reglamento de Salud y en el Manual de Organización se refieren a las atribuciones y funciones que en materia de salud, y sobre todo, de consulta médica, deben atender las unidades médicas y administrativas del ISEM

Presupuesto asignado

Para el ejercicio fiscal 2014, el proyecto “Atención Médica Ambulatoria” le fueron asignados seis mil 765 millones 302 mil 500 pesos, que representa el 30.3% del presupuesto total asignado al Programa Presupuestario (PP) “Salud y Asistencia Social”, que fue de 22 mil 296 millones 127 mil 700 pesos.

Presupuesto asignado al proyecto a evaluar en el ejercicio fiscal 2014



*Fuente: Elaboración propia, con información de Cuenta Pública del Gobierno, Organismos Auxiliares y Autónomos del Estado de México 2014



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Anexo 2. Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”.

No procede.

Como se citó en el Tomo III. Población potencial y objetivo, no se dispone una metodología que documente la cuantificación de las poblaciones referidas.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

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

No procede.

Como de citó en el Tomo III. Población potencial y objetivo, no se dispone de algún documento y/o procedimiento para registrar a los beneficiarios de los servicios médicos.



Anexo 4. Indicadores.

Nombre del Proyecto: Atención médica ambulatoria.

Dependencia/Entidad: Instituto de Salud del Estado de México.

Unidad Responsable: Secretaría de Salud del Estado de México.

Tipo de Evaluación: Diseño

Año de la Evaluación: 2014.

Nivel del objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Disponibilidad de medios por 1000 personas en la población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Propósito	Promedio de consulta por medico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos de consulta externa) *100	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Componente	Promedio de consulta por medico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos de consulta externa) *100	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Actividades	Promedio de consulta por medico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos de consulta externa) *100	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.



Anexo 5. Metas del proyecto

Nombre del Proyecto: Atención médica ambulatoria.

Dependencia/Entidad: Instituto de Salud del Estado de México.

Unidad Responsable: Secretaría de Salud del Estado de México.

Tipo de Evaluación: Diseño.

Año de la Evaluación: 2014.

Nivel	Indicador		Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desarrollo	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	MIR	Ficha técnica								
Fin	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta	-	-	-	No disponible	-	No disponible	-	No disponible	Ninguna
Propósito Componente Actividad	Promedio de consulta por médico por día	Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas	23.41	No	La unidad de medida no expresa la noción matemática con la que se expresa el resultado del indicador	Sí	-	Sí		Incluir la unidad de medida a la meta (promedio)

*Fuente: Elaboración propia, con información de la Ficha Técnica de Diseño y Seguimiento de Indicadores 2014.



Anexo 6. Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados.

Sugerencias:

Revisar y verificar la lógica horizontal y vertical de la MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”, atendiendo la metodología establecida en los “Lineamientos y reglas para la implementación del Presupuesto basado en Resultados”, así como lo expresado en la “Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados” y el Manual para el diseño y construcción de indicadores”, emitidos por el CONEVAL, con el fin de que las cualidades sintácticas y conceptuales de cada nivel sean adecuadas, y permitan evaluar los resultados y el seguimiento del proyecto.

Es importante comentar que las sugerencias realizadas están orientadas a que la MIR del proyecto contribuya a la MIR del programa presupuestario “Salud y Asistencia Social”.

