

## Anexo V. Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones

Nombre del Programa: Fortalecimiento a la Atención Médica

Ente público: Servicios de Salud de Chihuahua

Área responsable: Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica

Tipo de evaluación: Diseño

Ejercicio fiscal evaluado: 2017

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	
1.1 Nombre de la evaluación: Evaluación de diseño del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica 2017.	
1.2 Fecha de inicio de la evaluación (dd/mm/aaaa): 02 de julio de 2018	
1.3 Fecha de término de la evaluación (dd/mm/aaaa): 13 de septiembre de 2018	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Lic. Tania Prieto Cano	Unidad administrativa: Departamento de Evaluación de Servicios de Salud de Chihuahua
1.5 Objetivo general de la evaluación: Evaluar el diseño del Programa presupuestario "Fortalecimiento a la Atención Médica" operado por los Servicios de Salud de Chihuahua, determinando la pertinencia de su lógica de intervención y los instrumentos que emprenden para atender un problema público, con la finalidad de identificar si contienen los elementos necesarios que permitan prever de manera razonable el logro de sus metas y objetivos, a efecto de instrumentar mejoras y la generación de información que contribuya a su fortalecimiento, consolidación y mejora de su desempeño.	
1.6 Objetivos específicos de la evaluación:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar y valorar la justificación de la creación y diseño del programa</li> <li>2. Identificar y analizar la alineación y contribución del programa con la planeación estratégica</li> <li>3. Identificar la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad</li> <li>4. Identificar y analizar el padrón o registro de beneficiarios y mecanismos de atención y entrega de apoyos</li> <li>5. Analizar y valorar la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)</li> <li>6. Identificar y analizar la vinculación del presupuesto con el programa y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas</li> <li>7. Identificar posibles complementariedades o coincidencias con otros Programas de la Administración Pública Federal (APF) y/o Estatal.</li> <li>8. Identificar si el Programa en sus acciones considera la perspectiva de género y su atención a algún derecho humano.</li> </ol>	
1.7 Metodología utilizada en la evaluación: Términos de Referencia para la Evaluación en materia de diseño, emitidos por la Unidad Técnica de Evaluación, Coordinación PbR/SED de la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Chihuahua.	
Instrumentos de recolección de información:	
Cuestionarios__ Entrevistas__ Formatos__ Otros X Especifique: análisis de gabinete y reunión de trabajo con los responsables del Programa en los Servicios de Salud de Chihuahua.	
Descripción de las técnicas y modelos utilizados: se siguieron las disposiciones establecidas en los Términos de Referencia para la Evaluación en materia de diseño, emitidos por la Unidad Técnica de Evaluación, Coordinación PbR/SED de la Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado de Chihuahua.	

**2. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN**

## 2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

- La existencia del Programa se justifica porque busca resolver el problema de la falta de acceso a servicios de salud por parte de la población que reside en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades con alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica. También se justifica porque el Ente Público ejecutor cuenta con las facultades legales para atender dicho problema. Sin embargo, la definición del problema establecida en las ROP federales no es consistente con la descrita en el árbol de problemas elaborado por los SESCH. En este último, las causas son un parafraseo del problema y no se incluyen los efectos más importantes del problema. Por último, el Programa no cuenta con un documento que sustente la existencia del Programa con evidencia teórica o empírica.
- La visión y misión del Programa, establecidas en las ROP federales, con congruentes con la misión y visión de los SESCH, pues en ambas se busca brindar atención de salud a población vulnerable. El Programa está alineado de manera clara y sólida con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo, del Plan Estatal de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud de Chihuahua, así como con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, por la temporalidad del ciclo de programación y presupuestación, aún no se ha actualizado dicha vinculación y en el caso de los ODS la alineación aún no describe en algún documento de diseño del Programa. Tampoco se identificó un documento propio del Programa elaborado por los responsables en el Estado en el que se describan todos los elementos locales de su diseño, incluyendo la especificidad de los procesos. Por último, hay inconsistencias entre el resumen narrativo de la MIR del Programa en el Estado y las ROP federales.
- El Programa cuenta con definiciones de sus poblaciones potencial, objetivo y atendida en las ROP federales y en un documento oficial elaborado por los responsables del Programa en el Estado, así como criterios de focalización y un procedimiento general para seleccionar las localidades que recibirán los servicios. En este último documento también se presenta una cuantificación de las poblaciones en el Estado. Sin embargo, no se describe la metodología que se siguió para definir y cuantificar dichas poblaciones, existen inconsistencias entre las definiciones de las ROP federales, las presentadas por el Estado, y los criterios de focalización. Adicionalmente, la cuantificación local no corresponde con las cifras oficiales del INEGI y el CONEVAL, aunque se cita como fuente al primero. Por otra parte, aunque en las ROP federales se menciona un procedimiento general para seleccionar las rutas de las UMM, hay un margen de decisión amplio por parte del Estado, cuyos pasos y criterios no se identificaron en ningún documento de diseño del Programa. Por último, además de la solicitud directa de los servicios a las UMM, no se identificaron otras vías de solicitud de los servicios por parte de la población que podría requerirlos.
- Las ROP federales establecen que el Programa no deberá contar con un Padrón de beneficiarios por estar vinculado al Seguro Popular. En la práctica, no hay un Padrón ni se recolecta información socioeconómica de la población atendida. Adicionalmente, el Programa cuenta con un documento en el que se sistematiza información de las localidades cubiertas por las UMM. Sin embargo, no se cuenta con información socioeconómica ni sobre la evolución del estado de salud de la población atendida que, si bien no se solicita en las ROP, se considera indispensable en un programa cuyo propósito es mejorar la condición de salud de quienes atiende.
- El Programa cuenta con una MIR en la que, de manera general, no se cumple con la lógica vertical y horizontal. Ambas lógicas presentan algunas áreas de oportunidad. Específicamente, en la lógica vertical los componentes no reflejan todos los bienes y servicios que entrega el Programa a la población atendida ni son necesarios y suficientes para el logro del Propósito. Se considera que el Fin, al estar planteado como una contribución a disminuir la mortalidad en general, es muy lejano en términos causales, es decir, la contribución del Programa a dicho objetivo es muy limitada por sus capacidades y porque existen otros factores determinantes de la mortalidad en el Estado, por lo que se sugirió acotar a la mortalidad materna e infantil, como sucede en algunos programas similares al PFAM. El equipo evaluador considera que la contribución del Programa a este Fin es más directa y significativa, y es más viable comprobar dicha contribución en caso de requerirlo. En cuanto a la lógica horizontal, los indicadores son relevantes, económicos y adecuados, pero podrían ser más claros y se considera que no son monitoreables porque los medios de verificación se plantean como "SEED" (Fin y Propósito) y "SIS" (Componente y Actividad). Por lo tanto, no se puede determinar si la frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación y si los datos de las variables son medidos por el medio de verificación, que son dos de los tres aspectos que definen el carácter monitoreable de un indicador, además de

contar con línea base. Por último, dado que no se desagregan las siglas de los medios de verificación ni se dan detalles adicionales a estas, no es posible determinar que los medios sean oficiales o institucionales, el nombre no permite identificarlos, no es posible reproducir el cálculo y se desconoce si son públicos y accesibles a cualquier persona.

- El Programa se financia con recursos Federales de la Secretaría de Salud. Según la información reportada en el Cierre Anual de la MIR 2017 del Programa, el presupuesto aprobado en el ejercicio fiscal 2017 fue de 11,491,520 pesos mexicanos, el modificado de 12,649,136 y el gasto fue de 7,345,086, teniendo así una variación de 5,304,051 entre el modificado y el gasto, para el cual no existe una justificación explícita. Por otra parte, no hay consistencia entre los montos del presupuesto aprobado, modificado y ejercido reportados en los documentos oficiales del Programa, específicamente el Cierre de la MIR y del POA, el documento denominado "Transparencia, Rendición de Cuentas y Participación Social" y en la "Ficha informativa". No se puede determinar si el presupuesto asignado es consistente con las metas planteadas, pues no se cuenta con un costo promedio de los servicios que brinda el Programa. Por último, no se identificó alguna página de internet del Ente Público ejecutor con información accesible sobre el Programa.
- Si bien el Programa sigue el principio de universalidad en la prestación de los servicios médicos, no cuenta con perspectiva de género; no hay acciones diferenciadas para atender la desigualdad de género, además de reportar las poblaciones diferenciadas entre hombres y mujeres.

2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del programa, estrategia o instituciones.

#### 2.2.1 Fortalezas:

- El Programa se justifica por la existencia del problema público que busca resolver en el Estado: la falta de atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades con alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica.
- La dependencia cuenta con facultades legales para atender el problema.
- La misión y visión del Programa presupuestario, establecidas en las ROP federales, son congruentes con la misión y visión de los SESCH. En ambas se plantea el objetivo de brindar servicios de salud de calidad a la población, en particular a la población vulnerable.
- La vinculación del Programa con el PND, el PED y el Programa Sectorial de Salud es clara y está sólidamente establecida.
- El programa presupuestario FAM se encuentra vinculado con los Objetivos del Desarrollo Sostenible, aunque no de manera explícita en un documento.
- El Programa cuenta con definiciones y cuantificaciones de sus poblaciones en las ROP federales y en el documento "Focalización de la población PFAM 17", pero presentan algunas inconsistencias.
- El Programa cuenta con criterios de focalización y un procedimiento para elegir a las localidades que recibirán sus servicios, definido en las ROP federales.
- El Programa cuenta con un documento denominado "Anexo 6\_Población y localidades" en el cual se incluye información sobre las localidades de atención.
- Los procedimientos del programa FAM para otorgar los apoyos, bienes y/o servicios a los beneficiarios están descritos en las ROP federales, por lo que están estandarizados, tienen una estructura lógica, por lo que están sistematizados, son difundidos públicamente cuando se publican en el Diario Oficial de la Federación y están en un documento normativo del Programa.
- El Programa cuenta con una MIR, aunque con algunas áreas de oportunidad.
- La información a nivel federal de la operación y resultados del Programa es accesible y manejable a todo el público.
- Sigue el principio de universalidad en la prestación de servicios de salud.

#### 2.2.2 Oportunidades:

- Existe una tendencia mundial hacia la universalización de la cobertura de los sistemas de salud que considera intervenciones similares al PFAM, que cuentan con evidencia sobre su funcionamiento.
- El Programa está alineado a los ODS, aunque no de manera explícita.

- Existen tecnologías de la información y la comunicación que se pueden aprovechar para tener un registro de los beneficiarios, específicamente sobre información socioeconómica y de la evolución del estado de salud de los beneficiarios.
- Cuenta con dos programas federales y otros dos programas estatales que funcionan como complementarios.
- Existe una tendencia nacional y mundial hacia la inclusión de estas perspectivas en las intervenciones públicas, así como información para hacerlo.

#### 2.2.3 y 2.2.4 Debilidades y amenazas:

- La definición del problema público no es consistente entre las ROP del Gobierno Federal y el árbol de problemas elaborado por los SESCH. Adicionalmente, en este último no se mencionan las características que definen la población que padece el problema.
- En el árbol de problemas, las causas no lo son realmente, en realidad son maneras de parafrasear el problema público, por lo que no se reflejan las razones por las que existe dicho problema. Tampoco se incluyen los efectos más importantes del problema, los cuales no deben estar necesariamente relacionados con temas de la salud.
- El Programa no cuenta con un documento que presente evidencia teórica o empírica que sustente la intervención, ni el tipo de atención que brinda.
- La vinculación del Programa con el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud está desactualizada.
- No existe ningún documento en el cual se mencione la alineación del Programa con los ODS.
- El programa FAM no cuenta con algún documento elaborado por los SESCH en el que se expliquen los procesos específicos del Estado para operarlo. Adicionalmente, hay inconsistencias entre el resumen narrativo de la MIR y los contenidos de las ROP.
- No se identificó un documento formal con la metodología para definir y cuantificar a las poblaciones del Programa, aunque sí se definen y cuantifican en el documento "Focalización de la población PFAM 17".
- Existen inconsistencias entre las definiciones de las poblaciones de las ROP federales y del documento "Focalización de la población PFAM 17", elaborado por los SESCH.
- Las cuantificaciones del Estado presentadas en el documento "Focalización de la población PFAM 17" no corresponden con las cifras oficiales publicadas por el INEGI y el CONEVAL, aunque se cita como fuente al INEGI.
- Si bien la normatividad no lo exige, el Programa no recolecta información socioeconómica de los solicitantes de los servicios, lo que tiene distintos beneficios, particularmente permite priorizar los servicios en un contexto de recursos escasos.
- No hay consistencia en las ROP federales entre las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo, y los criterios de focalización.
- El procedimiento que se sigue en el Estado para seleccionar las rutas de atención de las UMM no es del todo claro.
- Los documentos de diseño del Programa no especifican las vías o mecanismos por los cuales la población que requiere los servicios puede solicitarlos al Programa.
- se cuenta con información socioeconómica y de la evolución del estado de salud de los beneficiarios que, si bien no lo solicitan en las ROP, resulta necesario tener dicha información para el buen funcionamiento del Programa.
- La Matriz de indicadores para Resultados presenta algunas áreas de mejora en sus lógicas vertical y horizontal.
- La información del Programa sobre el presupuesto aprobado, modificado y ejercido en 2017 reportada en el cierre de la MIR y del POA, en el documento "Transparencia, Rendición de Cuentas y Participación Social" y en la "Ficha informativa" no es consistente.
- No es posible afirmar que el presupuesto asignado al Programa es o no congruente con las metas, pues no existe un costo promedio de los servicios que brinda el Programa.
- No se identificó una página del ente público ejecutor con información accesible sobre el Programa.
- El Programa no cuenta con una perspectiva de género de manera explícita.

#### 2.2.4 Amenazas:

- No se identificaron elementos del entorno que puedan afectar los distintos temas analizados.

### 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

#### 3.1 Conclusiones

En el presente informe se presentaron los resultados de la evaluación en materia de diseño del Programa FAM en el Estado de Chihuahua para el ejercicio fiscal 2017. El equipo evaluador considera que el Programa es pertinente y se justifica por el problema público que busca atender, el cual refleja la vulneración al derecho a la salud de población que reside en localidades aisladas y marginadas. Sin embargo, como ya se mencionó a lo largo de la evaluación, el diseño del Programa presenta algunas áreas de oportunidad que si se resuelven podrían contribuir a obtener mejores resultados. En esta conclusión, se destacan las recomendaciones que el equipo evaluador considera más importantes por su relevancia y su potencial contribución a un mejor desempeño del Programa.

En primer lugar, es importante que el Programa cuente con un documento de diseño elaborado por los responsables de su operación en el Estado, en el que se incluyan todos los elementos que faltantes, de los cuales es clave contar con una metodología detallada y clara para definir y cuantificar las poblaciones potencial, objetivo y atendida, con base en los datos oficiales publicados por el INEGI y el CONEVAL. Adicionalmente, también se considera importante contar con diagnósticos epidemiológicos y de salud de las distintas zonas geográficas del Estado, como se señala en las ROP federales, que sirvan como insumo para identificar comunidades con mayores vulnerabilidades y orientar mayores esfuerzos hacia dichas poblaciones. Para evitar excluir a poblaciones que enfrenen barreras para acudir incluso a las UMM, es importante combinar el principio de universalidad con una búsqueda activa de dichos grupos de población, como personas con discapacidad, mujeres embarazadas o adultas mayores, para llevarles la atención y no únicamente esperar a que se acerquen a las UMM.

En segundo lugar, si bien las ROP federales mencionan que el Programa no debe contar con Padrón de beneficiarios, el equipo evaluador considera que un mecanismo de seguimiento a la población atendida y particularmente a las condiciones de salud es fundamental en un Programa cuyo propósito es mejorar dichas condiciones. De lo contrario, el Programa estaría basado en una lógica de gestión, de entrega de bienes y servicios, y no de resultados, pues no habría forma de saber qué efectos se está logrando en la población atendida derivado de brindarles atención en salud. No es posible determinar si se están resolviendo los problemas de salud de las comunidades, si efectivamente mejora su condición de salud, si se están reduciendo las cargas de los niveles superiores del sistema de salud, entre otros elementos que busca el Programa.

Tercero y último, es clave tener en cuenta que el Programa nació como una manera de brindar Atención Primaria en Salud a poblaciones vulnerables, basada en los principios de la Declaración de Alma Ata y, por lo tanto, orientada a lograr que el nivel de salud de las personas les permita "llevar una vida social y económicamente productiva" y no únicamente orientada a garantizar la ausencia de enfermedad. Esto significa que una estrategia de APS no debe centrarse únicamente o de manera preponderante en brindar atención curativa que resuelva un problema de salud de una persona en un momento determinado, sino que debería tener un componente importante de promoción y prevención de la salud, con la participación de las comunidades. En el caso del PFAM en el Estado, no es claro que esto último sea una prioridad, al menos no se ve reflejado en los documentos de diseño del Programa. Al contrario, con base en la evaluación realizada, pareciera que los esfuerzos se centran en brindar consultas individuales y se desdibuja el enfoque comunitario de prevención y promoción de la salud.

#### 3.2. Describir las recomendaciones de acuerdo con su relevancia:

- Se sugiere definir el problema público como "La población residente de las localidades con bajo IDH, alto nivel de marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica, carecen de acceso a los servicios de salud integrales y de calidad".
- Se sugiere definir las causas y efectos más importantes del problema público, no necesariamente relacionados con el ámbito de la salud.
- Se sugiere revisar documentos teóricos y evidencia de evaluaciones que demuestren o den indicios de que el tipo de intervención tiene efectos en la resolución del problema público que le interesa a los SESCH en el marco de este Programa. También se sugiere revisar experiencias internacionales, como, por ejemplo, la "Unidad Móvil de Salud" de Colombia.
- Se sugiere elaborar un documento que explique la operación específica del Programa en el Estado y homologar los documentos de diseño del Programa para que no presenten las inconsistencias señaladas.
- Se sugiere que los SESCH tengan un documento oficial de diseño del Programa en el que explique con mayor detalle la manera en que se usan los criterios de focalización y se siguen los procedimientos para seleccionar las rutas estatales de las UMM.

- Se sugiere elaborar un documento en el que se explique de manera detallada la metodología para definir y cuantificar a las poblaciones, en el cual se corrijan y actualicen los datos, y se consideren todas las características que deben tener las poblaciones según las ROP. Derivado de lo anterior, es muy probable que sí exista una diferencia, y que esta sea importante, entre la población objetivo y la población potencial, lo que implica un reto para el Programa, pues tendrá que analizar si cuenta con las capacidades para cubrir a toda la población potencial o, de no tenerlas, se deberá hacer una proyección y diseñar una estrategia de cobertura a mediano y largo plazo de dicha población.
- Elaborar diagnósticos epidemiológicos de las comunidades en las que interviene el Programa con el fin de identificar posibles poblaciones con mayores grados de vulnerabilidad y priorizar la atención sobre dichos grupos. También se sugiere aprovechar las tecnologías de la información y la comunicación para automatizar el registro de solicitudes individuales, como se ha intentado en el Programa Territorios Saludables en Bogotá.
- El equipo evaluador considera importante que el Programa tenga un registro de las personas que atiende, en particular para poder dar seguimiento al estado de salud y a la resolución de los problemas de salud de las personas que residen en las localidades que se cubren, lo que constituye un aspecto clave en las intervenciones de Atención Primaria de Salud. Para ello, también se sugiere aprovechar las tecnologías de la información y la comunicación.
- Se sugiere analizar la pertinencia de que el Programa, más allá de la atención universal que brinda en las comunidades en las que tiene presencia, cuente con acciones específicas para identificar y acercar los servicios de salud del Programa a grupos particularmente vulnerables como las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años que habitan en dichas localidades, con el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil y, de esta manera, contribuir a cerrar las brechas de salud entre estos grupos de población y aquellos que no tienen dificultades para acceder a servicios de salud, alineándose así al objetivo general del Programa, al PND y a los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que tienen entre sus prioridades este tipo de mortalidad. La contribución del Programa a estos dos tipos de mortalidad sí puede ser más directa y significativa que a la mortalidad en general.
- Según los Lineamientos Generales de la Administración Pública Estatal para Regular los Procesos de Planeación, Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2018, los Pp deben contener en su definición del problema y en su resumen narrativo perspectiva de género, esto con la finalidad de darle prioridad a grupos vulnerables.
- Actualizar la alineación del Programa con el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2017-2021.
- Se sugiere incluir esta alineación con los ODS de manera explícita en los documentos oficiales del Programa y describir en los informes del Programa de qué manera se está contribuyendo a dichos objetivos.
- Aunque en las ROP federales exista esta inconsistencia, se sugiere que el Estado homologue sus definiciones de las poblaciones potencial y objetivo con los criterios de focalización de las rutas, en un documento de diagnóstico y diseño del Programa estatal.
- Definir y publicar las vías de acceso o mecanismos por los cuales la población que requiere atención del Programa puede solicitarla.
- Se sugiere rediseñar la MIR con base en las áreas de oportunidad señaladas en la respuesta a la pregunta 26 y las sugerencias emitidas en la respuesta a la pregunta 27.
- El fin podría estar definido como una contribución a reducir las brechas de salud entre los grupos que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud y los que no las tienen, y no únicamente como la reducción de la mortalidad. Al establecer el fin como la reducción de brechas en los indicadores de mortalidad materna e infantil, se podría dar seguimiento no solo a la variación de estos fenómenos de manera general, sino entre grupos de población, atendiendo así a uno de los objetivos globales en el ámbito de salud: reducir las desigualdades entre grupos de población, dentro de cada país.
- Homologar la información sobre el presupuesto del Programa en los distintos documentos de diseño y seguimiento.
- Determinar el costo promedio de cada uno de los servicios brindados por el Programa, considerando que deben tener ciertas características deseadas por los responsables del Programa.

- Crear y publicar una página específica sobre el Programa con información accesible y con un lenguaje sencillo, claro y directo, entendible para la ciudadanía.

#### 4. DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA

4.1 Nombre del coordinador de la evaluación: Mtro. Santiago Munévar Salazar y Mtro. Gerardo Sánchez Romero.

4.2 Cargo: coordinadores de la evaluación.

4.3 Institución a la que pertenece: Mutua Investigación e Innovación Social S.C.

4.4 Principales colaboradores: Lic. David Rojas

4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación: gsanchez@mutuamx.org

4.6 Teléfono (con clave lada): (+52) 55 47834012

#### 5. IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) PROGRAMA(S)

5.1 Nombre del (los) programa(s) evaluado(s): Programa Fortalecimiento a la Atención Médica 2017

5.2 Siglas: PFAM

5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s): Servicios de Salud de Chihuahua

5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) programa(s): Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua

Poder Ejecutivo  Poder Legislativo \_\_\_ Poder Judicial \_\_\_ Ente Autónomo \_\_\_

5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s):

Federal \_\_\_ Estatal  Local \_\_\_

5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) programa(s): Dr. Alejandro Chávez Arévalo, Director de Atención Médica de los Servicios de Salud de Chihuahua.

5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s): Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica

5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):

Nombre: Lic. Ramcés Enrique Pérez Izaguirre  
Correo electrónico: ramcesperez@hotmail.com  
Teléfono: 614 4293300 Ext. 21796

Unidad administrativa: Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica

#### 6. DATOS DE CONTRATACIÓN DE LA EVALUACIÓN

6.1 Tipo de contratación:

6.1.1 Adjudicación Directa  6.1.2 Invitación a tres \_\_\_ 6.1.3 Licitación Pública Nacional \_\_\_

6.1.4 Licitación Pública Internacional \_\_\_ 6.1.5 Otro: (Señalar) \_\_\_

6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Dirección de Atención Médica de Servicios de Salud de Chihuahua.

6.3 Costo total de la evaluación: \$185,600.00 (CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL, SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) INCLUYE I.V.A
--

6.4 Fuente de Financiamiento: Cuotas de recuperación y/o aportación estatal.
--

<b>7. DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>
-------------------------------------

7.1 Difusión en internet del informe final de la evaluación: <a href="http://www.chihuahua.gob.mx/info/evaluacion">http://www.chihuahua.gob.mx/info/evaluacion</a>
--

7.2 Difusión en internet del presente formato: <a href="http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/lfiscal/">http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/lfiscal/</a>
--