

Evaluación en Materia de Diseño

Programa Presupuestario Fortalecimiento a la Atención Médica 2017

Elaborado por Mutua
Investigación e Innovación
Social S.C.

13/09/2018

mutuamx.org / [@mutuamx](https://twitter.com/mutuamx)



Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO



Índice de contenido

Lista de Acrónimos	4
Resumen ejecutivo	5
Objetivo general y específicos de la evaluación	8
Esquema metodológico	9
I. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA	9
II. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	12
III. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	17
IV. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD	22
V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN	29
VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	33
VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS	48
VIII. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	55
Avances del Programa presupuestario o Fondo en el ejercicio actual	57
Calidad y suficiencia de la información disponible para la evaluación	58
Hallazgos por tema metodológico	59
Análisis FODA	61
Conclusión general	64
Confidencialidad de la Información	65
Anexos	66
Anexo I. Indicadores	66
Anexo II. Metas	68
Anexo III. Valoración Final del Diseño del Programa	70
Anexo IV. Congruencia de Gasto-Componentes	72
Anexo V. Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones	73
Anexo VI. Aspectos Susceptibles de Mejora y Recomendaciones	81

Lista de Acrónimos

Acrónimo	Significado
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
FAM	Fortalecimiento a la Atención Médica
GPR	Gestión para Resultados
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
PSR	Programa de Salud Rural
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PCR	Programa Comunitario Rural
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
SS	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua
SESCH	Servicios de Salud de Chihuahua
SSF	Secretaría de Salud Federal
ROP	Reglas de Operación
UMM	Unidades Médicas Móviles

Resumen ejecutivo

Desde la década de 1970, el Gobierno Federal ha diseñado e implementado acciones para llevar servicios de salud a comunidades aisladas y marginadas mediante equipos de salud itinerantes. En el año 2007 se creó el Programa Caravanas de la Salud, integrando dichas acciones, el cual cambió su nombre en 2015 por Unidades Médicas Móviles (UMM), y en 2016 se fusionó este programa con el de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud, denominándose Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM). A nivel Federal es un programa de modalidad S, Sujeto a Reglas de Operación y su clave es S200. La instancia normativa del Programa es la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos de las entidades federativas son los ejecutores, mediante los Servicios Estatales de Salud (SES), con base en convenios firmados entre ambos órdenes de gobierno.¹ En este documento se presenta la evaluación de diseño del Programa FAM en el Estado de Chihuahua para el ejercicio fiscal 2017.

La existencia del Programa se justifica porque busca resolver 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 de éste. 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, son 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 se describe en algún documento de diseño del Programa. Tampoco se identificó un documento propio del Programa elaborado por los responsables en el Estado, además de los formatos solicitados por la Secretaría de Hacienda,² en el que se describan todos los elementos de su diseño a nivel local, 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.

¹ Secretaría de Salud Federal, *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*, Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2016, pp. 5, 6, 22, 24.

² Entre los formatos solicitados están la Matriz de Marco Lógico, Árbol del Problemas, Focalización de la Población y Árbol de Objetivos. Sin embargo, en ninguno de ellos se describe los procedimientos específicos que se siguen en el Estado para implementar el Programa.

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 no se cumple con la lógica vertical y horizontal, pues ambas lógicas presentan 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 pesos mexicanos 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 información accesible sobre el Programa en alguna página de internet del Ente Público ejecutor.

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. A pesar de las áreas de oportunidad señaladas en la evaluación, el equipo evaluador considera que es un Programa pertinente y necesario, pues el problema público que busca atender es prioritario para los tres órdenes de Gobierno, lo que se refleja en los documentos de planeación, e incluso para la comunidad internacional del desarrollo, pues brindar cobertura sanitaria universal sigue siendo uno de los objetivos de desarrollo internacionales.

Objetivo general y específicos de la evaluación

Objetivo General

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.

Objetivos Específicos

- I. Analizar y valorar la justificación de la creación y diseño del programa
- II. Identificar y analizar la alineación y contribución del programa con la planeación estratégica
- III. Identificar la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad
- IV. Identificar y analizar el padrón o registro de beneficiarios y mecanismos de atención y entrega de apoyos
- V. Analizar y valorar la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)
- VI. Identificar y analizar la vinculación del presupuesto con el programa y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas
- VII. Identificar posibles complementariedades o coincidencias con otros Programas de la Administración Pública Federal (APF) y/o Estatal.
- VIII. Identificar si el Programa en sus acciones considera la perspectiva de género y su atención a algún derecho humano.

Esquema metodológico

I. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Desde la década de 1970, el Gobierno Federal ha diseñado e implementado acciones para llevar servicios de salud a comunidades aisladas y marginadas mediante equipos de salud itinerantes. En el año 2007 se creó el Programa Caravanas de la Salud, integrando dichas acciones, el cual cambió su nombre en 2015 por Unidades Médicas Móviles (UMM) y en 2016 se fusionó este programa con el de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud, denominándose Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM). A nivel Federal es un programa de modalidad S, Sujeto a Reglas de Operación y su clave es S200. La instancia normativa del Programa es la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos de las entidades federativas son los ejecutores, mediante los Servicios Estatales de Salud (SES), con base en convenios firmados entre ambos órdenes de gobierno.³

En la estructura programática del Estado de Chihuahua de 2017, el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica tiene la clave 5232817/E10201, es coordinado por Servicios de Salud de Chihuahua y se financió únicamente con recursos federales provenientes de la Secretaría de Salud (SS).⁴ El Programa cuenta con Reglas de Operación (ROP) federales, pero no tiene algún documento equivalente a nivel Estatal en el que se describa el diseño y se expliquen los procedimientos que se siguen en el Estado para operar el Programa.

Los Servicios de Salud de Chihuahua tiene la misión siguiente: “Servicios de Salud de Chihuahua es una Institución creada para garantizar la salud de la población proporcionando servicios médicos y de salud pública con calidad, oportunidad, trato digno y la aplicación eficiente y equitativa de los recursos, cumpliendo con la normatividad vigente con un alto grado de coordinación interinstitucional, para preservar y elevar la calidad de vida de los habitantes del estado”. Su visión es: “Ser una Institución de Salud Pública reconocida internacionalmente teniendo los niveles más altos de salud en los habitantes del estado, contando con un personal comprometido con la capacitación y la actualización constante, la innovación en la aplicación de los procesos, la optimización de los recursos y la cooperación interinstitucional, poniendo especial atención a los grupos vulnerables y buscando ser un modelo para otras instituciones de salud en el país y en el mundo”.⁵

Según la información de la MIR y el Reporte de alineaciones, el programa presupuestario FAM se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en el eje 2 “México Incluyente”, específicamente con el objetivo “2.3. Asegurar el acceso a servicios de salud”, con la estrategia “2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad” y con la línea de acción “Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición”. Además de lo mencionado en la MIR, el equipo evaluador identificó un vínculo del Programa con las estrategias siguientes del mismo objetivo: “2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, “2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y “2.3.4 Garantizar el acceso

³ Secretaría de Salud Federal, *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*, Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2016, pp. 5, 6, 22, 24.

⁴ Gobierno del Estado de Chihuahua, “Programa Operativo Anual 2017. Servicios de Salud de Chihuahua. 5232817 / E10201 Fortalecimiento a la Atención Médica 2017 / Salud”, Chihuahua, p.1.

⁵ Servicios de salud de Chihuahua. Misión y visión, Chihuahua, Coordinación de presupuesto basado en Resultados y Sistema de Evaluación de Desempeño, 2017.

efectivo a servicios de salud de calidad”, pues el Programa se plantea como una intervención que busca incrementar la cobertura en zonas aisladas, contribuyendo así a la universalidad (estrategia 2.3.1.), tiene un enfoque orientado a la promoción y prevención de la salud (estrategia 2.3.2.) y busca que la atención sea de calidad, contribuyendo al acceso efectivo (estrategia 2.3.4.).⁶

En segundo lugar, el programa presupuestario está vinculado con el Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 (PED), específicamente con el eje “Desarrollo humano y calidad de vida” en donde establece como objetivo 3 “Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención mediante la construcción de infraestructura y esquemas novedosos de atención médica”, como estrategia 3.3 “Impulsar la cobertura médica de primer nivel de atención en las áreas rurales mediante Unidades de Atención Móviles” y como línea de acción “Impulsar los Programas de Caravanas de la Salud para la atención médica en las comunidades rurales del Estado de Chihuahua en conjunto con la Federación”. En tercer lugar, se alinea con el Programa Sectorial de Salud 2011-2016 en donde se establece como objetivo “Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención mediante la construcción de infraestructura y esquemas novedosos de atención médica”, como estrategia “Impulsar la cobertura médica de primer nivel de atención en las áreas rurales y urbanas mediante Unidades de Atención Móviles”, y como línea de acción “Impulsar los Programas de Caravanas de la Salud para la atención médica en las comunidades rurales del Estado de Chihuahua en conjunto con la Federación”.

En las ROP federales, la población potencial se define como “número de personas que carecen de acceso a servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes”. Según el documento “Focalización de la población PFAM 17”, elaborado por los SESCH, la población potencial es aquella que tiene “dificultades para acceso a la atención médica” que cuantifican en 64,989 personas. En cuanto a la población objetivo, las ROP federales la definen como “las personas de las localidades subsede y de LAI de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico”. En el mismo documento de los SESCH se menciona que el Programa cubre a la totalidad de la población potencial, por lo que la objetivo es la misma que la potencial.

En cuanto a los bienes y servicios, el Programa otorga 162 intervenciones consideradas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) por medio de las visitas de las Unidades Médicas Móviles (UMM) a las localidades de las Rutas definidas. En las ROP federales se especifica que el otorgamiento de las intervenciones de salud estará determinado por la Capacidad Resolutiva de las UMM y que habrá de buscarse, mediante la referencia a otros niveles de atención, el acceso al total de las intervenciones del CAUSES”.⁷ Se consideran intervenciones en los siguientes conglomerados del CAUSES: de Salud Pública; de atención de medicina general/familiar y especialidad; de Odontología; de Urgencias, y de Cirugía General. Adicionalmente, el Programa ofrece un servicio de Telemedicina en las UMM de nivel 4, así como servicios de canalización y transporte para personas que requieren servicios de niveles superiores.

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 mexicanos⁸, el modificado de 12,649,136 y el gasto fue

⁶ Secretaría de Gobernación. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Ciudad de México, Gobierno de la República, Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo del 2016, p.117.

⁷ Por capacidad resolutiva se entiende “el grado en el que la capacidad instalada de un establecimiento de salud en cuanto a infraestructura, equipo, insumos y recursos humanos competentes puede resolver de manera integral, oportuna, efectiva y segura las demandas de un problema de salud”. Secretaría de Salud Federal, *Op. Cit.*, p.7.

⁸ Gobierno del Estado de Chihuahua, *Matriz de Indicadores para Resultados del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica 2017*, Chihuahua, 31 de enero de 2016.

de 7,345,086, teniendo así una variación de 5,304,051 entre el modificado y el gasto. No se incluye una justificación específica que explique esta diferencia, aunque se menciona que, por un cambio en los sistemas de información de salud, la información reportada en el cierre corresponde a los datos hasta el tercer semestre y una proyección del cuarto con base en los anteriores, aunque no se especifica que esto aplique también para el presupuesto. De ser así, no se entiende por qué la proyección del gasto es tan baja.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

1. ¿El problema o necesidad prioritaria que busca atender el Programa presupuestario se encuentra identificado en un documento formal que presenta las siguientes características?

- a) **Se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.**
- b) **Se cuenta con información que sustente la existencia del problema.**
- c) **Se especifica su área de enfoque o población potencial y la ubicación de dónde se presenta.**
- d) **Se especifica su relevancia o prioridad para su atención.**

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	El problema o necesidad que se busca atender se encuentra identificado en un documento formal y cuenta con tres de las características establecidas.

Justificación:

En el árbol de problemas elaborado por los SESCH se define el problema público de la siguiente manera: “existe población responsabilidad de SSCH sin atención médica oportuna”. Por otra parte, en las reglas de operación federales, aunque no se presenta como definición del problema público, se infiere que es: “la falta de acceso a la atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades con alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica”. Además, se menciona que el Programa atiende a “población vulnerable, en riesgo o afectada por fenómenos naturales o antropogénicos”.⁹

(a) Por lo tanto, el Programa sí define el problema como una situación negativa: 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. Sin embargo, ambas definiciones no están homologadas, pues en el problema focal del árbol de problemas se agrega la característica de “oportuna” a la atención médica.