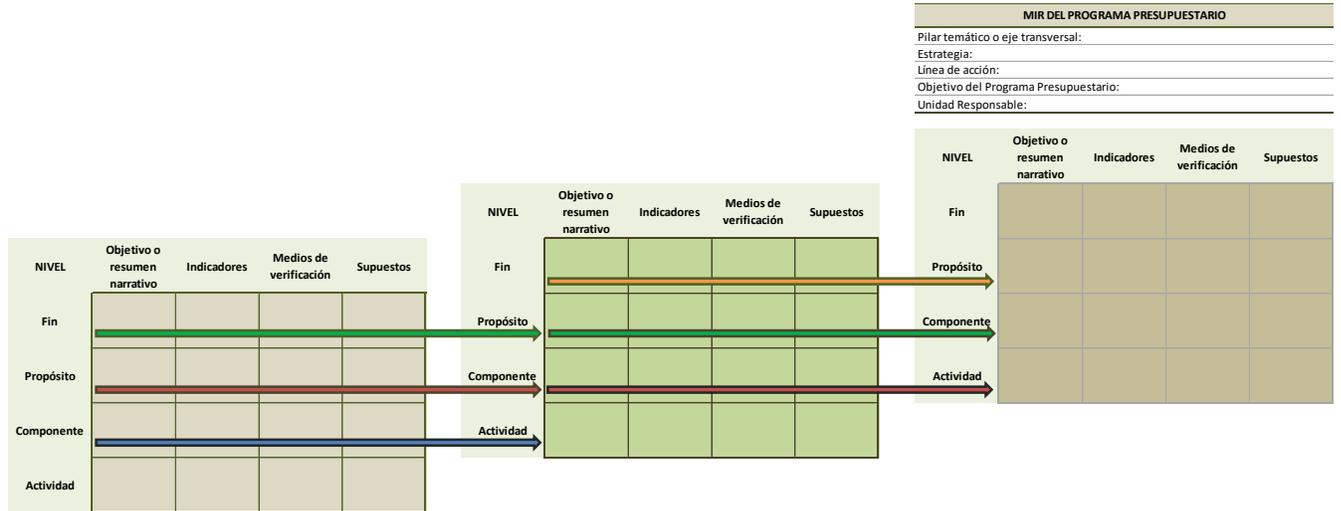
Lo anterior, en razón de que el Manual para la formulación del anteproyecto del presupuesto recomienda partir de los proyectos de la estructura programática para diseñar sus MIR y, posteriormente, con la información que se obtenga de los proyectos que constituyen el programa, elaborar la MIR del programa presupuestario, conservando los sus análisis basados en la MML de cada proyecto.

Asimismo, refiere que en la MIR de un programa presupuestario con alto nivel de transversalidad, cada componente puede representar un proyecto o programa institucional, y cada uno de ellos puede tener su MML y MIR completa; sin embargo, se señala que por tener menor complejidad el objetivo del nivel de Fin del proyecto se convierte en el Propósito de la MIR del programa presupuestario; los objetivos del Propósito son Componentes en el programa; y los objetivos del nivel Componente en Actividades, es decir, una “MIR en cascada”.

De manera gráfica:



MIR en cascada



*Fuente: Elaboración propia, con información del Manual para la formulación del anteproyecto de presupuesto 2014.

En el nivel Fin del proyecto se debe valorar si la descripción del resumen narrativo de la MIR del programa se conserva, ya que existen diferentes enfoques para un mismo programa, por ello se debe evitar establecer un Fin general dejando de lado las particularidades de visión y función institucional.

Derivado de lo anterior, la MIR de proyecto “Atención Médica Ambulatoria” debe contribuir al logro del objetivo del PP “Salud y Asistencia Social”, es decir, contribuir a la disminución de la pobreza en la población mexiquense, con énfasis en la atención a grupos en situación de vulnerabilidad, mediante el fortalecimiento del sistema estatal de salud pública a través del incremento en la cobertura, calidad, oportunidad y trato adecuado; promoviendo estilos de vida saludables en la población y brindando atención médica cuando así lo requieran.

No obstante lo anterior, los objetivos del proyecto únicamente aportan a un Componente de la MIR del programa presupuestario y el Fin se relaciona con uno más de los 24 que integran el nivel, como se muestra a continuación:



Vinculación de la MIR del proyecto o “Atención médica ambulatoria” con la MIR del PP “Salud y asistencia social”

MIR DEL PROYECTO “ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA”

NIVEL	Objetivo o resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a garantizar el acceso de los habitantes mediante el otorgamiento de la cobertura en la atención médica del primer nivel.	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en población abierta (Número de médicos/Atención abierta)	SINERHIAS	De fideicomiso en el número de médicos para ser en Servicios Social
Propósito	Las Unidades de primer nivel otorgan consulta Externa a los pacientes de los Estados Unidos.	Promedio de consultas por médico por día Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa * Días laborables	Sistema de información en Salud	Incremento en la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencia presupuestales.
Componente	Consulta Externa programada en el Primer Nivel de Atención.	Promedio de consultas por médico por día Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa * Días laborables	Sistema de información en Salud	Incremento en la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencia presupuestales.
Actividad	Consulta Externa en el Primer Nivel de atención otorgada conforme a la demanda de atención.	Promedio de consultas por médico por día Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa * Días laborables	Sistema de información en Salud	Incremento en la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencia presupuestales.

* Fuente: Elaboración propia, con información de la MIR del programa presupuestario “Salud y asistencia social” y la MIR del proyecto “Atención médica ambulatoria”

MIR DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO “SAUD Y ASISTENCIA SOCIAL”

NIVEL	Objetivo o resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin				
Propósito	1.10.1 Disponer con la infraestructura de consultorios suficientes en relación a la población de responsabilidad.	Consultorios de medicina general disponibles Total de consultas de medicina general en unidades médicas/ Población de responsabilidad * 1000	SIS Sistema de información en Salud.	Contar con disponibilidad suficiente de recursos humanos, materiales y financieros.
Componente	1.10.2 Mantener la eficiencia, calidad y validez de los servicios de atención ambulatoria mediante el otorgamiento de consulta externa y atención en unidades de salud y unidades móviles para preservar y restaurar el estado de salud de la población.	Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas Consultas generales otorgadas en unidades médicas/ Médicos generales en contacto con el paciente/ Días laborales	SIS Sistema de información en Salud. SINE RHAS Sistema de información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención en Salud.	Disminución en la demanda de Médicos Países en Servicio Social. Recorte presupuestal en el contrato de personal médico.
Actividad				





Al respecto, los dos Componentes de la MIR del PP que pertenecen a al proyecto “Atención Médica Ambulatoria” no tienen las cualidades sintácticas y conceptuales del resumen narrativo del nivel, ya que no expresa un bien o servicio producido o entregado por el programa a la población objetivo.

Por su parte, los resúmenes narrativos de la MIR del programa presupuestario no atienden las recomendaciones conceptuales de los niveles Propósito, Componente y Actividad.

A continuación se describen de manera general algunas inconsistencias detectadas en la MIR del programa presupuestario “Salud y Asistencia Social”, dado que, a pesar de no ser objeto de esta evaluación, es pertinente señalarlas debido a su vinculación con el proyecto presupuestario evaluado. Lo anterior, en virtud de armonizar ambas matrices:

- La MIR registró en sus elementos 22 resúmenes narrativos del nivel Propósito, 24 Componentes y 17 Actividades, que en primera instancia muestra que la elaboración no corresponde a la metodología de la “Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados”, CONEVAL, 2013.
- Asimismo, resultaría oportuno revisar los resúmenes narrativos, la consistencia de éstos con los indicadores, la construcción del indicador, medios de verificación y supuestos.

Lo anterior, a efecto de que la MIR del programa presupuestario atienda la MML y sea consistente con la de los proyectos que lo integran.



Anexo 7. Complementariedad y coincidencias entre programas y proyectos presupuestarios.

Nombre del Programa Presupuestario	Salud y asistencia social
Nombre del proyecto	Atención médica ambulatoria.
Dependencia/Unidad Ejecutora:	Instituto de Salud del Estado de México.
Unidad Responsable:	Secretaría de Salud
Tipo de Evaluación:	Diseño
Año de la Evaluación:	2014

Programa/ Proyecto	Dependencia	Propósito	Población Objetivo	Tipo de apoyo / servicio	Cobertura geográfica	Fuentes de información	Proyectos coincidentes	Programas coincidentes	Jus tificación
Sistema de Protección Social en Salud	ISEM	Generalizar el acceso a los servicios de salud a la población, mediante el aseguramiento de personas que no cuenten con seguridad social	Población abierta	Difusión y capacitación	Estado de México	ISEM	6	1	Estructura programática
Hospitalización	ISEM	Brindar atención hospitalaria, mediante el otorgamiento de servicios médicos y quirúrgicos a los pacientes que por su condición lo requieran y de esta manera coadyuvar a preservar o restaurar el estado de salud.	Población abierta	hospitalización general especializada	Estado de México	ISEM	1	1	Estructura programática
Atención médica prehospitalaria y servicio de urgencias	ISSEM yM	Promover la cultura de la prevención y autocuidado	Población derechohabiente	Mensajes	Estado de México	ISSEM yM	1	1	Estructura programática

*Fuente: Secretaría de Finanzas, Estructura Programática 2014



Anexo 8. Principales fortalezas, retos, y recomendaciones.