(c) En cuanto a la población que presenta el problema, existe un documento anexo llamado “Focalización de la población PFAM 17” en el que no se mencionan las características que deben tener los beneficiados, sino que sólo mencionan a la población objetivo como “Beneficiarios del programa”. Por otro lado, en las ROP federales se define como aquella que vive en localidades con bajo IDH o altos niveles de marginación y, que además tenga las características ya mencionadas. En el árbol de problemas de los SESCH únicamente se menciona que hay población que padece el problema, pero no se especifican sus características ni su ubicación territorial. Sin embargo, no se identificó algún diagnóstico o documento que definiera una metodología para identificar y cuantificar a dichas poblaciones.

(b) Si bien no existe un documento estatal de diagnóstico del problema público, el Programa cuenta con información que sustenta su existencia, específicamente sobre la falta de acceso a atención de salud en las localidades con bajo IDH o altos niveles de marginación. Adicionalmente, como se menciona en las ROP federales, algo que justifica el programa es que “resulta muy complejo por la inversión requerida, así como

⁹ Secretaría de Salud Federal, *Op. Cit.*, p.6.

el bajo número de habitantes, la instalación en el corto plazo, de establecimientos de salud fijos en dichas zonas”.

(d) La información mencionada en el párrafo anterior también justifica la relevancia e importancia de contar con un Programa como el PFAM en el Estado, pues el problema público es real y se relaciona con un derecho humano fundamental, la salud.

Según el enfoque de la Gestión para Resultados (GPR), un problema público no debería definirse como la falta de un servicio, sino como una situación negativa relacionada con las condiciones de vida de una población con ciertas características en un territorio específico, como altos índices de morbilidad y mortalidad en las localidades con bajo IDH. Sin embargo, dado que este Programa es únicamente uno de los componentes del Gobierno del Estado que contribuye a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, no sería adecuado que el problema focal del Programa fueran los altos índices de morbilidad y mortalidad porque dicho problema se convierte en el propósito central del Programa, por el cual sería responsable. Por lo tanto, el equipo evaluador considera que el propósito puede estar planteado en términos de entrega de bienes y servicios, pero, al menos, con ciertos estándares de calidad e integralidad.

2. ¿Se cuenta con un análisis descriptivo o gráfico del problema que atiende el Programa presupuestario en el cual se consideren las causas y efectos y su relación lógica?

Tipo de Pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

El Programa FAM cuenta con un árbol de problemas, el cual fue elaborado por el área de planeación y evaluación de los SESCH y se usa para cumplir con la normatividad de programación y presupuestación del gobierno del Estado de Chihuahua, pero, de acuerdo con la entrevista realizada, el personal desconoce dicho árbol, por lo que no se usa para que los responsables del Programa entiendan las características del problema público que están buscando resolver, sus causas y efectos. El árbol presenta algunas áreas de oportunidad, que se describen a continuación.

En primer lugar, el problema focal es “Existe población responsabilidad de SSCH sin atención médica oportuna”. Como se mencionó anteriormente, hace falta especificar las características y la ubicación territorial de la población que padece el problema focal, conforme a la normatividad del Programa.

En cuanto a las causas, en el árbol se incluyen dos: “Atenciones integrales de salud insuficiente” y “consultas médicas y atenciones no médicas insuficientes.” En realidad, éstas no son causas del problema focal, sino que son maneras de parafrasearlo. En esta parte del árbol de problemas se deberían reflejar las causas por las cuales los grupos de población de interés del Programa no tienen acceso a atención médica, como, por ejemplo: a) disponibilidad reducida de servicios de salud en algunas comunidades, lo que se puede explicar en parte por la dispersión poblacional en las localidades, b) problemas de salud como discapacidades, condiciones del embarazo o edad avanzada que impiden traslados de ciertos grupos de población a las unidades de salud, y c) ciertos grupos de población desconocen su derecho a recibir servicios médicos en las unidades de salud más cercanas. Para cada una de estas causas directas del problema focal se tendrían que desarrollar subcausas que expliquen su existencia.

En cuanto a los efectos, el árbol incluye los siguientes, en orden de causalidad: “Complicaciones en el estado de salud de las personas”, “Incremento de la mortalidad materna” e “Incremento de la mortalidad en el Estado de Chihuahua”. Si bien estos efectos son correctos, habría que identificar otros efectos que tiene el problema focal, no necesariamente relacionados con el ámbito de la salud, por ejemplo, habría que reflejar: a) la inasistencia laboral y escolar derivada de mayores complicaciones en el estado de salud de las personas, b) consecuencias como el incremento de gastos catastróficos en salud, y c) el aumento de los costos para el Estado de los servicios de salud derivado de mayores enfermedades. También es importante que todos los efectos indiquen el sentido de variación, es decir, si hay un aumento o disminución del fenómeno en cuestión, lo que no se especifica en el efecto de complicaciones en el estado de salud de las personas.

3. ¿Existe justificación documentada que sustente el tipo de intervención que el Programa lleva a cabo?

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: No

Justificación:

No hay ningún documento que integre una justificación documentada de la intervención, ni el tipo de atención que brinda el programa presupuestario FAM. Existe un documento anexo llamado “introducción” en el que se mencionan como antecedentes en México el “Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa PROSPERA (antes OPORTUNIDADES), el Programa Caravanas de la Salud, en 2015 denominado Programa Unidades Médicas Móviles y actualmente Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM)”. Sin embargo, no se mencionan los resultados que pudieron tener y si la evidencia generada en la implementación de dichos programas se tomó en cuenta para diseñar el FAM.

Se sugiere revisar experiencias internacionales, como, por ejemplo, la “Unidad Móvil de Salud” de Colombia en el que se consideran representantes indígenas debido a que dichas comunidades raramente cuentan con servicios de salud cercanos, además, se plantea un expediente clínico electrónico en el cual se pueden agregar notas de evolución sin la necesidad de papelería, logrando que cualquier unidad móvil pueda revisar diagnósticos anteriores.¹⁰

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud - AECID, *Manual operativo de las unidades móviles de salud*, Chocó-Colombia, 2009. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=492-manual-operativo-ums-choco&Itemid=688, consultado el 22 de agosto de 2018.

4. ¿La dependencia o entidad responsable del Programa presupuestario tiene las facultades legales (Marco Normativo) para atender el problema o necesidad prioritaria identificada?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

La dependencia cuenta con facultades legales para atender el problema. Dentro de ellas se cuenta con la Ley Estatal de Salud en la cual se le atribuye: “Esta Ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Poder Ejecutivo del Estado y la concurrencia de éste y los Municipios, en materia de salubridad general y local, los cuales deberán proporcionarse en un marco de respeto irrestricto a los derechos fundamentales de los usuarios, eliminando cualquier tipo de discriminación y de conformidad con el derecho a la protección a la salud, contenido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”¹¹.

Además, debido a que el Programa es una estrategia federal responsabilidad de la Secretaría de Salud de Chihuahua cuenta con las facultades para “la ejecución de acciones transversales del Gobierno Federal, que busca incidir en la pobreza multidimensional, en la falta de acceso a servicios de salud y con ello a impactar en las determinantes sociales de la salud a través de acciones de prevención, promoción y atención médica en las localidades donde reside la población objetivo del Programa que les permita la superación de la desigualdad en el acceso a los servicios y los factores que la dificultan”.¹²

¹¹ H. Congreso del Estado. Ley Estatal de Salud. Obtenido de Congreso Chihuahua:
<http://www.congresochoihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/894.pdf>, Chihuahua, 14 de abril del 2012.

¹² Secretaría de Salud de Chihuahua. *Introducción*. Chihuahua, 2016.

III. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

5. ¿El Programa presupuestario es congruente con la Misión y Visión institucional y con su Marco normativo?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Existen dos misiones y visiones relacionadas con el programa FAM en el Estado de Chihuahua: las de los Servicios de Salud de Chihuahua y las que se encuentran en las ROP federales.

1) La misión de los Servicios de Salud de Chihuahua es “Servicios de Salud de Chihuahua es una Institución creada para garantizar la salud de la población proporcionando servicios médicos y de salud pública con calidad, oportunidad, trato digno y la aplicación eficiente y equitativa de los recursos, cumpliendo con la normatividad vigente con un alto grado de coordinación interinstitucional, para preservar y elevar la calidad de vida de los habitantes del estado”. La visión es “Ser una Institución de Salud Pública reconocida internacionalmente teniendo los niveles más altos de salud en los habitantes del estado, contando con un personal comprometido con la capacitación y la actualización constante, la innovación en la aplicación de los procesos, la optimización de los recursos y la cooperación interinstitucional, poniendo especial atención a los grupos vulnerables y buscando ser un modelo para otras instituciones de salud en el país y en el mundo”¹³.

2) Las ROP federales establecen la misión siguiente para el Programa: “ampliar la oferta de servicios de salud a las personas que habitan en localidades con menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica, sin acceso o dificultades para recibir atención médica, mediante equipos itinerantes de salud y UMM, así como acciones de inversión para el fortalecimiento de las RISS que ofrecen servicios de prevención y promoción del cuidado de la salud, basados en criterios de equidad, calidad, anticipación, integralidad, inclusión y resolutivez”. La visión de las ROP es “Hacia el 2018 para las personas en situación de vulnerabilidad, la estrategia de Acercabilidad y accesibilidad a la oferta de la RISS, será a través de UMM acreditadas, para asegurar la Calidad y eficacia de los servicios que se prestan y contribuir de esta manera en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”.

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.

¹³ Servicios de salud de Chihuahua. Misión y visión, Chihuahua, Coordinación de presupuesto basado en Resultados y Sistema de Evaluación de Desempeño, 2017.

6. ¿El Programa presupuestario está vinculado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021? Si la respuesta es afirmativa, ¿dicha vinculación es clara y sólidamente establecida?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Sí, el programa presupuestario FAM describe explícitamente la alineación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del ejercicio fiscal 2017 elaborada por los SESCH.

Según la información de la MIR, el programa presupuestario FAM se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), en el eje 2 “México Incluyente”, específicamente con el objetivo “2.3. Asegurar el acceso a servicios de salud”, con la estrategia “2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad” y con la línea de acción “Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición”. Además de lo mencionado en la MIR, el equipo evaluador identificó un vínculo del Programa con las estrategias siguientes del mismo objetivo: “2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, “2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y “2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, pues el Programa se plantea como una intervención que busca incrementar la cobertura en zonas aisladas, contribuyendo así a la universalidad (estrategia 2.3.1.), tiene un enfoque orientado a la promoción y prevención de la salud (estrategia 2.3.2.) y busca que la atención sea de calidad, contribuyendo al acceso efectivo (estrategia 2.3.4.).¹⁴

En segundo lugar, el programa presupuestario está vinculado con el Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 (PED), específicamente con el eje “Desarrollo humano y calidad de vida” en donde establece como objetivo 3 “Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención mediante la construcción de infraestructura y esquemas novedosos de atención médica”, como estrategia 3.3 “Impulsar la cobertura médica de primer nivel de atención en las áreas rurales mediante Unidades de Atención Móviles” y como línea de acción “Impulsar los Programas de Caravanas de la Salud para la atención médica en las comunidades rurales del Estado de Chihuahua en conjunto con la Federación”.

En tercer lugar, se alinea con el Programa Sectorial de Salud 2011-2016 en donde se establece como objetivo “Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención mediante la construcción de infraestructura y esquemas novedosos de atención médica”, como estrategia “Impulsar la cobertura médica de primer nivel de atención en las áreas rurales y urbanas mediante Unidades de Atención Móviles”, y como línea de acción “Impulsar los Programas de Caravanas de la Salud para la atención médica en las comunidades rurales del Estado de Chihuahua en conjunto con la Federación”.

Si bien la vinculación es clara y está sólidamente establecida, hace falta actualizarla con base en el PED 2017-2021 y el Programa Sectorial de Salud del Estado de Chihuahua 2017-2021.

¹⁴ Secretaría de Gobernación. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Ciudad de México, Gobierno de la República, Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo del 2016, p.117.

7. ¿El Programa presupuestario está vinculado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) o Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Sí, el programa presupuestario FAM se encuentra vinculado con los Objetivos del Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Sin embargo, no existe ningún documento en el cual se mencione dicha relación.

Específicamente, el Programa está alineado con el objetivo tres “salud y bienestar” en el que se incluyen las metas 3.2 “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos”, 3.7 “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales” y 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la de protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Se encuentra vínculo con dichos objetivos debido a que en las ROP federales mencionan en su visión “Hacia el 2018 para las personas en situación de vulnerabilidad, la estrategia de acercabilidad y accesibilidad a la oferta de la RISS, será a través de UMM acreditadas, para asegurar la Calidad y eficacia de los servicios que se prestan y contribuir de esta manera en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”.

8. ¿El Programa presupuestario cuenta con Reglas de Operación (ROP) o documento normativo que precisen la forma de operar del mismo? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) en dicha normatividad?

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí.

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

Justificación:

El programa presupuestario cuenta con ROP federales denominadas *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*. En dicho documento se explica la forma de operar del Programa, particularmente en el apartado 6 denominado “Operación”, el cual se divide en las secciones siguientes: 1) Proceso de Inclusión de Localidades en el Programa, 2) Rutas fijas de UMM del Programa, 3) Rutas de Telemedicina de UMM, 4) Operación de las UMM en Multi-ruta, 5) UMM en situación de Contingencia, 6) Criterios para la sustitución de UMM, 7) Logística previa a la operación de nuevas UMM del Programa, 8) Proceso de alineación de UMM al Modelo del Programa, 9) Recursos humanos, 10) Capacitación, 11) Referencia, seguimiento y contra referencia de pacientes, 12) Afiliación de la población objetivo al SPSS, 13) Proceso de Acreditación, 14) Comunicación educativa, 15) Información de productividad.¹⁵

En los documentos elaborados por los SESCH se identificó el anexo 6 “orientación estratégica, misión, visión y objetivos” que contiene lo que su nombre indica, además de un esquema de equivalencia entre un elemento que denominan “Orientación Estratégica” y la MIR, pero no se incluye ninguno de los dos documentos. Tampoco se especifica en los documentos entregados la forma de operar del Programa. El resumen narrativo de la MIR del Programa únicamente se puede identificar en la propia MIR y en el POA, en los formatos definidos por la Secretaría de Hacienda, pero no en algún documento que precise la forma de operar del mismo. Por lo tanto, 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, en el documento estatal denominado anexo 6 se menciona como objetivo general “Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud” y se afirma que éste está alineado con el Propósito, cuando éste es “La población responsable de SSCH mejora su condición de salud”. Por lo tanto, ambos documentos son inconsistentes.

También hay una inconsistencia entre el componente de la MIR estatal “Atenciones integrales de salud otorgadas” y los objetivos específicos, a los cuales debería corresponder según el esquema de equivalencia del Anexo 6, que son doce, dentro de los que se destacan “Proporcionar servicios de promoción, prevención,

¹⁵ Secretaría de Salud Federal, *Op. Cit.*, pp.29-42.

atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso o sin acceso a servicios de salud” y “Fortalecer la red de Atención Primaria a la Salud mejorando los procesos de referencia, seguimiento y contra referencia”.

IV. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD

9. ¿El Ente Público determinó de manera clara a través de una metodología en un documento formal la definición y cuantificación de las poblaciones (referencia, potencial, no afectada, postergada) para definir la población objetivo del Programa presupuestario? En caso de contar con dicha metodología, especificar la definición, unidad de medida y cuantificación definida de las poblaciones y qué fuentes de información se utilizaron para determinarlas.

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

No se identificó un documento formal con la metodología para definir y cuantificar a las poblaciones. Sin embargo, sí existe un documento anexo del Estado llamado “Focalización de la población PFAM 17”, además de las ROP federales. En ambos se definen las poblaciones y en el primer documento se cuantifican para el Estado de Chihuahua, como se refleja en el cuadro siguiente, pero no se describe la metodología para definir y cuantificarlas:

Tipo de población	Definición Estatal	Definición ROP Federales
Población de referencia	Población en el Estado. Cantidad: 3,406,465 personas	No se identificó una definición.
Población no afectada	Proporción de la población sin dificultad para obtener atención médica. Cantidad: 3,341,476 personas	No se identificó una definición.
Población potencial	El programa cubre la totalidad de la población con dificultades para acceso a la atención médica. Cantidad: 64,989 personas	Se define como número de personas que carecen de acceso a servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes.
Población postergada	El programa cubre la totalidad de la población con dificultades para acceso a la atención médica.	No se identificó una definición.
Población objetivo	Beneficiarios del programa. Cantidad: 64,989 personas	Se define como las personas de las localidades subsede y de LAI de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico.
Población beneficiaria	No se identificó una definición.	Personas que recibieron servicios de atención primaria a la salud mediante UMM.

Fuente: elaboración propia con base en las ROP federales y el documento “Focalización de la población PFAM 17”.

Sin embargo, se identificaron varias inconsistencias en estas definiciones y en la cuantificación. En primer lugar, las definiciones estatales no coinciden con las de las ROP federales, pues en las estatales no se retoman explícitamente las características que deben cumplir las poblaciones potencial y objetivo. Específicamente, no se detalla que la población potencial, es decir, la que padece el problema de interés

para el Programa, no es solo aquella que tiene “dificultades para acceso a la atención médica”, sino la que dentro de este universo reside en localidades con menos de 2,500 habitantes como sí lo especifican las ROP federales. Además, ni en las ROP federales ni en la definición estatal se retoman las características adicionales que debe tener la población potencial según las mismas ROP: “localidades con menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica”.

Segundo, 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. Según este documento, había 64,989 personas sin derechohabiencia en el Estado en 2010 (citando al INEGI). Sin embargo, según las cifras oficiales publicadas en el INEGI del Censo de Población y Vivienda 2010, en el Estado había 798,970 personas sin derechohabiencia;¹⁶ según la Encuesta Intercensal de 2015, esta cifra es de 396,558.¹⁷ De igual manera, según el CONEVAL, en 2010 había 654,745 personas con carencia por acceso a los servicios de salud y en 2015 había 444,261.¹⁸

Tercero, considerando las cifras del INEGI, la población potencial, si se define como aquella que no tiene derechohabiencia como sucede actualmente, no sería de 64,989 personas, sino de 396,558 (para 2015). Sin embargo, para que la definición y cuantificación de esta población se haga conforme a las ROP, habría que identificar, dentro de este universo, las personas que tengan dificultades para acceder a los servicios de salud y que residan en localidades: 1) con menos de 2,500 habitantes, 2) con menor índice de desarrollo humano, 3) con alta y muy alta marginación, y 4) con dispersión poblacional y geográfica. Adicionalmente, en el apartado de “Focalización” de las ROP se agregan dos criterios: 1) “localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud”, y 2) “localidades de los municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país”.¹⁹ Dado que la información de la Encuesta Intercensal no está desagregada por localidad, al menos tendría que hacerse esta cuantificación con base en la información del Censo de Población y Vivienda de 2010.

Por lo tanto, 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.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. Fecha de elaboración: 18/02/2011, disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/ccpv/2010/tabulados/Basico/09_01B_ESTATAL.xls, consultado el 15 de agosto de 2018.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015. Fecha de elaboración: 24/10/2016, disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/Proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/tabulados/07_servicios_de_salud.xls, consultado el 15 de agosto de 2018.

¹⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Evolución de las carencias sociales 2010-2015. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Carencias%20sociales%20MCS%202015/Anexo_estadistico_carencias_2010-2015.zip, consultado el 15 de agosto de 2018.

¹⁹ Secretaría de Salud, *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2016, p.17.

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

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: No aplica

Justificación:

El programa no cuenta con información específica para el Estado de Chihuahua de la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes, y la normatividad no establece que debe contar con dicha información. Sin embargo, las características de la población que solicita apoyos se conocen, hasta cierto punto, desde el diseño del Programa por sus criterios de focalización según las ROP federales: 1) las personas que tengan dificultades para acceder a los servicios de salud, 2) que residan en localidades con menos de 2,500 habitantes, 3) con menor índice de desarrollo humano, 4) con alta y muy alta marginación, y 5) con dispersión poblacional y geográfica. Adicionalmente, en el apartado de “Focalización” de las ROP se agregan dos criterios: 1) “localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud”, y 2) “localidades de los municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país”.²⁰ Por lo tanto, el Programa asume que las personas que solicitan sus servicios tienen las características asociadas a las localidades en las que residen.

Si bien la normatividad no lo exige, contar con información socioeconómica de los solicitantes de los servicios de salud es un elemento que tiene distintos beneficios, particularmente permite priorizar la prestación de los servicios de salud a los grupos más vulnerables dentro de las comunidades de influencia, en un marco de recursos escasos que impide prestar el servicio de manera universal. Según las cifras actuales de poblaciones, el Programa está atendiendo a toda la población del Estado sin derechohabencia, por lo que no sería necesario priorizar. Sin embargo, como se analizó en la respuesta a la pregunta 9, la población potencial es mayor a la que se considera actualmente, lo que hace necesario contar con criterios para priorizar la atención a los grupos más vulnerables. Para poder determinar cuáles serían dichos grupos de atención prioritarios, es necesario contar con un diagnóstico epidemiológico de las comunidades en las que interviene el Programa, elemento básico en los programas de Atención Primaria de Salud con un enfoque de prevención y promoción desde las comunidades. Según las ROP federales, “las Coordinaciones Estatales del Programa deben integrar el Formato de Planeación de Rutas con el análisis de las características socioeconómicas, epidemiológicas y de salud de la microrregión en que se plantean éstas, definido por la DGPLADES”. No obstante, no se identificaron dichos análisis.

²⁰ Secretaría de Salud, *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2016, p.17.

11. ¿El Programa presupuestario cuenta con mecanismos de elegibilidad de sus beneficiarios? En caso de contar con éstos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo y mencionar si son congruentes con las características de la población objetivo.

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

El Programa cuenta con criterios de focalización y un procedimiento para elegir a las localidades que recibirán sus servicios, definido en las ROP federales. En el apartado 5.5 “Focalización” se menciona lo siguiente: “se focalizará atención en localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional; adicionalmente a esta condición se tomará en cuenta la situación de alta y muy alta marginación que guarden las localidades de acuerdo al “Índice de marginación por localidad 2010” y a la ubicación de dichas localidades en municipios con bajo índice de desarrollo humano, de acuerdo con los registros del Consejo Nacional de Población, así como las localidades de los municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país”.²¹

Adicionalmente, en la definición de población potencial se agrega el criterio de que deben ser comunidades con menos de 2,500 habitantes y en varias secciones de las ROP federales se menciona también que debe ser población con “dificultades para recibir atención médica”.²² Por lo tanto, no hay consistencia en las ROP federales entre las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo, y los criterios de focalización. El equipo evaluador considera importante que, aunque en las ROP federales exista esta inconsistencia, 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 estatal.

²¹ Secretaría de Salud, *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017*, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2016, p.17.

²² *Ibid.*, p.13.

12. ¿Los procedimientos y/o mecanismos para la selección de beneficiarios y/o proyectos del Programa presupuestario considera las siguientes características?

- a) Incluye criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Está estandarizado, es decir, es utilizado por todas las instancias ejecutoras.
- c) Está establecido en la normatividad aplicable (no documentos oficializados)
- d) Está difundido públicamente.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	El procedimiento/mecanismo para la selección de beneficiarios y/o proyectos tiene al menos tres de las características establecidas.

Justificación:

Como se describió en la respuesta a la pregunta anterior, el Programa cuenta con criterios de elegibilidad (a) en las ROP federales (c), las cuales se difunden públicamente (d). Sin embargo, el equipo evaluador desconoce si el procedimiento que se describe en las ROP federales es utilizado en el Estado de Chihuahua (b).

Según las ROP federales la elección de las rutas y, por lo tanto, de los beneficiarios de las UMM se deriva del acuerdo “entre las áreas responsables de la planeación y operación de las UMM del primer nivel de atención en las entidades federativas”.²³ La propuesta de rutas se presenta en una Reunión Estatal de Planeación de Rutas y se menciona que “las Coordinaciones Estatales del Programa deben integrar el Formato de Planeación de Rutas con el análisis de las características socioeconómicas, epidemiológicas y de salud de la microrregión en que se plantean éstas, definido por la DGPLADES”.²⁴ Sin embargo, no es claro si el análisis de características mencionado es un insumo *ex ante* que se usa para seleccionar las rutas o es una justificación *ex post* de dicha selección. Dado que, como se analizó en respuestas anteriores, el Programa no tiene las capacidades para atender a toda la población potencial (considerando los datos oficiales de población sin derechohabencia del INEGI), sería importante que el diagnóstico de “características socioeconómicas, epidemiológicas y de salud” del Estado y de las microrregiones sirva como un insumo *ex ante* para decidir qué localidades se van a priorizar en la atención por parte de las UMM. Lo anterior sin menoscabo del necesario fortalecimiento de capacidades del Programa por parte del Gobierno del Estado, en términos de recursos humanos, económicos, materiales y tecnológicos.

²³ Secretaría de Salud, *Op. Cit.*, p.29.

²⁴ *Ibid.*

13. ¿Los procedimientos del Programa presupuestario para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características?

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

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: No aplica

Justificación:

Dado que el procedimiento para definir las rutas que seguirán las UMM y, por lo tanto, a la población a la que se le brindará atención, consiste en que el equipo estatal de los SESCH las define y no son las comunidades las que solicitan su incorporación al programa, al menos no de manera generalizada y normada por las ROP, no existen formatos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. Adicionalmente, en las ROP federales se menciona que “Todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa”, por lo que no se requiere un procedimiento específico para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. Sin embargo, 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.

Como ya se mencionó, el Programa cuenta con un “Formato de Planeación de Rutas con el análisis de las características socioeconómicas, epidemiológicas y de salud de la microrregión en que se plantean éstas, definido por la DGPLADES”. Pero no es claro si este formato se usa para seleccionar a las localidades o justificar dicha selección.

14. ¿El Programa presupuestario cuenta con una estrategia/instrumento o mecanismo de cobertura documentado para atender a su población objetivo con las siguientes características?

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

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
1	La estrategia/instrumento o mecanismo de cobertura cuenta con al menos una de las características establecidas.

Justificación:

Según el documento anexo del Estado llamado “Focalización de la población PFAM 17”, el Programa cubre a la totalidad de la población potencial, por lo que no se requeriría una estrategia de cobertura. Sin embargo, como se mencionó en la respuesta a la pregunta 9 sobre la definición y cuantificación de las poblaciones, la población potencial no es de 64,989 personas, sino de 396,558. Considerando esta cifra, la diferencia entre la población objetivo (64,989 personas) y la potencial (396,558 personas) se amplía bastante, lo que tiene distintas implicaciones, entre las cuales está la definición de una estrategia de cobertura a corto, mediano y/o largo plazo con metas específicas de cómo se avanzará en cubrir a la población potencial.

V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

15. ¿El Programa presupuestario cuenta con un Padrón o Registro de Beneficiarios que considere las siguientes características?

- a) Incluye las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b) Incluye el tipo de apoyo referido en el padrón o registro, y esté es congruente con los bienes y/o servicios que entrega el programa.
- c) Esta sistematizado y refiere una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo; y cuenta con un procedimiento/mecanismo para su depuración y actualización.
- d) El padrón o registro es público.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: No aplica

Justificación:

El Programa cuenta con un documento denominado “Anexo 6_Población y localidades” en el cual se incluye la información siguiente: CLUES, Nombre de la UMM, Tipo de UMM y año, nombre y clave de los municipios y localidades sede y ruta, cantidad de población objetivo, población sin derechohabencia, personas afiliadas al Seguro Popular, Familias PROSPERA, Población Indígena, Personal Jornada de la Unidad Móvil e información sobre la red de atención a la que están vinculadas las UMM.

Sin embargo, la información no está desagregada por beneficiario, sino por localidad, lo que se explica porque en las ROP federales se menciona que “no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa, dado que las personas afiliadas al SPSS acreditarán su afiliación conforme a los instrumentos que establezca la CNPSS, para acceder a los servicios que brinde el Programa”.

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. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la documentación de la atención médica tiene distintos propósitos: 1) facilitar la comunicación entre los distintos actores que prestan servicios médicos a una misma población, 2) apoyar la toma de decisiones médica y de gestión clínica, y 3) contribuir a generar datos que sirvan para la investigación médica y de política pública.²⁵ Adicionalmente, la OPS sugiere que este registro se haga por medios electrónicos, pues el registro en papel tiene desventajas importantes como su “accesibilidad, legibilidad, recuperación de la

²⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*, Washington, DC, 2016, p.8.

información y almacenamiento”. Es por ello que “son cada vez más las instituciones de salud en el mundo que se encuentran migrando sus registros médicos a formato electrónico”.²⁶

Por ejemplo, el Programa Territorios Saludables del Gobierno Distrital de la ciudad de Bogotá, se entregaron tabletas electrónicas a los equipos itinerantes de salud que visitan a las comunidades pobres para eliminar dichas desventajas y facilitar la documentación de la atención médica.²⁷ En el caso del Programa en Chihuahua, se sugiere contar con un registro electrónico de la atención que brinda el Programa, usando las tecnologías de la información y la comunicación, coordinando las acciones e integrando los sistemas con la CNPSS para no duplicar esfuerzos de recolección de información y siguiendo, desde luego, el marco normativo sobre registros electrónicos para la salud como la NOM-024-SSA3-2012.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Op. Cit.*, p. 9.

²⁷ Periodismo público, “Petro entregó tablets para equipos médicos de Territorios Saludables”, Bogotá, 4 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.periodismopublico.com/Petro-entrego-tablets-para-equipos-medicos-de-Territorios-Saludables>, consultado el 22 de agosto de 2018.

16. ¿Los procedimientos del Programa presupuestario para otorgar los apoyos, bienes y/o servicios a los beneficiarios tienen las siguientes características?

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados, es decir, ordenados siguiendo una estructura lógica.
- c) Son difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	Los procedimientos para otorgar los apoyos, bienes y/o servicios a los beneficiarios tienen todas las características.

Justificación:

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 (a), tienen una estructura lógica, por lo que están sistematizados (b), son difundidos públicamente cuando se publican en el Diario Oficial de la Federación (c) y están en un documento normativo del Programa, las ROP (d). Sin embargo, se desconoce si dichos procedimientos son utilizados por todas las instancias ejecutoras.

Como se describió en la respuesta a la pregunta 12, el procedimiento para entregar los servicios del Programa inicia con la planeación de las rutas de cada UMM por parte de los SES, las cuales deberán ser validadas por la Secretaría de Salud Federal. Una vez aprobadas, las UMM acuden a las comunidades que incluye su ruta para brindar los servicios, con base en un calendario establecido mensualmente. Cada UMM deberá trabajar 20 días por 10 de descanso y deberá visitar y brindar atención médica al menos dos veces al mes a las localidades de su ruta. Las UMM se apoyan en casas de salud y de medio camino para pernoctar y reabastecerse de insumos.

Según el “Proceso de atención a la salud en localidades de ruta fija”, cuando las UMM llegan a las localidades, las personas beneficiarias acuden para solicitar “informes, atención de salud pública o atención médica/odontológica”. El promotor de la UMM verifica si está afiliada al SPSS o Prospera, si no lo está, lo invita a hacerlo, y si está afiliada, la enfermera “comprueba si requiere atención médica/odontológica”. Si no la requiere, “otorga atención de salud pública y acciones de prevención”. Si requiere atención médica, el médico u odontólogo (en UMM-2 y UMM-3), proporciona el servicio, “informa diagnóstico, tratamiento y signos y síntomas de alarma” y, por último, “Registra en hoja diaria y expediente clínico”.²⁸ También existe un procedimiento específico para la modalidad de UMM en situaciones de contingencia. Sin embargo, el diagrama de flujo de las ROP federales es ilegible (p.20).

²⁸ Secretaría de Salud, *Op. Cit.*, p.19.

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

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Respuesta: No aplica

Justificación:

No se identificó que el Programa recolecte información socioeconómica de sus beneficiarios. Como se explicó en la respuesta a la pregunta 15, el Programa cuenta con un documento denominado “Anexo 6_Población y localidades” en el cual se incluye la información siguiente: CLUES, Nombre de la UMM, Tipo de UMM y año, nombre y clave de los municipios y localidades sede y ruta, cantidad de población objetivo, población sin derechohabencia, personas afiliadas al Seguro Popular, Familias PROSPERA, Población Indígena, Personal Jornada de la Unidad Móvil e información sobre la red de atención a la que están vinculadas las UMM. Sin embargo, la información no está desagregada por beneficiarios y no se describen los procedimientos para integrar dicho documento. De acuerdo con sus criterios de focalización, el Programa atiende a población que habita en localidades con menor índice de desarrollo humano y con alta y muy alta marginación.

Como también ya se mencionó, según las ROP federales el Programa no está obligado a integrar un padrón de beneficiarios. Sin embargo, el equipo evaluador considera importante documentar la atención médica que brinda el Programa, incluyendo información socioeconómica de sus beneficiarios, por los beneficios que se describen en la respuesta a la pregunta 15.

VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

18. ¿Las Actividades definidas para cada uno de los Componentes de la MIR del Programa presupuestario cumplen con las siguientes características?

- a) Están claramente especificadas y redactadas, con base en la sintaxis de la Metodología del Marco Lógico.
- b) Están ordenadas de manera cronológica y en orden ascendente.
- c) Son las suficientes y necesarias para producir los Componentes.
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

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

Justificación:

El programa cuenta con sólo un componente, “Atenciones integrales de salud otorgadas” que a su vez sólo contiene una actividad, “Consultas médicas y atenciones no médicas otorgadas”. Por lo tanto, está claramente especificada y redactada (a). Sin embargo, las actividades deben redactarse como sustantivos derivados de un verbo, acompañados del complemento: realización, prestación, impartición, etc. Adicionalmente, dado que solo es una actividad no se puede considerar que estén ordenadas de manera cronológica y ascendente (b).

Esta actividad no es necesaria y suficiente para producir el componente (c), pues no refleja el conjunto de acciones que lleva el Programa para entregar atenciones integrales de salud en las localidades. Específicamente, no se incluyen, por ejemplo, las actividades de planeación y aprobación de las rutas de cada UMM, la elaboración del calendario mensual de visitas a las localidades, el mantenimiento o renovación de las UMM, la planeación para distribuir al personal en las UMM o la capacitación a los equipos itinerantes. Por lo tanto, se sugiere identificar e incluir en la MIR las actividades más relevantes que sean necesarias para brindar “Atenciones integrales de salud”.

El supuesto a nivel de actividades es “Personas que acuden a solicitar consulta médica y atenciones no médicas a las unidades de las caravanas de la salud”. Se considera que es correcto, pues refleja una condición externa a los responsables del Programa que es necesaria para lograr sus objetivos. Sin embargo, la actividad no genera junto con el supuesto al componente (d), dado que la actividad no es necesaria y suficiente para producirlo.

19. ¿Los Componentes referidos en la MIR del Programa presupuestario cumplen con las siguientes características?

- a) Son los bienes o servicios que entrega el programa y contribuyen a una línea de acción específica del Plan Estatal de Desarrollo vigente.
- b) Se vinculan con los bienes y servicios definidos en las Reglas de Operación (ROP) o normatividad del programa.
- c) Están redactados como resultados logrados, con base en la sintaxis de la Metodología del Marco Lógico.
- d) Son necesarios y suficientes para el logro del Propósito.
- e) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

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

Justificación:

El componente “Atenciones integrales de salud otorgadas” refleja uno de los servicios que otorga el Programa y se vincula, según el documento “Alineaciones de los programas presupuestarios y componentes”, con el Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021, específicamente con la línea de acción E1-60101 “Identificar a la población que carece de acceso a servicios de salud para su canalización a las instituciones de salud” (a). Por otra parte, el componente está redactado de manera correcta, pues refleja un servicio proporcionado (c). El componente está vinculado, aunque no de manera explícita ni completa con los bienes y servicios definidos en las ROP federales, específicamente con la prestación de servicios de salud (b). El componente es necesario, pero no suficiente para lograr el propósito (d) y no genera con los supuestos el propósito (e).

El componente no refleja el conjunto de bienes y servicios que entrega el Programa a la población. Específicamente, no se distinguen los siguientes servicios que sí se mencionan en las ROP federales: 1) servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, 2) servicios de salud mediante las UMM equipadas con Telemedicina, y 3) servicios de canalización y transporte para pacientes que requieren servicios de otros niveles de atención.²⁹

El supuesto “personas acuden a recibir acciones integrales de salud a las unidades de caravanas de salud” es correcto porque es una condición externa al Programa, pero se sugiere incorporar una condición distinta a la de nivel de actividades. Por ejemplo, “las personas siguen el tratamiento indicado por el personal de las UMM”, pues es una condición externa al Programa que se requiere para que los servicios médicos (componentes) se traduzcan en una mejor condición de salud (propósito). Por último, no existe una relación directa entre los objetivos específicos de las ROP federales y los componentes de la MIR. Sin embargo, dado

²⁹ Secretaría de Salud, *Op. Cit.*, p.18.

que la modificación de las ROP no depende del Estado, se sugiere rediseñar los componentes con base en los comentarios de esta respuesta.

20. ¿El Propósito definido en la MIR del Programa presupuestario cuenta con las siguientes características?

- a) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- b) Está redactado como una situación alcanzada e incluye la población objetivo o Área de Enfoque, con base en la sintaxis de la Metodología del Marco Lógico.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa e implica una contribución significativa al logro del Fin.
- d) Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
3	El Propósito del Programa presupuestario cumple con al menos tres de las características.

Justificación:

El propósito definido como “La población responsabilidad de SSCH mejora su condición de salud” es único porque solo tiene un objetivo (a), está redactado como una situación alcanzada (b), la población “mejora su condición de salud”, su logro no está controlado por los responsables del programa (c) porque la condición de salud depende de otros factores además de la intervención del Programa, aunque sí implica una contribución significativa para el logro del fin.

Sin embargo, el propósito no es consecuencia directa de brindar atención médica integral (componente) y de que las personas acudan a recibir acciones integrales (supuesto a nivel de componente) (d), pues, como se mencionó en la respuesta a la pregunta anterior, se requieren otros servicios como la promoción y la prevención de la salud, que no se ven reflejados en el componente, para mejorar la condición de salud de la población.

Por otra parte, la población descrita en el propósito no refleja realmente la población objetivo del Programa, pues ésta es, como se mencionó en la respuesta a la pregunta 9, aquella que puede atender el Programa en un ejercicio fiscal dadas sus capacidades, que tiene dificultades para acceder a los servicios de salud y que residan en localidades: 1) con menos de 2,500 habitantes, 2) con menor índice de desarrollo humano, 3) con alta y muy alta marginación, 4) con dispersión poblacional y geográfica, 5) que “no tengan cobertura efectiva de servicios de salud”, y 6) “de los municipios indígenas comprendidos entre los más pobres del país”. Adicionalmente, no hay consistencia entre el objetivo general establecido en las ROP federales y el propósito del Programa, pues el primero hace referencia a la reducción de brechas de salud “entre los diferentes grupos sociales y regiones del país” y el segundo a mejorar la condición de salud.

21. ¿El Fin de la MIR del Programa presupuestario cuenta con las siguientes características?

- a) Está claramente especificado y redactado, de acuerdo a la sintaxis de la Metodología del Marco Lógico.
- b) Es un objetivo del programa el cual contribuye a un objetivo superior del Plan Estatal de Desarrollo vigente, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- d) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	El Fin del Programa presupuestario cumple con las cuatro características.

Justificación:

El fin del Programa es “Contribuir en la disminución de (sic) la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna”. Se considera que está claramente especificado y redactado según la sintaxis de la MML (a), pues contribuye a un objetivo superior: el objetivo 3 del Eje “Desarrollo humano y calidad de vida” del Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016. Su logro no está controlado por los responsables del programa (d), pues reducir la mortalidad depende de otros factores externos a éste y es único (e) porque solo incluye un objetivo: disminuir la mortalidad.

Sin embargo, el equipo evaluador considera que la contribución del Programa a este objetivo es pequeña dado que existen otros factores muy importantes que determinan la variación de este indicador. No obstante, el Programa si podría contribuir de manera más directa y significativa a reducir ciertas mortalidades como la materna e infantil. Esto no significa que el Programa no contribuya a reducir la mortalidad de otros grupos de población o que deba restringir los servicios únicamente a dichos grupos, sino que el Programa, además de la atención universal que brinda en las comunidades, podría hacer un esfuerzo particular por localizar a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años que presenten riesgos de salud y les brinde la atención en salud que requieran. De esta manera también se estaría contribuyendo a objetivos superiores establecidos en el PED, PND y los ODS.

Por último, 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.³⁰

³⁰ World Health Organization, *State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health*, Ginebra, 2015, p.3.

22. ¿Las Fichas Técnicas de los indicadores de la MIR del Programa presupuestario cuentan con la siguiente información?

- a) Nombre.
- b) Descripción.
- c) Tipo y dimensión
- d) Método de cálculo.
- e) Unidad de Medida.
- f) Frecuencia de Medición.
- g) Línea base.
- h) Metas.
- i) Trayectoria del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal).
- j) Datos de las variables del indicador.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	Del 85% al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Justificación:

El Programa cuenta con un documento denominado “Ficha Técnica 2017” en el que se incluyen los datos siguientes de cada indicador de la MIR: nombre, descripción del indicador, tipo y dimensión, método de cálculo (“fórmula”), unidad de medida, frecuencia de medición, línea base, metas, trayectoria del indicador y datos de las variables del indicador.

Sin embargo, se sugieren hacer algunas correcciones. Primero, la descripción de la primera variable del indicador a nivel de Fin establece que ésta “Mide la Variación del Índice de mortalidad en la entidad en el año”. Sin embargo, esta la variable no mide la “variación” del índice, sino que refleja el valor numérico del índice de mortalidad al finalizar el año. Adicionalmente, la trayectoria del indicador no es “Ascendente”, sino “Descendente”, pues la variación que se espera está en el rango de números negativos y el valor esperado es menor a la meta.³¹ Segundo, los mismos comentarios del indicador de Fin aplican para el indicador de propósito. La descripción de la primera variable tiene la misma debilidad y la trayectoria debe ser descendente. Tercero, en el indicador de componente se sigue usando el nombre anterior del Programa “Caravanas de la Salud”. En cuanto a la línea base, en el caso de los componentes siempre debe ser 0, pues al comienzo del ejercicio fiscal no se ha entregado ningún bien ni servicio y es a partir de este número que se deberá ir comparando el avance del indicador durante el año para verificar avances y retrasos. La comparación con el resultado del indicador en el ejercicio fiscal anterior permite comparar el desempeño del programa de un año a otro, pero este dato no puede considerarse como línea base. Una línea base es “el

³¹ Se sugiere consultar el apartado sobre el “Sentido del indicador” de Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*, Ciudad de México, 2011, p.54.

valor del indicador que se establece como *punto de partida* para evaluarlo y darle seguimiento”,³² no es el *punto de llegada* en ejercicios anteriores, como se toma actualmente. También se sugiere agregar en el nombre del indicador la variable de comparación, es decir, “Porcentaje de acciones integrales de salud otorgadas *con respecto a las programadas*”. Por último, en el indicador de Actividad también se sigue usando el nombre anterior del Programa “Caravanas de la Salud”.

³² Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*, Ciudad de México, 2011, p.54.

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

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

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

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

Justificación:

Como se puede ver en el Anexo 1, los objetivos de la MIR a nivel de Fin y Propósito tienen indicadores claros, relevantes, económicos y adecuados, pero no monitoreables. A nivel de componente y actividad, los indicadores son relevantes, económicos y adecuados, pero podrían ser más claros y ser monitoreables (a,b,c,d,e).

El indicador de componente es “Porcentaje de acciones integrales de salud otorgadas”. Se considera que no es claro porque no se define qué se entenderá por “acciones integrales de salud” y esto es relevante porque, como se analizó en la respuesta a la pregunta 19, el Programa entrega distintos bienes y servicios que no se ven reflejados ni en el componente ni en el indicador correspondiente. El indicador de actividad es “Porcentaje de consultas médicas y atenciones no médicas”. Se considera que no es claro porque no se especifica qué se entenderá por “atenciones no médicas”, lo que es relevante, como ya se mencionó, porque el Programa incluye distintos tipos de servicios. Adicionalmente, no es clara la diferencia entre ambos indicadores, lo que se ve reflejado en que la meta de los dos es la misma: 292,547. Por lo tanto, pareciera que “acciones integrales de salud” es lo mismo que “consultas médicas y atenciones no médicas”. Se sugiere modificar ambos indicadores después de cambiar los componentes, como se recomienda en la respuesta a la pregunta 19.

Si bien todos los indicadores cuentan con línea base, ninguno se considera monitoreable 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 realmente se puede obtener la información de dichos medios de verificación para cada una de las variables del método de cálculo del indicador, que son dos de los tres aspectos que definen el carácter monitoreable de un indicador.³³

³³ Según el CONEVAL, para que un indicador sea “monitoreable”, debe tener tres características: 1) contar con línea base, 2) consistencia entre la frecuencia de medición del indicador con la de los medios de verificación, y 3) que los medios de verificación

24. ¿Las metas establecidas de los indicadores de la MIR del Programa presupuestario 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, los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

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

Justificación:

Como se puede ver en el Anexo 2, las metas de los cuatro indicadores del Programa cuentan con unidad de medida (a): “variación porcentual” (Fin y Propósito) y “porcentaje” (Componente y Actividad). Las cuatro están orientadas a impulsar el desempeño (b) porque en el caso de Fin y Propósito están por encima del promedio de los últimos años como se puede ver en los dos cuadros siguientes. En el caso de Actividad y Componente el valor es el máximo que se puede alcanzar (100%). Sin embargo, la única meta factible es la de Propósito por estar cerca del promedio de los últimos años (c). En cambio, la meta de Fin es reducir la mortalidad el doble de lo que se había reducido anualmente en los últimos años, en promedio.

Por lo general, no es factible cumplir una meta de 100% a nivel de componente y actividad porque casi siempre hay factores externos a los responsables del Programa que no se pueden prever al inicio del ejercicio fiscal que afectan la producción y/o entrega de bienes y servicios a la población; en efecto, la meta lograda en ambos fue de 85%.

Cuadro. Variación de la mortalidad en el Estado de Chihuahua, 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Meta del Programa 2017
Defunciones generales registradas	25,809	24,121	22,187	22,314	22,163	22,416	23,400	
Variación porcentual respecto del año anterior	-	-6.5	-8.0	0.6	-0.7	1.1	4.4	-3.04
Promedio de variación porcentual interanual 2010-2016							-1.521883	

Fuente: elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de mortalidad. Defunciones registradas por entidad federativa de residencia habitual del fallecido. Fecha de creación: 20/12/2017.

permitan realmente obtener la información de cada variable del método de cálculo del indicador. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Metodología para la aprobación de indicadores de los programas sociales*, México, DF: CONEVAL, 2014, p.44.

Cuadro. Variación de la morbilidad en el Estado de Chihuahua, 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Meta del Programa 2017
Padecimientos registrados	1,561,314	1,437,843	1,479,355	1,388,027	1,528,769	1,363,349	1,356,458	1,570,540	0
Variación porcentual respecto del año anterior	-	-7.9	2.9	-6.2	10.1	-10.8	-0.5	15.8	0
Promedio de variación porcentual interanual 2010-2016							-2.1		

Fuente: elaboración propia con base en Secretaría de Salud. Estadísticas de morbilidad por grupo de edad (SUIVE/DGE 2010-2017).

25. ¿Los indicadores de la MIR del Programa presupuestario tienen establecidos medios de verificación con las siguientes características?

- a) Son oficiales o institucionales.
- b) Con un nombre que permita identificarlos.
- c) Permiten reproducir el cálculo del indicador.
- d) Son públicos y accesibles a cualquier persona.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

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

Justificación:

En las fichas técnicas de los cuatro indicadores del Programa se especifica que el medio de verificación para los de nivel de Fin y Propósito son el “SEED” y para los de nivel de Componente y Actividad son el “SIS”, y para los cuatro se menciona que el método de recopilación es un “CENSO”. Dado que no se desagregan las siglas ni se dan detalles adicionales a estas, no es posible determinar que sean oficiales o institucionales (a), el nombre no permite identificarlos (b), no es posible reproducir el cálculo (c) y se desconoce si son públicos y accesibles a cualquier persona.

Hace falta incluir la información siguiente para cada medio de verificación: 1) “Nombre completo del documento que sustenta la información, 2) Nombre del área que genera o publica la información, 3) Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador), 4) Liga a la página de la que se obtiene la información (si es el caso)”.³⁴

³⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*, Ciudad de México, CONEVAL, 2013, p.53.

26. Analizar la lógica vertical y la horizontal de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa presupuestario?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

De manera general, no se puede considerar que el programa cuenta con una lógica vertical y horizontal, pues, como se ha descrito en las respuestas a las preguntas anteriores, éstas presentan algunas áreas de mejora que se resumen a continuación.

Lógica vertical

- La actividad “Consultas médicas y atenciones no médicas otorgadas” no es necesaria ni suficiente para producir el componente “Atenciones integrales de salud otorgadas”. No se incluyen, por ejemplo, las actividades de planeación y aprobación de las rutas de cada UMM y la elaboración del calendario mensual de visitas a las localidades. Adicionalmente, dado que no se definen los conceptos de ambos objetivos, no es posible diferenciarlos.
- El componente no refleja el conjunto de bienes y servicios que entrega el Programa a la población. Específicamente, no se distinguen los siguientes servicios que sí se mencionan en las ROP federales: 1) servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, 2) servicios de salud mediante las UMM equipadas con Telemedicina, y 3) servicios de canalización y transporte para pacientes que requieren servicios de otros niveles de atención.
- Dado que no se define la “atención integral de salud”, no es posible determinar si este componente es suficiente para mejorar la condición de salud de la población (Propósito). Sin embargo, dadas las capacidades del Programa, es realista pensar que por sí solo no es suficiente para lograrlo.
- La población descrita en el Propósito no refleja realmente la población objetivo del Programa, como se explica en la respuesta a la pregunta 9.
- Al igual que el Propósito, no es claro si la contribución del Programa a la reducción de la mortalidad general (Fin) sea directa y significativa y se deba incluir en la MIR, pues existen factores externos que afectan de manera importante la mortalidad en el Estado y no están bajo el control del Programa.
- No hay consistencia entre los objetivos, tipos de apoyo y procesos establecidos en las ROP federales y la MIR Estatal.

Lógica horizontal

- El Programa cuenta con un documento denominado “Ficha Técnica 2017” en el que se incluyen los datos siguientes de cada indicador de la MIR: nombre, descripción del indicador, tipo y dimensión, método de cálculo (“fórmula”), unidad de medida, frecuencia de medición, línea base, metas, trayectoria del indicador y datos de las variables del indicador.
- En los indicadores de Fin y Propósito la trayectoria del indicador (ascendente) no es correcta, pues la variación que se espera está en el rango de números negativos y el valor esperado es menor a la meta. Por otra parte, la descripción de la primera variable en las fichas de ambos indicadores es incorrecta, pues se plantea en términos de “variación” y en realidad es una proporción.

- A nivel de componente y actividad, las líneas base siempre deben ser 0 si son indicadores de eficacia relacionados con la entrega de bienes y servicios, pues al comienzo del ejercicio fiscal no se ha entregado ningún bien ni servicio y es a partir de este número que se deberá ir comparando el avance del indicador durante el año para verificar avances y retrasos en dicha producción y/o entrega. En ambos indicadores todavía se usa el nombre del Programa anterior: "Caravanas de la Salud".
- Los objetivos de la MIR a nivel de Fin y Propósito tienen indicadores claros, relevantes, económicos y adecuados, pero no monitoreables. A nivel de componente y actividad, los indicadores son relevantes, económicos y adecuados, pero podrían ser más claros y ser monitoreables.
- Si bien todos los indicadores cuentan con línea base, ninguno se considera monitoreable 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.
- Dado que no se desagregan las siglas 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.

27. Derivado del análisis y de las respuestas a las preguntas de este apartado, identificar y señalar áreas de oportunidad de mejora en la MIR del Programa presupuestario.

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

A continuación, se enlistan las sugerencias que atienden las áreas de oportunidad señaladas en la respuesta a la pregunta anterior.

Lógica vertical

- A nivel de actividades, incluir las tareas que se requieren para producir y entregar los componentes, es decir, los bienes y servicios del Programa. Una vez modificados los componentes, se deberán elaborar las actividades que corresponden a cada uno en orden cronológico.
- Reflejar todos los bienes y servicios que entrega el Programa a la población atendida, considerando, por ejemplo, los siguientes, que se mencionan en las ROP federales: 1) servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, 2) servicios de salud mediante las UMM equipadas con Telemedicina, y 3) servicios de canalización y transporte para pacientes que requieren servicios de otros niveles de atención.
- El supuesto a nivel de componente, “personas acuden a recibir acciones integrales de salud a las unidades de caravanas de salud”, es correcto porque es una condición externa al Programa, pero se sugiere incorporar una condición distinta a la de nivel de actividades. Por ejemplo, “las personas siguen el tratamiento indicado por el personal de las UMM”.
- Modificar el propósito del Programa para que refleje la población objetivo, considerando todos los criterios de focalización que se mencionan en las ROP federales.
- Por otra parte, se sugiere analizar la pertinencia de que el Programa, más allá de la atención universal que brinde 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.
- Se recomienda analizar la pertinencia de acotar el fin a la mortalidad materna e infantil, pues la contribución que puede hacer el Programa a ambas mortalidades es mayor a la que puede lograr en la mortalidad en general, y la posibilidad de demostrarlo en un futuro resulta menos complicada. Adicionalmente, 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, específicamente en mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Lógica horizontal

- En los indicadores de Fin y Propósito se sugiere corregir la trayectoria del indicador de ascendente a descendente, pues la variación que se espera está en el rango de números negativos y el valor esperado es menor a la meta. Por otra parte, también se deberá ajustar la descripción de la primera

variable en las fichas de ambos indicadores, pues se plantea en términos de “variación” y en realidad es una proporción.

- A nivel de componente y actividad, corregir las líneas base, que deben ser 0. En ambos indicadores sustituir el nombre del Programa anterior por el nuevo. También es importante definir y diferenciar claramente los términos usados en los dos indicadores. Por último, se deberán modificar las metas considerando los valores alcanzados en los últimos años.
- Se sugiere incluir la información siguiente para cada medio de verificación: 1) “Nombre completo del documento que sustenta la información, 2) Nombre del área que genera o publica la información, 3) Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador), 4) Liga a la página de la que se obtiene la información (si es el caso)”.³⁵

³⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*, Ciudad de México, CONEVAL, 2013, p.53.

VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

28. ¿El Programa presupuestario aplicó recursos federales en su operación? Si la respuesta es afirmativa ¿El recurso otorgado por la federación está sujeto a reglas de operación y cuenta con matriz de indicadores para resultados y tiene la finalidad de fortalecer al programa?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Según la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 (MIR) del Gobierno del Estado de Chihuahua, elaborada por los Servicios de Salud del Estado, el 100 por ciento de los recursos otorgados al Programa están a cargo de las Reasignaciones de Recursos Federales. Dicho recurso está sujeto a las Reglas de Operación federales y específicamente al “Convenio Específico de Colaboración en materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales” incluido en el Anexo 3A de las mismas ROP, en el cual se especifica que “Los recursos presupuestarios federales que se transfieran en los términos de este Convenio Específico de Colaboración no pierden su carácter federal, por lo que en su asignación y ejecución deberán observarse las disposiciones jurídicas federales aplicables”.

El total de recursos autorizados fue de 11,491,520 pesos mexicanos y se usaron para "financiar el pago de sueldos y salarios del personal operativo y gerencial del Programa, pago de viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las unidades médicas móviles, en los siguientes capítulos de gasto: 1000 Servicios Personales: Sueldos para el personal gerencial (coordinador estatal y supervisores) así como para el personal operativo (odontólogo, enfermera y promotor). 3000 Servicios Generales: Pago de viáticos y pasajes exclusivamente para coordinadores y supervisores y para el pago de pólizas de seguros de las unidades médicas móviles”.

29. ¿Se reflejan en el POA del Programa presupuestario todas las fuentes de financiamiento que utiliza el programa para el cumplimiento de los objetivos y metas y, concuerdan con la información financiera proporcionada?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

En el POA se especifica que la única fuente de financiamiento son las “Reasignaciones de Recursos Federales Secretaría de Salud” con la clave 555417 y por un monto autorizado de \$11,491,520 pesos mexicanos. Según el documento de “Seguimiento a la Matriz de Indicadores. Cierre Anual 2017”, el presupuesto modificado fue de \$12,649,136 y el gasto de \$7,345,086, teniendo así una diferencia de \$5,304,051 entre el modificado y el gasto.

Los datos anteriores no son consistentes con los presentados en el documento de Excel “Transparencia, Rendición de Cuentas y Participación Social”, en el cual se mencionan los montos siguientes:

Cuadro. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido del Programa FAM en el Estado de Chihuahua, según el documento de Transparencia, Rendición de Cuentas y Participación Social

Monto del presupuesto aprobado	Monto del presupuesto modificado	Monto del presupuesto ejercido
\$7,836,013.48	\$6,879,239.32	\$14,375,219.00

Fuente: documento entregado por los responsables del Programa al equipo evaluador, denominado “Transparencia, Rendición de Cuentas y Participación Social”.

Esta información tampoco es consistente con el documento, también entregado por los responsables del Programa, denominado “Ficha informativa” en el que se explica al equipo evaluador el desglose de presupuesto por partida y en el cual se incluye un total de presupuesto de \$12,559,649.70 con el título “DGPLADES-PFAM” y de \$6,246,325.72 con el título “Seguro Popular”. Dichas cifras no corresponden con la información reportada en el POA.

30. ¿El recurso asignado a las actividades para la generación y entrega de los componentes del Programa es congruente con sus metas?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Como ya se mencionó, el presupuesto asignado al Programa en el ejercicio fiscal 2017 fue de 11,491,520 pesos mexicanos. Según el documento de “Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual. Cierre Anual 2017”, la meta del Programa en el mismo ejercicio era proporcionar 292,547 atenciones médicas en las UMM. Por otra parte, de acuerdo con el documento entregado por los responsables del Programa denominado “Financiamiento”, cada servicio otorgado en las UMM tiene un costo promedio de 535.81 pesos mexicanos, incluyendo consulta con prevención, vacunación y promoción por persona. Con ambos datos se podría calcular el presupuesto que requería el Programa para cubrir sus metas: \$156,749,608.07, resultado de multiplicar la meta por el costo promedio. Sin embargo, ni en la Ficha técnica del indicador ni en el POA se especifica si las “atenciones médicas” incluyen “consulta con prevención, vacunación y promoción por persona”, por lo que no es posible determinar que el documento de “Financiamiento” y el indicador del componente de “atenciones médicas” estén refiriéndose a lo mismo. Por lo tanto, no es posible afirmar que el presupuesto asignado al Programa sea o no congruente con las metas.

Por otra parte, el costo promedio reportado en el documento “Financiamiento” no es consistente con el costo unitario que menciona el documento “Ficha Informativa”, en el cual éste es de 195.50 pesos mexicanos por persona. Sin embargo, este costo unitario se calculó dividiendo los “Gastos totales” que tuvo el Programa según la “Ficha informativa” (\$12,559,649.70) con el total de población atendida (64,243), lo que no refleja el costo que debería tener cada servicio brindado, sino el que tuvo en la práctica. La diferencia entre este costo unitario (\$195.50) y el que se menciona en el documento de “Financiamiento” (\$535.81) es un indicio de que los servicios que se están brindando no cuentan con el financiamiento necesario y que, por lo tanto, podría haber una inconsistencia entre el presupuesto asignado y las metas. Sin embargo, esto no se puede afirmar hasta no contar con un costo promedio real de un servicio que tenga las características deseadas por los responsables del Programa.

31. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

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

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Justificación:

En el documento denominado "Ficha informativa" entregado por los responsables del Programa al equipo evaluador, se desglosa el presupuesto por capítulos y partidas como se muestra en los siguientes cuadros.

Cuadro. Desglose del presupuesto de DGPLADES-PFAM por capítulo de gasto, ejercicio fiscal 2017

DGPLADES - PFAM		PROGRAMADO
CAPITULO		
1000	Servicios Personales	11,850,749.70
3700	Servicios de traslados y viáticos	183,900.00
34501	Seguros de bienes patrimoniales	525,000.00
TOTAL		12,559,649.70

Fuente: Fuente: Coordinación Estatal del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, Ficha informativa, 12 de julio de 2018.

Cuadro. Desglose del presupuesto de Seguro Popular por partida, ejercicio fiscal 2017**Seguro Popular**

PARTIDA		PROGRAMADO
21101	Materiales y útiles de oficina	8,991.71
21401	Materiales para el procesamiento en bienes informáticos	34,759.21
26102	Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres destinados a servicios públicos y a la operación de programas públicos	2,050,517.55
29601	Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte	298,989.71
35501	Mantenimiento y conservación de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales	1,097,097.54
37901	Gastos para operativos y trabajos de campo en áreas rurales	2,755,970.00
	TOTAL	6,246,325.72

Fuente: Fuente: Coordinación Estatal del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, Ficha informativa, 12 de julio de 2018.

32. ¿El Programa presupuestario cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características?

- a) Los documentos normativos o institucionales están disponibles en la página electrónica, de manera accesible, del Ente Público ejecutor.
- b) Los resultados principales del Programa presupuestario son difundidos en la página electrónica del Ente Público Ejecutor de manera accesible.
- c) La información se presenta en un lenguaje sencillo, claro y directo, entendible para la ciudadanía
- d) Se cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto a la población destinataria o usuarios como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica del Ente Público ejecutor.

Tipo de pregunta: Binaria

Respuesta: Sí

Nivel	Criterios
4	El Programa presupuestario cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas y éstos presentan las cuatro características establecidas

Justificación:

Los documentos normativos (ROP) del Programa están disponibles en una página electrónica del ente ejecutor a nivel federal, ³⁶ de forma accesible, (a); así como también se encuentran accesibles los resultados principales del Programa a través de un enlace a las evaluaciones realizadas (b). El lenguaje y diseño de la página se considera sencillo pues la información se pone a disposición del usuario con esquemas gráficos (c) y se ofrece a la ciudadanía un teléfono o correo electrónico del Ente Público Ejecutor (d).

Empero, toda esta información, está disponible solo a nivel federal. Aunque se entregaron al equipo evaluador dos ligas electrónicas que dirigen al cierre de la MIR y del POA 2017, no se encontró referencia a estos vínculos en la página de los SESCH, ni otra información sobre el Programa a nivel estatal, que sea específica a las características locales.

³⁶ Véase: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-fortalecimiento-a-la-atencion-medica-antes-unidades-medicas-moviles?tab=> (Consultado: 21/08/2018)

33. ¿Con cuáles programas federales y/o estatales el Programa presupuestario evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

A nivel federal, existen Programas que están diseñados para atender enfermedades específicas, sin embargo, los que resultan mayormente apegados al Pp son los siguientes:

- **Modelo de Atención Integral (MAI):** La función de este Programa es proveer el acceso universal a la atención, debido a que su objetivo es “Alcanzar un Sistema Nacional Universal que permita garantizar el acceso efectivo a la atención médica.”
- **Política Nacional de Medicamentos (DGPLADES):** En específico, este programa busca eficientar el suministro de los medicamentos a nivel federal, ya que su visión es que “promueve el fortalecimiento de la cadena de suministro, a fin de optimizar los recursos y de ofrecer cada vez más y mejores servicios a la población usuaria de los servicios otorgados por las instituciones públicas de salud.”

A nivel estatal existen dos programas que se complementan con el Pp:

- **Programa “Apoyo con Pasajes”:** El programa tiene como función aportar apoyo económico a todas aquellas personas de escasos recursos que tengan que acudir a tratamientos o citas médicas a la ciudad de Chihuahua o algún otro Estado de la República. Este Programa resulta ser complementario debido a que no se plantea el cómo trasladar a los pacientes que requieran servicios de salud, sino ofrecer un apoyo económico directo para el traslado de pacientes en diferentes medios.³⁷
- **Atención Médica/Salud:** Se opera este programa a través del Instituto Chihuahuense de Salud el cual se describe como el “Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer y segundo nivel a la población en general, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Se consideran servicios tales como atención preventiva, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y hospitalización, así como la atención de urgencias en todos los niveles”.³⁸

Los cuatro programas resultan ser complementarios al Pp, ya que se enfocan en solventar las deficiencias que se encuentren respecto a la provisión de servicios salud en el Estado de Chihuahua.

³⁷ Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chihuahua. Dirección de Desarrollo Humano e inclusión. Consultado el 4 de sept-18 en: <http://www.chihuahua.gob.mx/info/programas-sociales-2017>

³⁸ Gobierno del Estado de Chihuahua. Matriz de Indicadores 2017. Consultado el 4 de sept-18 en: <http://www.ssich.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/MIR%202017.pdf>

VIII. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

34. ¿El Programa presupuestario promueve la igualdad de género y no discriminación contra las mujeres, y considera acciones para la disminución de las brechas de desigualdad?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

Atendiendo al apartado 6.9 de los *Lineamientos Generales de la Administración Pública Estatal para Regular los Procesos de Planeación, Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2018*, el cual especifica de qué manera debe estar diseñado el programa con perspectiva de género, según esta sección, la definición del problema debe contener esta perspectiva, no obstante, éste no cuenta con dicha característica, ya que está descrito de manera general. Así mismo, en el planteamiento de la MIR, el resumen narrativo no considera ningún aspecto de género o de desigualdad. Únicamente se desglosan los beneficiarios entre hombres y mujeres en el POA.

De igual forma, el universo poblacional descrito en el documento de Focalización no esclarece ningún enfoque diferenciado por género. Esta cuestión cobra mayor relevancia al tomar en cuenta que el Programa se encuentra alineado a diferentes Planes a nivel federal y estatal que incluyen la ayuda a grupos vulnerables.

Por otro lado, se considera que el programa sigue principios de igualdad considerados en la ROP 2017 ya que todos los habitantes de las localidades con cobertura del Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa, además de que no garantiza el estar afiliado al Seguro Popular para recibir el servicio. No obstante, a pesar de este esfuerzo, el Pp no hace explícito un análisis ni opera tomando en cuenta claramente una perspectiva de género.

35. ¿El Programa presupuestario propicia acciones para la realización de un derecho humano?

Tipo de pregunta: Análisis descriptivo

Justificación:

México ha ratificado diferentes convenios internacionales los cuales consideran que la salud es un tema prioritario para cualquier gobierno, ya que se “define el derecho a la salud como ‘un estado de completo bienestar físico, mental y social’ y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Los Estados deben asegurar ambas libertades y derechos.” (Red-DESC - Red Internacional para los Derechos Económicos, sf) así como, en el artículo cuarto constitucional se retoma que el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la ciudadanía.

Considerando lo anterior, el diagnóstico del Programa inicia realizando un recorrido histórico de los esfuerzos emitidos de la Secretaria de Salud para solucionar el problema público de interés para el Programa, ya que parte de la justificación es que “constituye uno de los principales esfuerzos de las políticas públicas en salud del Estado Mexicano, para resolver las graves limitaciones de cobertura de servicios de salud que aún prevalecen en la población de los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), municipios y localidades de muy alta y alta marginación, dadas las condiciones de dispersión poblacional en zonas orográficas de difícil acceso y que por lo tanto no tienen capacidad de recibir los beneficios de la red de servicios de salud”.

Considerando que la Constitución Mexicana menciona que el Estado debe garantizar el derecho a la salud, este Programa reitera el compromiso con la función principal de llevar la salud a todos los rincones del país.

Avances del Programa presupuestario o Fondo en el ejercicio actual

Según el documento de seguimiento a la MIR del segundo trimestre 2018, en la MIR del Programa para el ejercicio fiscal 2018 no se modificaron los elementos existentes, pero sí se agregó un nuevo componente, “Acciones de Fortalecimiento a las Redes Integrales de Servicios de Salud Realizadas”, y una actividad relacionada a dicho componente, “Realización de Mantenimiento a Equipo para detección de Angina de Pecho Realizado”. Según el mismo documento, al segundo trimestre del año no se reportaron avances en ninguno de los indicadores del Programa.

Por otra parte, en las ROP federales hubo algunos cambios en el diseño del Programa. Primero, el objetivo general era en 2017 “Contribuir a *cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país*, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud” y en 2018 pasó a ser “Contribuir a *asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con Calidad* mediante el otorgamiento de servicios de Atención Primaria a la Salud a través de UMM, por medio de la transferencia de recursos presupuestarios federales a las Entidades Federativas”. Por lo tanto, hubo un cambio de enfoque, al pasar de cerrar las brechas entre grupos y regiones a asegurar acceso efectivo a servicios de salud. De igual manera, se quitaron del objetivo una de las características de la población objetivo y ahora se especifica que el objetivo se logra mediante el financiamiento de los servicios en las entidades federativas. El equipo evaluador desconoce las razones que motivaron este cambio.

Segundo, se modificaron los criterios de focalización del Programa en las ROP federales. Como se mencionó en este informe, dichos criterios no eran del todo claros y no estaban concentrados en un solo apartado. Con la modificación de 2018, se dejaron únicamente dos criterios de focalización para seleccionar localidades que: 1) “no tienen acceso a servicios de salud por falta de Infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población”, y 2) cuenten “con una población menor a 2,500 habitantes”. De esta manera, se eliminaron los criterios relacionados con el IDH, la marginación, la dispersión geográfica, entre otros. Sin embargo, el equipo evaluador considera que es un cambio positivo si existen capacidades para cubrir a todas las localidades que cumplan con los dos criterios, pues es muy probable que dichas localidades coincidan con aquellas que presentan menor IDH, mayor marginación y dispersión, entre otros. Si el Programa no tiene la capacidad de atender con “acceso efectivo” a todas estas localidades, sí sería importante contar con mayores criterios de focalización para priorizar la atención de los grupos más vulnerables, como se sugirió en este informe.

Calidad y suficiencia de la información disponible para la evaluación

Las evidencias documentales son la materia prima de las evaluaciones, sin ellas no es posible valorar en este caso el Programa presupuestario. Gran parte de la Gestión para Resultados, el SED y el PbR depende de que las políticas se basen en evidencia, en mejor información para la toma de decisiones públicas.

A nivel internacional y nacional, se ha procurado que la mejora gubernamental esté acompañada de promover una práctica política que busque activamente el uso de evidencia utilizable, ya sea producto de investigaciones precedentes o bien de investigación aplicada original. El enfoque de políticas basadas en evidencias (Evidence-based policy research [EBPR], por su término y siglas en inglés) conjunta la posibilidad de que los servidores públicos generen las evidencias que les ayuden a tomar mejores decisiones y elecciones entre opciones de política pública³⁹.

Al respecto, es posible mencionar que el equipo evaluador recibió la información solicitada en los tiempos acordados y fue suficiente para llevar a cabo el análisis. Para futuras evaluaciones, se sugiere organizar de una manera más accesible la información y, de ser necesario, explicar al equipo evaluador en qué lugar se ubican los documentos solicitados, con el fin de reducir los tiempos en la búsqueda de datos dentro de los documentos enviados por parte de los evaluadores.

³⁹ Merino, Mauricio, et.al., *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública*, FCE-CIDE, México, 2010, pp. 291-292).

Hallazgos por tema metodológico

Tema	Hallazgos
II. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	La existencia del Programa se justifica porque busca resolver 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 mismo. Por último, el Programa no cuenta con un documento que sustente la existencia del Programa con evidencia teórica o empírica.
III. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	La visión y misión del Programa, establecidas en las ROP federales, son 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.
IV. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD	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.

<p>V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN</p>	<p>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.</p>
<p>VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS</p>	<p>El Programa cuenta con una MIR en la que, de manera general, no se cumple con la lógica vertical y horizontal, pues ambas 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.</p>
<p>VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS</p>	<p>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 información accesible del Programa en alguna página de internet del Ente Público ejecutor.</p>
<p>VIII. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS</p>	<p>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.</p>

Análisis FODA

	Factores internos	Factores externos
	Fortalezas	Oportunidades
II. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	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.	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.
	La dependencia cuenta con facultades legales para atender el problema.	-
	Debilidades	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.	-	
	Fortalezas	Oportunidades
III. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	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.	El Programa está alineado a los ODS, aunque no de manera explícita.
	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.	-
	Debilidades	Amenazas
	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.	-
	Fortalezas	Oportunidades

IV. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD	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.	-
	Debilidades	Amenazas
	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.	-
	Fortalezas	Oportunidades
V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN	El Programa cuenta con un documento denominado "Anexo 6_Población y localidades" en el cual se incluye información sobre las localidades de atención.	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.
	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.	
	Debilidades	Amenazas
	No 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.	-
	Fortalezas	Oportunidades
VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	El Programa cuenta con una MIR, aunque con algunas áreas de oportunidad.	-
	Debilidades	Amenazas
	La Matriz de indicadores para Resultados presenta algunas áreas de mejora en sus lógicas vertical y horizontal.	-
	Fortalezas	Oportunidades
VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS	La información a nivel federal de la operación y resultados del Programa es accesible y manejable a todo el público.	Cuenta con dos programas federales y otros dos programas estatales que funcionan como complementarios.
	Debilidades	Amenazas
	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.	-
	Fortalezas	Oportunidades
VIII. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	Sigue el principio de universalidad en la prestación de servicios de salud.	Existe una tendencia nacional y mundial hacia la inclusión de estas perspectivas en las intervenciones públicas, así como información para hacerlo.
	Debilidades	Amenazas
	El Programa no cuenta con una perspectiva de género de manera explícita.	-

Conclusión general

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 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 sociales y de salud y orientar mayores esfuerzos hacia dichas poblaciones. Para evitar excluir a poblaciones que enfrenten 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 éstas 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 surgió como una alternativa para 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 activa de todas las personas en 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 un enfoque comunitario integral de prevención y promoción de la salud.