En el análisis realizado al Diseño del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” ejecutado por el ISEM, se pueden identificar las siguientes fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, vinculadas a la pregunta de evaluación y, en su caso, la sugerencia elaborada para tal efecto:

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y Oportunidad			
Justificación de la creación y del diseño del programa	Existe justificación teórica que argumenta la creación del proyecto.	3	
Contribución a los objetivos nacionales y a los sectoriales	Existen conceptos comunes y metas entre el objetivo del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” con el objetivo del PP “Salud y Asistencia Social”, ya que describen específicamente la condición que quieren alcanzar en materia de salud.	4	
	El propósito del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” está relacionado directamente con el Pilar 1 Gobierno Solidario, que tiene 4 objetivos por alcanzar	5	
	Existe vinculación directa con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	6	
Matriz de Indicadores para Resultados	Se identificó que los componentes son los bienes y servicios que deberán ser producidos o entregados por medio del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”.	11	
	El resumen narrativo del Fin describe de manera clara y específica la contribución del proyecto a un objetivo estratégico o superior a través de la suma de intervenciones por otros proyectos, instituciones o incluso otros órdenes de gobierno.	13	
	El nivel Actividad y Componente de la MIR se pueden identificar y vincular con las disposiciones normativo-administrativas que utiliza el ISEM para regular sus actividades	14	
	Los indicadores presentados en la MIR del proyecto establecen medios de verificación.	18	
Debilidad o Amenaza			
Justificación de la creación y del diseño del programa	No se precisa la población objetivo que será atendida.	1	Incorporar como parte del diagnóstico del problema, a la población potencial, objetivo y atendida, a efecto de precisar y contextualizar de mejor forma la situación o problemática que se busca revertir en ella.
	No se precisa ni se cuantifica la población potencial, objetiva y atendida.	2	En lo subsecuente, cuantifique la población potencial, objetivo y atendida, con la intención de caracterizar a la población que presenta la situación o necesidad por atender.
Población potencial y objetivo	Solo se expresa de forma general que la población (potencial) es aquella sin seguridad social, la cual no está cuantificada o con alguna metodología para determinarla.	7	Documente e implemente una metodología que determine la población potencial, objetivo y atendida por del ISEM, con el propósito de precisar su cuantificación, así como la situación o necesidad por atender
	No se dispone de información documental que dé cuenta de los apoyos del proyecto o de los beneficiarios del servicio.	8	
	No existe evidencia documental que cuantifique la población potencial, objetiva y atendida, y en consecuencia, no se recolecta información socioeconómica de la atención médica que se brinda (beneficiarios).	9	



Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Debilidad o Amenaza			
Población potencial y objetivo	Solo se expresa de forma general que la población (potencial) es aquella sin seguridad social, la cual no está cuantificada o con alguna metodología para determinarla.	7	Documente e implemente una metodología que determine la población potencial, objetivo y atendida por del ISEM, con el propósito de precisar su cuantificación, así como la situación o necesidad por atender
	No se dispone de información documental que dé cuenta de los apoyos del proyecto o de los beneficiarios del servicio.	8	
	No existe evidencia documental que cuantifique la población potencial, objetiva y atendida, y en consecuencia, no se recolecta información socioeconómica de la atención médica que se brinda (beneficiarios).	9	
Matriz de Indicadores para Resultados	No atiende algunas de las características que necesarias para presentar de forma sistemática y lógica sus relaciones de causalidad.	10	Rediseñe los elementos constitutivos de la MIR del proyecto "Atención Médica Ambulatoria", respecto a su lógica vertical
	Los niveles Actividad, Componente y Propósito presentan los mismos supuestos y refieren a un similar resumen narrativo, el Componente junto con los supuestos no alcanza el objetivo de nivel de jerarquía superior.	11	Replantear los supuestos de cada nivel para que correspondan a las situaciones que deben ocurrir para la sustentabilidad de los beneficios generados por el proyecto.
	En virtud de que le resumen narrativo del nivel no identifica el efecto obtenido en la población objetivo, no se puede verificar la consistencia de la lógica vertical.	12	Rediseñar la sintaxis del resumen narrativo del nivel Propósito de la MIR, a efecto de que se precise el cambio o consecuencia obtenida en la población objetivo como resultado de recibir, en este caso, la consulta médica externa.
	Para el Propósito si bien los supuestos son situaciones externas, la suficiencia presupuestal es un supuesto fatal, ya que si no se tiene el recurso no se puede llevar a cabo el proyecto.	12	Replantear el supuesto del nivel Propósito para que correspondan a las situaciones que deben ocurrir para la sustentabilidad de los beneficios generados por el proyecto a largo plazo, pero sin considerar la suficiencia presupuestal como un supuesto.
	Los indicadores de la MIR del proyecto presentan solo algunas de las características mínimas para el monitoreo de los programas, aunado a ello presentan duplicidad.	15	Rediseñe los indicadores que integran la MIR del proyecto, a efecto de evitar duplicidades entre los niveles que la integran, así como consistencia entre el nombre del indicador y el método de cálculo y que su construcción considere las características de la CREMA ⁸ que postula la MML.
	Las Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de los Indicadores 2014, atienden solo algunas de las características metodológicas.	16	Atienda a las recomendaciones metodológicas, a efecto de que los elementos que integran la Ficha Técnica contengan las cualidades conceptuales,
	El único indicador que se relaciona a una Ficha Técnica de Seguimiento de Indicadores 2014 es "Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas" y presentó una meta de 23.41.	17	Replantear la meta del indicador "Promedio diario de consultas por médico general en unidades médicas" mediante el fortalecimiento del proceso de planeación, programación y presupuestación, con el objeto de que el logro obtenido refleje las capacidades de la unidad ejecutora del ISEM.
Los resúmenes narrativos de los niveles Propósito, Componente y Actividad no cumplen con las cualidades conceptuales y sintácticas de cada nivel (como se mencionó en respuestas anteriores), no es posible identificar si los indicadores miden directa o indirectamente el objetivo del nivel	19	Una vez atendidas las repuestas a las preguntas 10, 11, 12 y 13, respecto a replanteamiento de los resúmenes narrativos, en su caso, vincule estos con los indicadores y los medios de verificación, a efecto de realizar el análisis de la lógica horizontal	

*Fuente: Elaboración propia, con información del ISEM.

⁸ La MML menciona que para la construcción de indicadores se deben de considerar las siguientes características **Claridad**: el indicador debe ser preciso e inequívoco, es decir, debe ser interpretado sin ambigüedades y del mismo modo por cualquier persona. **Relevancia**: el indicador debe reflejar una dimensión relevante del logro del objetivo. De nada sirve un buen indicador si lo que mide no es importante respecto al objetivo. **Economía**: la información necesaria para generar el indicador debe estar disponible a un costo razonable. **Monitoreable**: el indicador debe ser sujeto a una verificación independiente. **Adecuado**: el indicador debe medir lo que efectivamente se desea medir, es decir, debe cuantificar lo que cada nivel de objetivos plantea.



Anexo 9. Matriz de Indicadores para Resultados del proyecto 2013.

Nivel	Resumen narrativo	Indicador			Medios de Verificación	Supuestos
		Nombre	Método de Cálculo	Frecuencia		
Fin	Contribuir a garantizar estilos de vida saludables mediante el otorgamiento de la cobertura en la atención médica del primer nivel de atención.	Disponibilidad de médicos por 1000 personas en la población abierta	(Número de médicos/ Población abierta)	Semestral	SINERHIAS	Deficiencia en el número de Médicos pasantes en Servicio Social.
Propósito	Las Unidades de primer nivel otorgan Consulta Externa acordes a los Estándares Estatales.	Promedio de consulta médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) * días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud	Incremento de la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias presupuestales.
Componente	Consulta Externa proporcionada en el Primer Nivel de Atención.	Promedio de consulta médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) * días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud	Incremento de la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias presupuestales.
Actividad	Consulta Externa en el Primer Nivel de Atención otorgada conforme a la demanda de atención.	Promedio de consulta médico por día	(Número de consulta externa otorgada/ Número de médicos en consulta externa) * días laborables	Mensual	Sistema de Información en Salud	Incremento de la demanda de atención. La presencia de eventos epidemiológicos y contingencias. Suficiencias presupuestales.

*Fuente: Elaboración propia, con información del ISEM.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Anexo 10. Fuentes de Información.

Árbol de problemas y MIR del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” 2014.

Conferencia de Alma-Ata, “Estrategia de Salud para Todos en al año 2000”, Organización Mundial de la Salud, 1978.