Confidencialidad de la Información

“La Instancia Técnica Evaluadora reconoce que la información y documentación que Servicios de Salud Chihuahua como entidad contratante proporcionó, así como los datos y resultados obtenidos de la prestación de los servicios de consultoría, son propiedad de la Dependencia y/o Entidad contratante, con el carácter confidencial y/o reservado en términos de la normatividad aplicable y las disposiciones del Contrato/Convenio. El monto que la Dependencia y/o Entidad pague a la Instancia Técnica Evaluadora en los términos del contrato de prestación de servicios que suscriban, incluye la titularidad de los derechos patrimoniales a favor del Ente Público contratante, referente a los entregables y demás que resulten derivados de los servicios en materia de la contratación, por lo que la Instancia Técnica Evaluadora no tendrá derecho a cobrar cantidad adicional por este concepto; en el entendido de que la metodología, herramientas y demás conocimientos que el propio consultor utilice para la prestación de los servicios, seguirán siendo propiedad de éste último. Ambas partes acuerdan que la transmisión de los derechos patrimoniales referida en el párrafo anterior, será ilimitada en cuanto a su temporalidad, en atención a la inversión requerida para la presente contratación”

Anexos

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

Nivel de objetivo	Nombre del Indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición adecuada	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Variación porcentual anual del índice de mortalidad en la entidad	$((TMEt/TMEt_{-1})-1)*100$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Propósito	Variación porcentual anual del índice de morbilidad en la entidad	$((TMPRSSEt/TMPRSS\ CHt_{-1})-1)*100$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Compone	Porcentaje de acciones integrales de salud otorgadas	$((TAISPARPCSO/TAISPARPCSP)*100)$	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Actividad	Porcentaje de consultas médicas y atenciones no medicas	$((TCMANMOPARPCSO/TCMANMOPARPCSP)*100$	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Anexo II. Metas

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

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Metas		Unidad de Medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
		Descripción	Valor							
Fin	Variación porcentual anual del índice de mortalidad en la entidad	Mide la Variación del Índice de mortalidad en la entidad en el año en relación con al Índice de mortalidad en la entidad del año anterior	-3.04	Sí	Variación porcentual	Sí	El promedio de variación porcentual anual entre 2010 y 2016 es de -1.5, la meta es doblar esta cantidad	No	La meta es el doble de lo que se ha logrado en los últimos años en promedio. El Programa incide de manera muy indirecta en este indicador.	Acotar el indicador a mortalidad materna e infantil y las metas correspondientes.
Propósito	Variación porcentual anual del índice de morbilidad en la entidad	Mide la Variación del Índice de Morbilidad de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad de este año en relación al Índice de morbilidad de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad del año anterior	0	Sí	Variación porcentual	Sí	El promedio de variación porcentual anual entre 2010 y 2016 fue de -2.1. La meta está por encima de dicho promedio.	Sí	La meta está cerca del promedio de los últimos años, por lo que se considera factible. Sin embargo, cada año las variaciones fueron muy dispares. En 2017 la variación fue de 15.8.	Acotar el indicador a morbilidad materna e infantil y las metas correspondientes o a un indicador que mida la resolución de problemas de salud o la variación de la condición de salud de la población atendida.
Componentes	Porcentaje de acciones integrales	Mide el Porcentaje del total de atenciones	100	Sí	Porcentaje	Sí	El valor es el máximo que	No	Por lo general, hay factores que impiden	Ajustar la meta considerando los valores

	de salud otorgadas	integrales de salud a población de área de responsabilidad del Programa de Caravanas de la Salud otorgadas, en relación al total de atenciones integrales de salud a población de área de responsabilidad del Programa de Caravanas de la Salud programadas					se puede alcanzar.		que un Programa logre cumplir una meta de 100% a nivel de componente. De hecho, la meta alcanzada fue de 85%.	alcanzados en los últimos años
Actividades	Porcentaje de consultas médicas y atenciones no medicas	Mide la Variación porcentual del Total de consultas médicas y atenciones no médicas otorgadas a población de área de responsabilidad del Programa de Caravanas de la Salud otorgadas en relación al Total de consultas médicas y atenciones no médicas otorgadas a población de área de responsabilidad del Programa de Caravanas de la Salud programadas*100	100	Sí	Porcentaje	Sí	El valor es el máximo que se puede alcanzar.	No	Por lo general, hay factores que impiden que un Programa logre cumplir una meta de 100% a nivel de actividad. De hecho, la meta alcanzada fue de 85%.	Ajustar la meta considerando los valores alcanzados en los últimos años

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

Tema	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	1.5	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.
Contribución del programa a la planeación estratégica	2	No 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. También hay inconsistencias entre el resumen narrativo de la MIR del Programa en el Estado y las ROP federales.
Población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad	2	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, los pasos y criterios que usan los responsables del Programa en el Estado para definir las rutas no están por escrito y estandarizados. Por último, no se identificaron otras vías de solicitud de los servicios por parte de la población que podría requerirlos además del acercamiento directo a las UMM.
Patrón de beneficiarios y mecanismos de atención	4	Las ROP federales establecen que el Programa no deberá contar con un Padrón de beneficiarios por estar vinculado al Seguro Popular. Sin embargo, se considera indispensable contar con información socioeconómica y sobre la evolución del estado de salud de la población atendida en un programa cuyo propósito es mejorar la condición de salud de quienes atiende.

Análisis de la matriz de indicadores para resultados (MIR)	2.25	Las lógicas vertical y horizontal 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, al igual que las actividades no son necesarias y suficientes para producir y/o entregar los componentes. En la lógica horizontal, los indicadores son relevantes, económicos y adecuados, pero podrían ser más claros y se considera que no son monitoreables. Tampoco 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.
Presupuesto y rendición de cuentas	4	Los documentos normativos (ROP) del Programa están disponibles en una página electrónica del ente ejecutor a nivel federal, de forma accesible, así como también se encuentran accesibles los resultados principales del Programa a través de un enlace a las evaluaciones realizadas. El lenguaje y diseño de la página se considera sencillo pues la información se pone a disposición del usuario con esquemas gráficos y se ofrece a la ciudadanía un teléfono o correo electrónico del Ente Público Ejecutor. Empero, toda esta información, está disponible solo a nivel federal (aunque esto no reduce la calificación).
Valoración final	2.625	

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

En el documento denominado “Ficha informativa” entregado por los responsables del Programa al equipo evaluador, se desagrega el presupuesto por capítulos y partidas como se muestra en los siguientes cuadros. El equipo evaluador considera que hay una congruencia entre los gastos y el componente del Programa.

Cuadro. Desglose del presupuesto de DGPLADES-PFAM por capítulo de gasto, ejercicio fiscal 2017

DGPLADES - PFAM		PROGRAMADO
CAPITULO		
1000	Servicios Personales	11,850,749.70
3700	Servicios de traslados y viáticos	183,900.00
34501	Seguros de bienes patrimoniales	525,000.00
TOTAL		12,559,649.70

Fuente: Fuente: Coordinación Estatal del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, Ficha informativa, 12 de julio de 2018.

Cuadro. Desglose del presupuesto de Seguro Popular por partida, ejercicio fiscal 2017

Seguro Popular		PROGRAMADO
PARTIDA		
21101	Materiales y útiles de oficina	8,991.71
21401	Materiales para el procesamiento en bienes informáticos	34,759.21
26102	Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres destinados a servicios públicos y a la operación de programas públicos	2,050,517.55
29601	Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte	298,989.71
35501	Mantenimiento y conservación de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales	1,097,097.54
37901	Gastos para operativos y trabajos de campo en áreas rurales	2,755,970.00
TOTAL		6,246,325.72

Fuente: Fuente: Coordinación Estatal del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, Ficha informativa, 12 de julio de 2018.

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"> 1. Analizar y valorar la justificación de la creación y diseño del programa 2. Identificar y analizar la alineación y contribución del programa con la planeación estratégica 3. Identificar la población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad 4. Identificar y analizar el padrón o registro de beneficiarios y mecanismos de atención y entrega de apoyos 5. Analizar y valorar la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 6. Identificar y analizar la vinculación del presupuesto con el programa y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas 7. Identificar posibles complementariedades o coincidencias con otros Programas de la Administración Pública Federal (APF) y/o Estatal. 8. Identificar si el Programa en sus acciones considera la perspectiva de género y su atención a algún derecho humano. 	
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 brinde 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.
--

7. DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

7.1 Difusión en internet del informe final de la evaluación: http://www.chihuahua.gob.mx/info/evaluacion
--

7.2 Difusión en internet del presente formato: http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/dfiscal/
--

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

Apartado Metodológico	Aspectos Susceptibles de Mejora	Recomendación	Etapa del ciclo presupuestario al cual pertenece el ASM
II. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	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.	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" con el objetivo de incluir las características de la población que padece el problema y dar consistencia con las ROP Federales.	Planeación
	En el árbol de problemas, las causas no lo son realmente, 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.	Definir las causas y efectos más importantes del problema público, no necesariamente relacionados con el ámbito de la salud, para tener un análisis más completo del problema e identificar posibles vacíos en el diseño del Programa.	
	El Programa no cuenta con un documento con evidencia teórica o empírica que sustente la intervención, ni el tipo de atención que brinda.	Revisar documentos teóricos y evidencia de evaluaciones con el fin de identificar programas similares 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 o "Territorios Saludables" en Bogotá.	

Evaluación de Diseño	Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica	Mutua S.C.	Planeación y programación	
III. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	La vinculación del Programa con el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud está desactualizada.	Actualizar la alineación del Programa con el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2017-2021 con el fin de asegurar la contribución del Programa a la planeación estratégica.		
	No existe ningún documento en el cual se mencione la alineación del Programa con los ODS.	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 con el fin de asegurar la contribución del Programa a 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.	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.		
IV. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD	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".	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, con el fin de asegurar que se esté realizando de manera adecuada. 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.	Planeación	
	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.	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, con el fin de asegurar que la población más vulnerable accede a su derecho a la salud. 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, Colombia.	Seguimiento
	No hay consistencia en las ROP federales entre las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo, y los criterios de focalización.	Homologar las definiciones estatales de las poblaciones potencial y objetivo con los criterios de focalización de las rutas, en un documento de diagnóstico y diseño del Programa estatal, aunque en las ROP federales exista una inconsistencia, con el fin de garantizar que se esté atendiendo a la población que padece el problema de interés para el Programa.	Planeación
	El procedimiento que se sigue en el Estado para seleccionar las rutas de atención de las UMM no es del todo claro.	Elaborar un documento oficial de diseño del Programa con el propósito de explicar 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 en el Estado.	Planeación
	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.	Definir y publicar las vías de acceso o mecanismos por los cuales la población que requiere atención del Programa puede solicitarla, con el fin de contribuir a que las personas que tienen dificultades para recibir atención médica en sus comunidades puedan acceder a su derecho a la salud.	Planeación
V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN	No 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.	Integrar un registro de las personas que atiende, con el fin de 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	Seguimiento

		aprovechar las tecnologías de la información y la comunicación.	
VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	La Matriz de indicadores para Resultados presenta algunas áreas de mejora en sus lógicas vertical y horizontal. A continuación, se destaca un área de mejora con dos sugerencias, relacionadas con el Fin de la MIR, que se consideran importantes para mejorar la MIR y el diseño del Programa.	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, con el objetivo de garantizar que tenga una lógica vertical y horizontal.	Planeación y programación
	No es claro si la contribución del Programa a la reducción de la mortalidad general (Fin) sea directa y significativa y se deba incluir en la MIR, pues existen factores externos que afectan de manera importante la mortalidad en el Estado y no están bajo el control del Programa.	Analizar la pertinencia de que el Programa, más allá de la atención universal que brinde 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.	
		Reconsiderar el fin del Programa, el cual 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 con el fin de 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.	

Evaluación de Diseño	Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica	Mutua S.C.	
VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS	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.	Homologar la información sobre el presupuesto del Programa en los distintos documentos de diseño y seguimiento, con el propósito de tener mayor transparencia y evitar confusiones en torno al presupuesto.	Rendición de cuentas
	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.	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, con el fin de facilitar la elaboración de metas y la presupuestación.	
	No se identificó información accesible sobre el Programa en alguna página del ente público ejecutor.	Crear y publicar una página específica sobre el Programa con información accesible y con un lenguaje sencillo, claro y directo, entendible para la ciudadanía, con el fin de contribuir a la accesibilidad de la población potencial al Programa.	
IX. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	El Programa no cuenta con una perspectiva de género de manera explícita.	Incluir una perspectiva de género en el diseño del Programa con la finalidad de darle prioridad a grupos vulnerables y cumplir con los Lineamientos Generales de la Administración Pública Estatal para Regular los Procesos de Planeación, Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2018.	Planeación