Cuenta Pública del Gobierno, Organismos Auxiliares y Autónomos del Estado de México 2014.

Diagnóstico del proyecto “Atención Médica Ambulatoria” 2014, formato PbR-01a. Estructura Programática 2014, Secretaría de Finanzas.

Fichas Técnicas de Diseño y Seguimiento de los Indicadores 2014 del proyecto “Atención Médica Ambulatoria”.

Giovanella L, et al. (2008). Políticas y sistema de salud en Brasil. Río de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, Cap. 16.

Guía para la elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL, 2013.

Ley de Planeación del Estado de México y Municipios.

Lineamientos generales para la evaluación de los programas presupuestarios, Gobierno del Estado de México, 2013.

Lineamientos y reglas para la implementación del presupuesto basado en resultados, Gobierno del Estado de México, 2010.

Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.

Manual para el diseño y construcción de indicadores, CONEVAL, 2013.

Manual para la formulación del anteproyecto de presupuesto 2014.

Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2014, Gobierno del Estado de México.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017, Gobierno del Estado de México.

Programa Sectorial Gobierno Solidario, Gobierno del Estado de México.

Reglamento de Salud del Estado de México.

Términos de referencia para la evaluación en materia de diseño, CONEVAL 2013.

Catálogo de objetivos de programas presupuestarios y proyectos 2014.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Sitios de internet consultados:

Instituto de Salud del Estado de México, <http://salud.edomexico.gob.mx/html/>

Objetivos de Desarrollo del Milenio, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, información recuperada el 14 de enero de 2016 del sitio web <http://www.cepal.org/>

Organización Mundial de la Salud, información recuperada el 2 de febrero de 2016 del sitio web <http://www.who.int/es/>

Sistema Integral de Información en Salud, <http://plataforma.salud.gob.mx/SIS2/>

Sistema Nacional Información en Salud,
<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura
para la Atención de la Salud,
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sinerhias.html



Anexo 11. Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación.

Nombre de la instancia evaluadora:	Fondo de Fomento y Desarrollo de la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Autónoma del Estado de México FONDICT-UAEM)
Nombre del coordinador de la evaluación:	Lic. Andrés Teodoro Ramos González
Nombres de los principales colaboradores:	Ing. Mario García Alcántara L. en A.E. Silvana García Ramírez L. en C.P. y A.P. Anuar Garciasalgado Jaramillo L. en C. y F. José Ángel Pérez Miranda L. en E. Ricardo Daniel Gutiérrez López L. en C. Olga Lidia Ríos Hernández
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:	Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:	Lic. Jesús Ángel Duarte Téllez
Forma de contratación de la instancia evaluadora:	Convenio entre el FONDICT-UAEM Y EL ISEM
Costo total de la evaluación:	
Fuente de financiamiento:	Gasto corriente de recursos estatales



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

REFERENCIAS Y ACRÓNIMOS





Referencias y acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
CAMEM	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CET	Centro Estatal de Trasplantes
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DIFEM	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
FONDICT	Fondo de Fomento y Desarrollo de la Investigación Científica y Tecnológica.
GEM	Gobierno del Estado de México
Guía MIR CONEVAL	Guía para la Elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados del CONEVAL 2013.
IMIEM	Instituto Materno Infantil del Estado de México
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
LGS	Ley General de Salud
Lineamientos PbR	Lineamientos y reglas para la implementación del Presupuesto basado en Resultados
Lineamientos PP	Lineamientos generales para la evaluación de los programas presupuestarios del gobierno del Estado de México
Manual de Anteproyecto	Manual para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2014
Manual de Organización	Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Metodología de Marco Lógico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PbR	Presupuesto Basado en Resultados
PDEM	Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017
PP	Programa Presupuestario
Proyecto	Proyecto “Atención Médica Ambulatoria”
PSGS	Programa Sectorial Gobierno Solidario
Reglamento ISEM	Reglamento de Salud del Estado de México
Reglamento Salud	Reglamento de Salud del Estado de México
SES	Sistema Estatal de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIED	Sistema Integral de Evaluación del Desempeño
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud.
SIS	Sistema de Información en Salud
SSalud	Secretaría de Salud del Estado de México
UE	Unidades Ejecutoras
UIPPE	Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia