

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas

**Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades
para el Ejercicio Fiscal 2008**

Marzo, 2009

Contenido

1. Síntesis Ejecutiva.....	1
2. Introducción	21
3. Descripción del Programa y sus principales resultados.....	22
3.1. Antecedentes.....	22
3.2. Fundamentos Legales	23
3.3. Descripción General	24
3.3.1. Instancias Ejecutoras del Programa	25
3.3.2. Instancias de Conducción Técnicas y Administrativas	27
3.4. Operación y Cobertura del Programa	27
3.5. Principales resultados de las evaluaciones 2001-2007	29
3.5.1. Evaluaciones 2001-2006	29
3.5.2. Evaluación 2007	31
4. Conceptualización de Procesos	33
5. Objetivos de estudio	34
5.1. Objetivo general de la evaluación.....	34
6. Metodología.....	35
6.1 Diseño de la estrategia de evaluación	35
6.1.1. Diseño de evaluación.....	35
6.2. Recolección de la información.....	38
6.2.1. Estudios de gabinete	38
6.2.2. Entrevistas informantes clave	39
6.2.3. Análisis cuantitativo	42
6.3. Plan de Análisis.....	44
6.3.1. Planeación	44
6.3.2. Abasto e Infraestructura.....	44
6.3.3. Otorgamiento de Servicios de Salud	44
6.3.4. Participación Comunitaria	51
6.3.5. Gestión	53
7. Resultados.....	55
7.1. Descripción del Programa	55

7.2. Descripción de procesos empíricos	57
7.2.1. Planeación	57
7.2.2. Abasto e Infraestructura.....	61
7.2.3. Otorgamiento de Servicios de Salud.....	67
7.2.4. Participación comunitaria	98
7.2.5. Gestión	114
8. Discusión de los resultados	125
8.1. Hallazgos generales.....	125
8.2. Limitaciones del estudio	136
8.2.1. Problemas en campo	136
8.2.2. Acceso a documentos.....	136
8.2.3. Limitaciones de la muestra	136
Referencias	137
Anexos	138
Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada para nivel central.....	138
Anexo 2. Guía de entrevista semi-estructurada para nivel delegacional	156
Anexo 3. Guía General para Grupos Focales	163
Anexo 4. Muestra de Unidades de Atención	167
Anexo 7.1.1. Esquema general de operación del programa IMSS-Oportunidades.....	170
Anexo 7.2.1.1. Flujograma del proceso de planeación.....	171
Anexo 7.2.2.1.1. Flujograma del proceso de adquisición de mobiliario y equipo médico	172
Anexo 7.2.2.2.1. Flujograma del proceso de adquisición de medicamentos y otros insumos	173
.....	
Anexo 7.2.2.2.2. Indicadores de Suministro de Material de Curación, Biológicos, Material Radiológico y de la Laboratorio.....	173
Anexo 7.2.2.3.1. Flujograma de elaboración del presupuesto.....	174
Anexo 7.2.3.1.1. Flujograma del proceso de adscripción	175
Anexo 7.2.3.2.1. Nivel de escolaridad de los usuarios de los servicios de salud.....	175
Anexo 7.2.3.2.2. Tipo de transporte utilizado para llegar a las unidades de salud	176
Anexo 7.2.3.1.2. Porcentaje de médicos y enfermeras que entiende alguna lengua indígena.....	176
Anexo 7.2.3.2.4. Distribución porcentual del nivel de estudios de los médicos y enfermeras después de estudiar medicina	177
Anexo 7.2.3.2.5. Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados en los últimos años	177

Anexo 7.2.3.2.6. Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados según especialidad médica e inducción a Oportunidades	178
Anexo 7.2.3.2.1.2.1. Antigüedad promedio del personal de salud del Programa.....	178
Anexo 7.2.3.2.1.2.2. Horas promedio diario de trabajo del personal de salud en las unidades de salud.....	179
Anexo 7.2.3.2.1.2.3. Guías clínicas utilizadas frecuentemente por los médicos y enfermeras del programa.....	180
Anexo 7.2.3.2.1.2.4. Percepción del personal de salud con la infraestructura de las unidades de salud.....	180
Anexo 7.2.3.2.1.2.5. Percepción del personal de salud con los insumos de las unidades de salud.....	181
Anexo 7.2.3.2.1.2.6. Percepción del personal de salud con respecto a la labor del personal de las unidades de salud	181
Anexo 7.2.3.2.1.2.7. Percepción del personal con los servicios de salud proporcionados	182
Anexo 7.2.3.2.1.3.1. Porcentaje de unidades médicas con disposición de energía eléctrica y agua entubada	182
Anexo 7.2.3.2.1.3.2. Áreas físicas de las UMR	183
Anexo 7.2.3.2.1.3.3. Porcentaje de unidades médicas con mobiliario y equipo completo	183
Anexo 7.2.3.2.1.3.4. Porcentaje de abasto de medicamentos en unidades médicas	184
Anexo 7.2.3.2.1.3.5. Porcentaje de abasto de insumos en unidades médicas	184
Anexo 7.2.3.2.7. Principales problemas detectados en las Unidades Médicas y Hospitales Rurales.	185
Anexo 7.2.3.2.1.4.1. Calificación del tiempo de espera antes de entrar a consulta	185
Anexo 7.2.3.2.1.4.2. Calificación del tiempo de consulta	186
Anexo 7.2.3.2.1.4.3. Porcentaje de pacientes que reporta haber detallado al médico su estado de salud	186
Anexo 7.2.3.2.1.4.4. Calificación de los pacientes sobre la privacidad de la consulta....	187
Anexo 7.2.3.2.1.4.5. Porcentaje de pacientes con procedimientos completos previo a la consulta	187
Anexo 7.2.3.2.1.4.6. Porcentaje de pacientes que reportaron la explicación del médico sobre su diagnóstico y tratamiento como muy clara.....	188
Anexo 7.2.3.2.1.4.7. Percepción del trato de los pacientes.....	188
Anexo 7.2.3.2.1.4.8. Porcentaje de pacientes que calificaron el trato o la atención del personal de salud como “muy buena o buena”	189
Anexo 7.2.3.2.1.4.9. Surtimiento de recetas en las unidades de salud	189

Anexo 7.2.3.2.8. Motivos de consulta en las unidades médicas.....	190
Anexo 7.2.3.2.1.5.1. Porcentaje de encuestados que llevaron un niño menor de dos años a consulta, a los que se les ofreció VSO.....	190
Anexo 7.2.3.2.1.5.2. Detección de bajo peso, sobrepeso y obesidad	191
Anexo 7.2.3.2.1.5.3. Porcentaje de procedimientos realizados a embarazadas.....	191
Anexo 7.2.3.2.1.5.4. Porcentaje de embarazadas que cumple con el número de consultas adecuado.....	192
Anexo 7.2.3.2.1.5.5. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes mayores de 40 años	192
Anexo 7.2.3.2.1.5.6. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes diabéticos	193
Anexo 7.2.3.2.1.5.7. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes hipertensos.....	193
Anexo 7.2.3.2.1.5.8. Porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos que tomó medicamentos a diario en la última semana	194
Anexo 7.2.3.3.1.1. Distribución del indicador “Cirugías diarias por quirófano”.....	194
Anexo 7.2.3.3.1. Desempeño en el indicador “Cirugías diarias por quirófano”	195
Anexo 7.2.3.3.1.2. Distribución del indicador “Consultas diarias por consultorio”.....	197
Anexo 7.2.3.3.2. Desempeño en el indicador “Consultas diarias por consultorio”	198
Anexo 7.2.3.3.1.3. Distribución original del indicador “Porcentaje de ocupación”.....	200
Anexo 7.2.3.3.3. Desempeño en el indicador “Porcentaje de ocupación”	201
Anexo 7.2.3.3.4. Ranking de productividad de las unidades hospitalarias del IMSS Oportunidades.	203
Anexo 7.2.3.3.1.4. Distribución del indicador “Porcentaje de nacimientos por cesárea”. ..	205
Anexo 7.2.3.3.5. Desempeño en el indicador “Porcentaje de nacimientos por cesárea” ..	206
Anexo 7.2.3.3.1.5. Distribución del indicador “Promedio de días de estancia hospitalaria”	208
Anexo 7.2.3.3.6. Desempeño en el indicador “Promedio de días de estancia”.....	209
Anexo 7.2.3.3.1.6. Distribución original del indicador “Tasa de mortalidad intrahospitalaria”	211
Anexo 7.2.3.3.7. Desempeño en el indicador “Mortalidad intrahospitalaria”	212
Anexo 7.2.3.3.1.7. Distribución original del indicador “Capacidad resolutive”.....	214
Anexo 7.2.3.3.8. Desempeño en el indicador “Capacidad resolutive”	215
Anexo 7.2.3.3.9. Ranking de calidad de las unidades hospitalarias del IMSS Oportunidades.	217
Anexo 7.2.3.3.10. Desempeño agregado del componente “Atención médica”	219
Anexo 7.2.3.3.2.1. Distribución original del indicador “Partos en menores de 20 años” .	221

Anexo 7.2.3.3.11. Desempeño en el indicador “Partos en menores de 20 años”	222
Anexo 7.2.3.3.2.2. Distribución del indicador “Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer”	224
Anexo 7.2.3.3.12. Desempeño en el indicador “Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer”	225
Anexo 7.2.3.3.2.3. Distribución del indicador “Niños bajo control nutricional”	227
Anexo 7.2.3.3.13 Desempeño en el indicador “Niños bajo control nutricional”	228
Anexo 7.2.3.3.2.4. Distribución del indicador “Niños bajo control nutricional”	230
Anexo 7.2.3.3.14. Desempeño en el indicador “Embarazos detectados en el primer trimestre”	231
Anexo 7.2.3.3.15. Ranking de acción comunitaria de las unidades hospitalarias del IMSS-Oportunidades	233
Anexo 7.2.3.3.16. Ranking global de desempeño de las unidades hospitalarias del IMSS-Oportunidades	235
Anexo 7.2.3.3.17. Ranking global de desempeño de las delegaciones del IMSS-Oportunidades en materia de atención hospitalaria	237
Anexo 7.2.3.3.18. Ficha narrativa de procesos y flujograma	238
Anexo 7.2.3.3.19 Procesos de AMP en el nivel comunitario	239
Anexo 7.2.3.3.20. Procesos de AMP en las unidades médicas.....	240
Anexo 7.2.3.4.1. Modelo de Flujograma. Ejemplo: Nivel unidades Médicas: atención del parto	242
Anexo 7.2.3.3.21. Procesos de vigilancia epidemiológica en la comunidad	243
Anexo 7.2.3.3.22. Procesos de vigilancia epidemiológica en las unidades médicas. Tuberculosis	244
Anexo 7.2.3.4.2. Modelo de Flujograma. Ejemplo: Nivel unidades Médicas: detección de casos de tuberculosis	245
Anexo 7.2.3.5.1. Flujograma del proceso de referencia y contrarreferencia.....	246
Anexo 7.2.4.1.1. Porcentaje de LAI que cuentan con ARS	247
Anexo 7.2.4.1.2 Número de Familias del Universo de Trabajo por PVR	247
Anexo 7.2.4.1.3. Flujograma del proceso de organización comunitaria.....	249
Anexo 7.2.4.1.4. Calificación a la función del ARS por parte de Oportuno-habientes	250
Anexo 7.2.4.1.5. Calificación a la función del PVR por parte de Oportuno-habientes	250
Anexo 7.2.3.1.6. Localidades de Acción Intensiva por cada Promotor de Acción Comunitaria	251
Anexo 7.2.4.2.1. Flujograma del proceso de capacitación	252
Anexo 7.2.4.3.1. Flujograma operativo de comunicación y educación	253

Anexo 7.2.4.4.1. Flujograma del proceso de Promoción de la Salud y Saneamiento.....	255
Anexo 7.2.4.5.1 Flujograma operativo de Contraloría Social.....	256
Anexo 7.2.5.1.1. Flujograma del proceso de vigilancia epidemiológica.....	257
Anexo 7.2.5.1. Proceso Supervisión - Asesoría	258
Anexo 7.2.5.2 Proceso Operativo Supervisión – Asesoría Nivel Central.....	259
Anexo 7.2.5.3. Proceso Operativo Supervisión-Asesoría (EGAS).....	260
Anexo 7.2.5.4. Proceso Operativo Supervisión-Asesoría (EM)	261
Anexo 7.2.5.5. Instrumentos del Proceso Supervisión-Asesoría	262
Anexo 7.2.5.6. Proceso Operativo Control y Seguimiento.....	264

FIGURAS

Figura 3.3.1. Modelo de Atención Integral de la Salud	25
Figura 6.1.1.1. Macroprocesos identificados en la evaluación de procesos de IMSS-Oportunidades	36
Figura 6.1.1.2. Identificación de procesos de IMSS-Oportunidades a partir de las ROP según el modelo de evaluación de CONEVAL.....	37
Figura 6.2.2.1. Personajes clave de nivel central entrevistados	40

CUADROS

Cuadro 6.2.2.1. Participantes en los Grupos Focales por Nivel y Delegación 41

Cuadro 6.2.3.1. Distribución las muestras de Unidades Médicas y Hospitales Rurales que se visitaron y de los pacientes encuestados por delegación 43

Cuadro 6.3.3.1. Desempeños asociados a puntajes Z en una distribución normalizada .. 49

Cuadro 8.1.1. Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de los Procesos ... 129

1. Síntesis Ejecutiva

De acuerdo con las Reglas de Operación (ROP) 2008, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2007, IMSS-Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal, que contribuye al desarrollo integral de los mexicanos y a la reducción de la pobreza en el país, al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población que carece de seguridad social, especialmente en zonas rurales y urbano-marginadas.

Se encuentra enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y contribuye principalmente al eje 3, Igualdad de Oportunidades, considerando a la salud como eje esencial para que las personas en situación vulnerable puedan desarrollar su potencial.

En el contexto de los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Programa IMSS-Oportunidades busca incidir en las causas y riesgos de la pérdida de la salud para contribuir al combate a la pobreza y al desarrollo del país, además de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Para lograrlo, el Programa se orienta a través del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), mismo que se fundamenta en dos grandes componentes:

- Atención Médica: Proporciona servicios de salud a la población y realiza la vigilancia epidemiológica.
- Acción Comunitaria: Integra y organiza a las comunidades, a través de la formación de voluntarios, para el fomento y desarrollo de acciones orientadas al autocuidado de la salud.

El Programa IMSS-Oportunidades opera con recursos del Gobierno Federal, aprobados por la H. Cámara de Diputados, que son canalizados a través de los ramos 12 (Salud) y 19 (Aportaciones a Seguridad Social) del Presupuesto de Egresos de la

Federación para el Ejercicio Fiscal 2008, por lo que su ejercicio y control debe cumplir con lo que ahí se estipula.

IMSS-Oportunidades persigue que el presupuesto se utilice de forma austera y responsable; empleando los recursos de manera eficiente y adecuada. De igual manera, el Programa está totalmente comprometido con los principios de transparencia y rendición de cuentas. Por lo tanto, se busca que la Evaluación Externa sobre la operación del Programa pueda garantizar, entre otras cosas, resultados sólidos y confiables.

Para el ejercicio fiscal 2008, el Programa IMSS-Oportunidades acordó con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) orientar la evaluación externa anual a una evaluación de procesos, la cual fue solicitada por el Programa al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y guiada por las especificaciones descritas en los Términos de Referencia (TDR) para la evaluación, propuestos por el CONEVAL y acordados entre IMSS-Oportunidades y el INSP. Este documento presenta la evaluación de procesos llevada a cabo en el marco de esta colaboración.

De acuerdo a los TDR, la evaluación de procesos, se entiende como el estudio del funcionamiento y la organización de los programas. Las ventajas de este tipo de análisis es que permite conocer los factores que sustentan la implementación con énfasis en la dinámica de operación. En general, las evaluaciones de procesos buscan analizar en que medida la operación y procesos del programa contribuyen al logro de sus objetivos, así como también si el marco normativo del mismo es consistente con el logro de los resultados que se plantea el Programa en cuestión.

En los TDR, se describe la propuesta metodológica planteada por el CONEVAL, la cual se retoma en el análisis que se presenta en este documento, con las adecuaciones y adaptaciones necesarias por las especificidades del Programa IMSS Oportunidades. El marco metodológico general busca ser homogéneo con el fin de facilitar la comparación entre los diferentes programas sociales sujetos a Reglas de Operación. La evaluación busca identificar las áreas de oportunidad de cada programa, de forma que se obtengan resultados que contribuyan a la mejora de su gestión.

Si bien la orientación de la evaluación de procesos planteada para el ejercicio 2008 es hacia la prueba de la metodología e instrumentos propuestos (con el fin de informar la mejora de los TDR para los siguientes ejercicios), el equipo evaluador del INSP consideró que la mejor forma de probar la metodología era llevar a cabo la evaluación de procesos, es decir, pilotear metodología e instrumentos mediante la definición y evaluación de los procesos de IMSS Oportunidades. De esta forma, y considerando las especificidades del Programa, además de atender los procesos estandarizados de CONEVAL, macro-procesos en términos de esta evaluación, se definieron, agruparon y clasificaron en macro-procesos que fueron identificados con base en los componentes y ejes principales mencionados en las ROP.

Es importante enfatizar que la evaluación llevada a cabo no se limitó a probar los instrumentos propuestos, sino que se orientó en proporcionar resultados sobre los procesos del Programa, siguiendo la lógica de los macro-procesos identificados, y haciendo énfasis en la calidad de los servicios que se ofrecen, como un elemento esencial para el logro de los objetivos del Programa.

El análisis de la calidad de los servicios se llevó a cabo siguiendo un abordaje metodológico empleado previamente para servicios similares, y que incluye recolección de información sobre la estructura de las unidades (infraestructura, equipamiento, abasto de insumos y medicamentos), entrevistas con los proveedores, y entrevistas con los usuarios. Tanto con los usuarios como con los proveedores se abordó la percepción de la calidad de los servicios, como indicadores de la misma, y se aplicaron en el ámbito de las Unidades Médicas Rurales (UMR) y de los Hospitales Rurales (HR).

Objetivos de la evaluación de procesos 2008

La evaluación tiene como objetivo general identificar, definir y valorar los procesos sustantivos, mediante una revisión de la normatividad y la operación del programa, con base en el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Asimismo, se orienta a identificar ventanas de mejora en el aspecto de diseño y cambios normativos, y de alguna forma de gestión para la mejor conducción del programa. Además, se propuso identificar aspectos de la calidad de los servicios que proporciona IMSS-Oportunidades, y la percepción de la

misma por parte de los usuarios, considerando estos como elementos centrales para el logro de los objetivos del Programa.

De acuerdo a los TDR, se buscó asimismo evaluar la propuesta metodológica para la evaluación de procesos de CONEVAL y sus instrumentos, a través de utilizarla como marco para la implementación de la evaluación.

Como objetivos específicos de la evaluación se plantea:

- Identificar los principales procesos operativos orientados al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Programa.
- Analizar las ROP y documentos oficiales para identificar elementos que sirvan de apoyo o referencia a las actividades que realiza el Programa.
- Realizar un análisis comparativo de los procesos normativos con respecto a los procesos operativos.
- Identificar, o en su caso construir, los principales indicadores que permitan evaluar la eficacia, oportunidad, suficiencia y pertinencia de los procesos considerando el cumplimiento de los objetivos del programa.
- Identificar las posibles áreas de mejora que permitan una readecuación de las ROP.
- Elaborar una matriz con las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) detectadas para cada proceso.
- Identificar la calidad de los servicios del programa IMSS-Oportunidades, y la percepción de los usuarios con respecto a la misma.

Metodología

El diseño de la evaluación de procesos implementado se basó en la propuesta planteada por el CONEVAL en los TDR, realizando las adaptaciones necesarias de acuerdo a las especificidades del Programa IMSS Oportunidades (tanto por el enfoque en entrega de servicios de salud, como por su esquema normativo), y de acuerdo a la experiencia del equipo evaluador.

La evaluación contempló (i) una revisión normativa y de gabinete, en especial, de las ROP para identificar los procesos formalmente establecidos por el Programa, y (ii) la obtención de información de campo, mediante la aplicación de entrevistas a proveedores, obtención de información de las características de las unidades de salud, entrevistas estructuradas a usuarios de los servicios médicos, y entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y operadores del Programa, todo esto con el objetivo de verificar empíricamente la ejecución de los procesos.

El CONEVAL, en su modelo de procesos, definió *a priori* ocho procesos (macro-procesos) sustantivos a considerar en la evaluación: (i) planeación; (ii) difusión; (iii) solicitud de apoyos; (iv) selección de beneficiarios; (v) producción o compra de apoyos; (vi) distribución de apoyos; (vii) entrega de apoyos; y (viii) seguimiento a la utilización de los apoyos.

A partir de la revisión normativa, el equipo evaluador llevó a cabo una identificación de macro-procesos y procesos del Programa, considerando el funcionamiento lógico de IMSS-Oportunidades, los que fueron posteriormente mapeados con relación a la propuesta de CONEVAL.

El análisis de las características propias del programa, en cuestión de administración y operación, sirvió de base para la definición de los macro-procesos correspondientes a los objetivos estratégicos. Si bien los señalados por CONEVAL son genéricos, y de alguna corresponden a la operación lógica de los programas de carácter social, difieren en algunos aspectos a la conceptualización de los servicios, a la operación del programa, y a las características propias de la población objetivo. Es decir, la clasificación planteada forzaba de entrada la operación lógica del programa, es por esta

razón que *a priori* se buscó el ordenamiento de las acciones y componentes que orientaran a un mejor entendimiento del programa, y por ende de la identificación de productos, clientes internos y vinculaciones entre niveles.

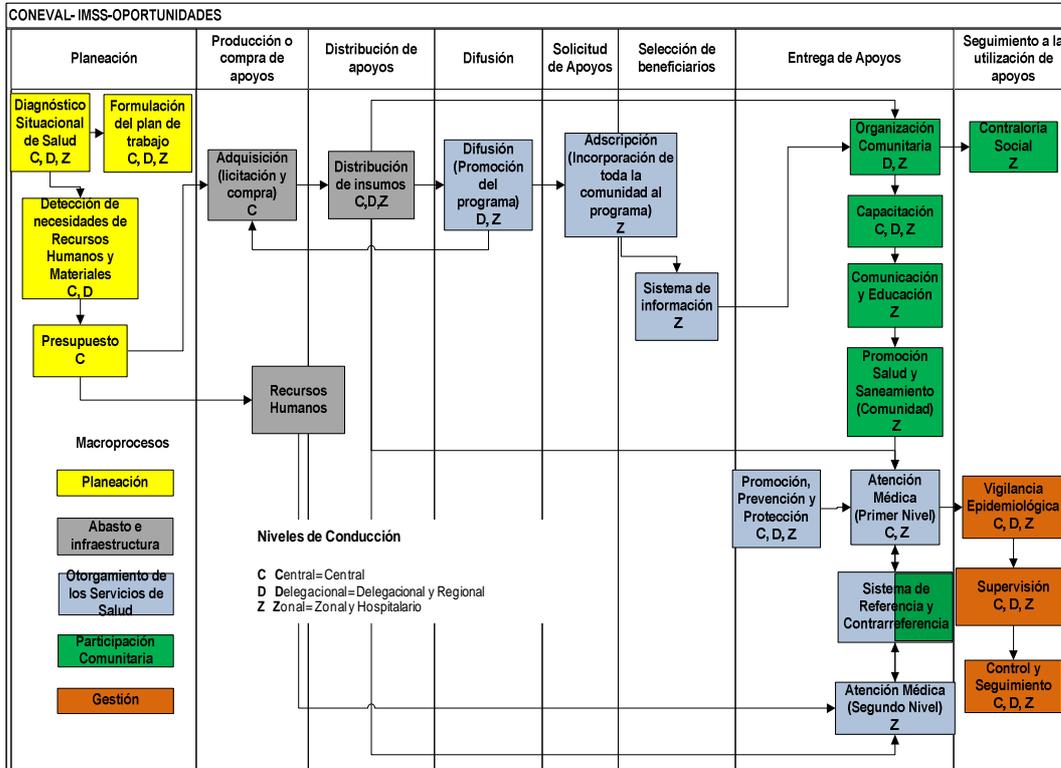
A través de la revisión de las ROP se identificaron procesos sustantivos vinculados al cumplimiento de los objetivos estratégicos, buscando mantener la integralidad y complementariedad de los principales componentes planteados en el MAIS, es decir, entre la atención médica y acción comunitaria.

A partir de esta revisión se procedió a identificar acciones generales y a clasificarlas en categorías vinculadas al cumplimiento de los objetivos, sin considerar áreas operativas dueñas de procesos. Esto permitió tener una visión general del programa a partir de la conceptualización encontrada en el marco normativo principal de referencia. Derivado de esta revisión se identificaron veintidós procesos, los cuales a su vez por su grado de interrelación se clasificaron en cinco macro-procesos.

Los cinco macro-procesos prioritarios para la operación del programa son: (i) planeación, (ii) abasto e infraestructura, (iii) otorgamiento de servicios de salud, (iv) participación comunitaria, y (v) gestión. Esta clasificación responde a la dinámica del Programa, la cual se orienta primero a la definición de aspectos prioritarios del Programa, recursos necesarios de operación, ejecución de las acciones correspondientes a los servicios que ofrece y, por último, al monitoreo y evaluación de las acciones ejecutadas.

En la figura a continuación se presentan de forma gráfica los procesos identificados, clasificados de acuerdo a los 5 macro-procesos mencionados, y mapeados con relación a los macro-procesos propuestos por el CONEVAL.

Identificación de procesos de IMSS-Oportunidades a partir de las ROP del Programa según el modelo de evaluación de CONEVAL



El estudio de gabinete se enfocó en la revisión de la información normativa, documental y bases de datos del Programa con el propósito de elaborar una ficha narrativa de la descripción de los procesos a evaluar y un flujograma. Posteriormente, esta descripción fue contrastada con la información procedente de las entrevistas a personajes clave, la información obtenida de las encuestas y con los datos provenientes de los sistemas de información del Programa como el SISPA y el Reporte Integral Hospitalario. Cabe señalar que, en algunos procesos, el Programa elaboró sus propias fichas narrativas, las cuales fueron consideradas en el aspecto operativo cuando no se encontraron documentos normativos que avalaran la formalización de los procedimientos plasmados.

Principales resultados y recomendaciones

El programa se apega en la mayoría de sus procesos a lo estipulado en las ROP 2008. Las diferencias sustantivas no se encuentran en la existencia de los procesos y acciones

en los diversos niveles, sino en la operación, procedimientos y grado de aplicabilidad en cada contexto. Las acciones planteadas en el programa son del conocimiento y dominio de los diferentes niveles de conducción, con excepción del proceso de adscripción, el cual no parece ser claro para los equipos delegacionales del programa, incluso en términos del concepto.

Los procesos normativos en general fueron identificados por todos los informantes, y definidos de acuerdo a su nivel de competencia y/o participación. En cuestión de identificación de procesos operativos se puede concluir que coinciden plenamente en conceptualización con los normativos, y en ninguno de los niveles se encontraron nuevos procesos que difirieran de los marcados en las ROP.

No obstante, si bien los procesos se llevan a cabo, estos se encuentran fragmentados: los resultados generados en cada proceso parecieran quedarse sólo al nivel de operación, sin verse una vinculación estructural sólida considerando todos los niveles, en especial el central. En este aspecto se puede hacer referencia al proceso de contraloría social, el cual se limita a tener carácter resolutivo a nivel de la unidad de atención, y participando el nivel central sólo en el sentido de consolidación de estadísticas al respecto. Otro ejemplo, es el proceso de supervisión-operativa, para el que los resultados y propiamente la cédulas generadas por los niveles delegacionales y zonales no se encuentran consolidadas para el análisis integral de las delegaciones, y por ende unidades de atención.

Con relación a la parte de documentos formales como manual de organización, instructivos y documentos afines a la operacionalización de los procesos, se detectó una ventana de oportunidad para el programa. Las organizaciones dependen tanto de la capacidad de los recursos humanos, para la aplicación correcta de los procesos, como de la formalización de estos procesos en documentos que sean guías de apoyo, e incluso lineamientos para la consecución de las acciones. Considerando la estructura organizacional de IMSS-Oportunidades se sugiere orientar esfuerzos en este sentido, y aprovechar la experiencia de su personal para la documentación de los procesos con el apoyo de un consultor externo especialista en la materia.

De esta forma, los tres retos más importantes identificados para el Programa son:

- i) la necesidad de documentar los procedimientos mediante los cuales se llevan a cabo los procesos, de manera que estos se implementen de forma estandarizada y homogénea;
- ii) en este mismo sentido, el segundo aspecto se refiere a la calidad de los servicios de salud que proporciona el Programa, y que de acuerdo a los resultados obtenidos es un área de oportunidad, para la cual un primer abordaje es moverse hacia la estandarización de la atención con el uso sistemático de guías clínicas u otros documentos estandarizados; y
- iii) reforzar la vinculación entre los niveles de conducción con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de manera eficiente.

Otro factor de relevancia para la operación de algunos de sus procesos es la comunicación e integración con la estructura delegacional del IMSS. En las ROP y en los instructivos de operación de los equipos se señala la dependencia jerárquica directa de éstos con respecto al Jefe de Prestaciones Médicas y al Delegado, implicando esto que la operación del programa está en función de esta estructura. Por esta razón, es necesaria una vinculación estrecha tanto del nivel central como del nivel delegación, sin embargo se infiere que ésta es mucho mayor con el primero. A partir de las entrevistas con los equipos delegacionales se pudo percibir que la relación con la estructura delegacional es más en un esquema percibido como de “apoyo”, y no, como se esperaría, de colaboración. Para fortalecer este aspecto de la interacción a nivel delegacional, se sugiere retomar las reuniones de la estructura delegacional y los equipos con una mayor intervención del nivel central en el aspecto de gestión y monitoreo.

En general, se pueden señalar los siguientes resultados para el programa:

- El IMSS-Oportunidades tiene 30 años de operación y una buena parte del personal entrevistado lleva más de 15 años trabajando en el Programa. Por tanto, resulta claro que uno de los activos más importantes del Programa es el capital humano. Esta experiencia ganada en la operación permite, a los responsables del Programa a nivel central, delegacional y zonal, estar en una situación en la cual pueden identificar las áreas de oportunidad y mejora de sus propios procesos.
- El IMSS-Oportunidades atiende más de 10 millones de personas con un presupuesto ejercido de 6.4 mil millones de pesos. En términos per cápita, el

Programa destinó alrededor de 620 pesos por cada persona adscrita. Esta cifra ubica al IMSS-Oportunidades por debajo de la SSA (1,540), IMSS (2,695) e ISSSTE (2,724)¹. Comparando solamente con esta última institución, que tiene el mismo tamaño de población de responsabilidad, el Programa recibe menos recursos. Por tanto, los resultados del programa se han alcanzado considerando el contexto de disparidad de recursos hacia la población objetivo del mismo, y seguramente en respuesta a la operación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

- El IMSS-Oportunidades tiene avanzado un programa de ampliación de la infraestructura que potencialmente puede beneficiar a familias en condiciones de vulnerabilidad económica y que, adicionalmente, impactará en el beneficio social de las comunidades más allá de la atención médica y la acción comunitaria. En este sentido, el Programa tiene una oportunidad para llevar a cabo una evaluación de impacto, tanto de la atención médica como de la acción comunitaria, y la protección financiera en salud.
- El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) responde adecuadamente a las necesidades de salud de la población objetivo. La base de personal comunitario (Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales) de más de 200 mil personas permite que el MAIS esté afianzado en las localidades donde opera el Programa. Estos recursos tienen que ser capacitados y entrenados permanentemente para la detección y seguimiento de embarazadas, y otro tipo de padecimientos para hacer más efectivo al Programa en sus ámbitos de atención médica y acción comunitaria.
- El IMSS-Oportunidades, con carácter general, desarrolla empíricamente sus procesos de conformidad con lo estipulado en las ROP 2008 y otros documentos normativos.² No obstante, la evaluación permitió observar que no hay procedimientos de ejecución de los procesos que se apliquen de manera homogénea y estandarizada en cada una de las delegaciones sino que, cada una

¹ Estos datos de las instituciones corresponden con datos 2007, toda vez que no se dispone de la información 2008.

² En los TDR de CONEVAL se señalan procesos normativos y empíricos. Cuando se utiliza el término "empíricamente" se está haciendo referencia a los que se llevan a cabo.

de ellas, operacionaliza sus procesos a partir de la experiencia de su personal. Esto evidentemente genera una innecesaria heterogeneidad que afecta la calidad de los servicios que se ofrecen, y que potencialmente podría incluso incrementar la inequidad entre las poblaciones.

- La supervisión-operativa es un mecanismo de “autoevaluación” del Programa. En general, este tipo de mecanismos tienden a generar resultados poco críticos, con tendencia a la autocomplacencia. Por tanto, el IMSS-Oportunidades podría buscar mecanismos de validación externa, sobretodo en niveles de conducción delegacionales y zonales que realizan permanentemente esta actividad. Estos pueden ser: (i) el intercambio de equipos de supervisión entre las delegaciones, y (ii) la inclusión de ONG´s, instituciones académicas, dependencias de gobierno, otros proveedores de salud como testigos o la misma comunidad que acompañen la supervisión-operativa (y firmen la misma cédula) y verifiquen la calidad de los servicios de salud, y que además puedan dar seguimiento a los compromisos delegacionales.
- La población además de utilizar los servicios del IMSS-Oportunidades, hace uso de otros proveedores, particularmente la SSA y los privados. Estos dos proveedores cobran por sus servicios y expone a las familias a incurrir en gasto excesivos por motivos de salud. En este sentido, el Programa debe investigar las razones por las cuales la población decide atenderse en otros establecimientos.

A continuación se señalan los resultados encontrados para cada uno de los cinco macro-procesos definidos para el programa:

Macro-proceso de Planeación

- El proceso de planeación no tiene un marco normativo suficientemente claro y adecuado lo cual se refleja en las ROP y los instructivos de operación. Por tanto, el desarrollo del proceso de planeación funciona más a partir de elementos inerciales, derivados de los años de experiencia del personal, que por medio de la normatividad.

- La evaluación permitió observar que el Programa tiene instructivos de operación para cada equipo delegacional y zonal pero carece de manuales de organización para el desarrollo de ciertos procesos y procedimientos relevantes. Esta carencia, que de alguna forma se subsana con la experiencia del personal, dificulta la necesaria estandarización de procesos. El IMSS-Oportunidades podría solucionar esta carencia a partir de la experiencia del personal y los documentos existentes, para llevar a cabo un proceso de certificación, tipo ISO 9000, para los procesos que lleva a cabo, en particular aquellos con mayor incidencia en los resultados.
- Los indicadores diseñados para monitorear el desempeño del Programa generan preguntas sobre el procedimiento seguido para su estimación, ya que no parecen corresponder con el contexto de población del Programa (por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil reportada es cerca de la mitad de la tasa nacional). Sería importante revisar con detalle los datos utilizados, y su representatividad.

Macro-proceso de Abasto e Infraestructura

- Por lo que se refiere a la infraestructura disponible en las unidades incluidas en la muestra para esta evaluación, se detectaron algunas carencias en espacios de acuerdo a lo que indican las ROP en cuanto a las áreas físicas. Cerca de 10% de las UMR visitadas cuenta con menos de 75% de los espacios físicos enmarcados en dicho documento, y 4 de los 15 hospitales no cuenta con áreas completas. Algunas razones que explican que estas 4 unidades no consignen las áreas físicas señaladas en las ROP son la multifuncionalidad de las áreas, y la posible confusión por parte del personal encuestado sobre el nombre de los espacios.
- El 40% de las unidades de salud no cuenta con el mobiliario y equipo médico completo. El que existan unidades con carencias en áreas y mobiliario y equipo médico, es un factor de inequidad entre las poblaciones, y afecta la capacidad de las unidades con carencias de proporcionar un servicio de calidad.
- Con respecto al abasto de medicamentos se encontró que 36% de las UMR y 6% de los HR tenían menos de 75% del cuadro básico de medicamentos disponible. Por otra parte, se encontró que 20% de las UMR tenían menos de 75% de los insumos médicos disponibles. Estas carencias están generando un factor adicional

de inequidad al interior de la población beneficiaria. Adicionalmente, generan heterogeneidad en los servicios que se proporcionan.

Macro-proceso de Otorgamiento de Servicios

- El sistema de referencia y contrarreferencia es uno de los procesos nodales del programa, principalmente por la interrelación del equipo de salud con la estructura comunitaria, y por el carácter preventivo y curativo. Sin embargo, hay dos situaciones que podrían contravenir el propósito de este sistema, por un lado la renuencia de médicos a realizar contrarreferencias, y por otro lado el grado de participación de la comunidad que es derivada. Del total de las derivadas por los Asistentes Rurales de Salud (ARS) a la Unidad Médica Rural es contrarreferida aproximadamente el 78% a nivel nacional. Sin embargo, se encuentra que al menos 10% de las delegaciones reporta un nivel de contrarreferencia del alrededor del 56%. Se recomienda hacer un seguimiento puntual en delegaciones o localidades donde se registra esta situación con el objeto de implementar estrategias.
- La percepción de la satisfacción de los usuarios y del personal de salud es muy importante para medir el desempeño del Programa. Esta percepción se mide solamente una vez por nivel central, cuando se realiza la visita de supervisión, y por la trabajadora social bimestralmente en los tres servicios de atención a nivel hospitalario. En este sentido, el IMSS-Oportunidades debería también recoger información sobre la percepción del desempeño del Programa en la población no usuaria de los servicios de salud, residente de las áreas de influencia, con la finalidad de captar las razones de no uso de los servicios que se proporcionan.
- El Programa obtiene una calificación positiva por parte de los usuarios de los servicios de salud en términos de la satisfacción y el trato recibido. Cabe señalar que el IMSS-Oportunidades surtió completamente el 84% del total de recetas, cifra que, en principio, resulta bastante alentadora, aunque deseable de mejorar.
- El IMSS-Oportunidades genera y participa en sistemas de información en salud relevantes como el SISPA y el Integral Hospitalario. La información disponible para

los evaluadores indica que esta información, al interior del Programa, únicamente se utiliza para el reporte de indicadores, sin llevar a cabo un análisis más integral de los mismos, que podría identificar aspectos de calidad, riesgos, y carga de la enfermedad. Para el programa resultaría importante analizar la calidad de los datos que se obtienen por estos sistemas (considerando la ruta completa de los mismos), ya que se han identificado algunas inconsistencias. Asimismo, llevar a cabo un proceso de revisión en el ámbito de la competencia interna de los sistemas para que los mismos permitan responder de forma más automatizada a la construcción de los indicadores comprometidos por el Programa, y finalmente considerar la elaboración de estudios (de forma interna o externa) que permitan generar mayor inteligencia a partir de los datos.

- El personal salud se percibe poco satisfecho con las instalaciones y el abasto de insumos pero muy satisfecho con la labor de sus compañeros y con los servicios proporcionados por la unidad de salud.
- Los horarios de atención médica en el primer nivel son, en promedio, de 8 horas diarias entre semana y mucho menos que eso en fines de semana. La población no decide cuando enfermarse. Con estos horarios, la posibilidad de que una persona con necesidades de atención médica encuentre cerrada la unidad de salud es considerable. Esta situación conlleva a que las personas busquen otro tipo de proveedores.
- La atención prenatal no responde completamente a lo esperado, ya que únicamente 70% de las embarazadas tiene el número de consultas mínimo aceptado para su control y al 95% de éstas se le realizaron las pruebas básicas (peso, talla, presión arterial, examen del abdomen y escucha de latido fetal). Hay un conjunto de procedimientos que no suelen realizarse a todas las embarazadas en todas las consultas; estos procedimientos son: muestra de orina y sangre, exploración de mama, revisión de pies, entre otras.
- El análisis de medición del desempeño de los HR permitió identificar a los 10 HR con los desempeños más pobres. Estos HR fueron: San Ildefonso Villa Alta (Oaxaca), San Felipe Ecatepec (Chiapas), Santiago Juchitán (Oaxaca),

Miahuatlán de Porfirio Díaz (Oaxaca), San Quintin (Baja California), Huautla de Jiménez (Oaxaca), Heroica Ciudad de Tlaxiaco (Oaxaca), San Buenaventura (Coahuila), Ocosingo (Chiapas) y San Juanito (Chihuahua). Como se aprecia, casi todos los HR se encuentran en las delegaciones de Baja California, Chihuahua y Oaxaca. Estas delegaciones necesitan priorizar sus acciones en partos en menores de 20 años, detección de embarazos durante el primer trimestre, cesáreas, mortalidad intrahospitalaria, y consultas y cirugías diarias.

Macro-proceso de Participación Comunitaria

- La cobertura de las localidades de acción intensiva con Asistentes Rurales de Salud en aproximadamente 94%, permite al programa operacionalizar el componente de acción comunitaria y con ello fortalecer el MAIS. Sin embargo, se observa que los Promotores de Acción Comunitaria desempeñan una labor difícil de cobertura. Se calcula que en promedio cada PAC tiene a su cargo 39 LAI, cifra que es correspondiente al número de ARS (1 por LAI), y a una población de 3,900 aproximadamente.
- La existencia de Promotores Voluntarios Rurales (PVR) es fundamental para el fomento de acciones preventivas, y sobre todo de seguimiento, es por esta razón que se recomienda valorar la responsabilidad de cobertura de 10 a 15 familias, y considerar como máximo 10. Para esto, sería conveniente hacer un estudio sobre la utilización del tiempo por parte de las voluntarias, así como de las implicaciones que conllevan en su propio entorno familiar. Haciendo un análisis se encontró que a nivel nacional en promedio corresponden 13.8 familias del Universo de Trabajo por PVR, y en algunas delegaciones de 16 a 17³.
- El programa se caracteriza por tener un alto grado de interrelación de parteras rurales y terapeutas tradicionales, según los datos registrados en el SISPA, aproximadamente es del 95% y 85% de los identificados respectivamente. El papel de las parteras consiste en identificar y derivar embarazadas dando prioridad a las

³ El cálculo se hizo considerando las familias de la Población Universo de Trabajo del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007 por carecer de este dato para el 2008. Considerando el número de familias adscritas al programa se calculan 17.4 por PVR, e incluso en algunas delegaciones se calculan 30, es importante razonar esta cifra considerando que son las familias potenciales de atención.

de alto riesgo, así como llevar a cabo actividades para salud reproductiva, otorgan consejerías y atienden partos. Por su parte, los terapeutas tradicionales se interrelacionan con el Programa a través de la atención de diferentes padecimientos y la derivación de las personas a la UMR.

- La estructura organizacional en el sentido de identidad y pertenencia influye enormemente en la operación de un programa o en los propósitos que persigue una organización. En este aspecto IMSS-Oportunidades no es la excepción considerando la parte operativa del programa en las unidades médicas rurales, pues aproximadamente el 39% del personal médico está conformado por pasantes cuya rotación es anual. Esto tiene implicaciones en el aspecto de interrelación con la estructura voluntaria comunitaria, y también con parteras rurales y terapeutas tradicionales. En este sentido es fundamental replantear y reforzar los cursos de inducción en el aspecto de crear conciencia en el personal médico de nuevo ingreso sobre la importancia de establecer vínculos comunitarios. Sería aconsejable promover que el médico pasante que lo antecedió participe en el curso de inducción compartiendo a los nuevos pasantes su experiencia en la comunidad como una medida de concientización entre “iguales”.
- Los Promotores de Acción Comunitaria disponen de un programa para capacitar a los Equipos de salud, sin embargo, no siempre se da cumplimiento a la impartición de temas dirigidos a orientar a los voluntarios en el desempeño de sus funciones. En este sentido, sería importante revisar si el problema tiene sus raíces únicamente al nivel del Equipo zonal o si puede ser resultado de una inadecuada capacitación o supervisión por parte del Equipo multidisciplinario.
- En términos normativos, hay documentos enfocados a describir con detalle un curso de capacitación dirigido a la ARS y a la partera rural. Sin embargo, no es así para actores de los EM, EGAS, EASZ, Equipo de salud. El tema de capacitación se aborda en las ROP y los Instructivos de operación, pero junto con otros temas y de forma segmentada. Sería recomendable replicar el formato de capacitación al resto de los niveles de conducción implicados en este proceso.

- El proceso de comunicación y educación se percibe normativamente como bien estructurado al contemplar varias estrategias de interacción con la comunidad, sin embargo se observa una mayor aplicación y desarrollo de los talleres comunitarios, y menor énfasis en el desarrollo de procedimientos y materiales en las estrategias de comunicación masivas y de persona a persona. Esto también puede percibirse en el SISPA al no haber un rubro asignado al registro de acciones emprendidas en la estrategia masiva de comunicación. En este mismo sentido se observa que el registro que se hace en general es por número de participantes, haciendo difícil identificar la cobertura real de la comunidad.
- Se carece de un mecanismo efectivo de evaluación del conocimiento adquirido por parte de los asistentes a los talleres comunitarios al término de éstos, así como del desempeño de las ARS y PVR que contribuya a reforzar las estrategias orientadas a su formación.
- Las disciplinas consideradas para el funcionamiento del MAIS siguen una lógica presencial en la integración de los equipos de conducción, excepto en el componente de acción comunitaria, pues se detecta que en el EGAS no existe la figura correspondiente. Esto implica la falta de acuerdos y concertaciones a nivel estatal para destinar más recursos al componente de acción comunitaria. Se recomienda valorar la pertinencia de la creación de la figura o en su caso hacer explícita la responsabilidad a alguno de sus integrantes.
- La asignación de recursos para la aplicación de tecnologías en salud está autorizada únicamente para llevar a cabo prácticas demostrativas. Por lo tanto, el seguimiento a las acciones de intervención focalizada emprendidas por el Programa pasa a depender de una eficiente gestión de recursos externos, de no ser así, la inversión del Programa no trasciende.
- Las actividades relacionadas con contraloría social están dispersas en varios documentos con especificidades que sólo se quedan al nivel de la comunidad y equipo de salud, sin hacer mención por ejemplo de las características de los buzones y ubicación exacta en las unidades, ni la participación y vinculación de otros niveles para dar respuesta a las observaciones emitidas por los oportuno-

habientes. En este aspecto es de suma importancia definir el papel del nivel central, ya que se concentra solamente en la cuantificación de las quejas clasificadas. Se recomienda el diseño de un documento que haga explícito el proceso, así como los niveles involucrados y las responsabilidades correspondientes.

- Se recomienda ampliamente fortalecer la promoción de contraloría social porque es un mecanismo que permite detectar ventanas de mejora con base en las observaciones emitidas por los beneficiarios. Como se señala en la evaluación se registró que cerca de 3% de los encuestados por INSP ha depositado una queja o sugerencia.

Macro-proceso de Gestión

- El proceso de supervisión-asesoría institucionalizado en el programa es un buen acierto como mecanismo de monitoreo, sobre todo por las características que conlleva de asesoría, y no solamente en el aspecto de “valoración” del cumplimiento de acciones y procedimientos. Sin embargo, su consolidación es mayor en el nivel central que en los otros niveles de conducción, por esta razón es necesario evaluar a detalle y reforzar su replicación en los otros niveles.
- Con respecto al análisis de calidad de la atención médica y la acción comunitaria, que se realiza como parte de las actividades de supervisión-operativa, se observó que no existe un documento que permita revisar la metodología de análisis y que las personas responsables de llevar a cabo la supervisión operativa desconocen el procedimiento de análisis. Estas personas simplemente llenan las cédulas y las capturan. En este sentido, El IMSS-Oportunidades debería: (i) elaborar un documento metodológico de análisis de la calidad de la atención médica, (ii) realizar reuniones con expertos en el área de la calidad de los servicios de salud donde se presente este documento metodológico para validarlo y, en su caso, modificarlo, y (iii) dar a conocer esta metodología de análisis a los supervisores.
- El proceso de supervisión-asesoría es más claro en el aspecto operativo cuando se trata de las áreas del nivel central, lo cual es evidente en la consolidación de

reportes de resultados. En el caso de los otros niveles no se identifican mecanismos de comunicación e integración de resultados de supervisión en un informe integral que esté vinculado con el nivel central. Se recomienda la integración, debido a que el nivel delegacional y zonal desempeñan un papel de supervisión constante con las unidades de atención, no siendo así a nivel central.

- La metodología se concentra solamente en explicar teórica-conceptualmente trazadores, siendo indispensable la construcción de una correspondiente al programa. Es decir, es necesario que se detalle el funcionamiento para la elección de trazadores de salud. Se infiere a partir del pre-diagnóstico, cédulas, y autoridades de nivel central que la elección de trazadores es con base en un panorama epidemiológico del país, e indicadores trazadores propiamente por hospital y zona de supervisión. Con este tipo de metodología se asume el riesgo de marginar focos de atención en lugares específicos, caracterizándose como restrictiva en su ejecución. Considerando que muy probablemente las ventajas sean en términos de costos podría darse en “cascada” en el aspecto de niveles de conducción.
- El mecanismo de evaluación de las cédulas de supervisión carece de un rigor estadístico y de un documento base que justifique su elección. De igual forma, los procedimientos para su aplicación y análisis resultan subjetivos al haber ausencia de un instructivo que homologue su práctica. Se sugiere la elaboración de un documento que haga explícito el análisis, y sobretodo que sustente la asignación y valoración de escalas de medición.
- El proceso de control y seguimiento se caracteriza por especificar en teoría por niveles de conducción y operación los mecanismos y la interrelación entre los equipos de salud, EM, EGAS, estructura delegacional y central. Sin embargo, en la operación es inexistente la interrelación en este sentido entre los equipos delegacionales y la estructura delegacional, concretándose solamente a “escritos”.
- La consolidación del proceso de control y seguimiento depende enormemente de la institucionalización de mecanismos de comunicación, gestión y seguimiento en todos los niveles. En este sentido se observa que estos se encuentran en el nivel

central con la estructura delegacional, mediante la formalización de compromisos de mejora y reuniones. Considerando el nivel delegacional, EM y EGAS, no se ubica esta consolidación, ya que esto depende en gran medida del grado de “aceptación” de la estructura delegacional e “integración” de estos equipos con las áreas correspondientes. Se recomienda en este sentido promover la comunicación efectiva entre los niveles conductores del programa y la estructura delegacional, mediante la creación de mecanismos como la calendarización de reuniones y horarios específicos, y validando su consecución a nivel central mediante indicadores y cotejamiento de documentos electrónicos.

- La existencia de un documento sobre la operación de la vigilancia epidemiológica a nivel hospitalario es un esfuerzo por homologar procedimientos, sin embargo la carencia de éste al nivel de las UMR es un vacío que es urgente atender, pues es en este contexto donde se genera una rotación constante de pasantes de personal médico.

2. Introducción

Este informe contiene los resultados de la evaluación externa del Programa IMSS-Oportunidades en su ejercicio 2008. Para su realización se consideraron las Reglas de Operación (ROP) del Programa vigentes durante el periodo evaluado, los Términos de Referencia de la evaluación y los lineamientos de CONEVAL sobre evaluaciones de procesos.

En el primer apartado se presenta una descripción general de la operación del Programa, sus principales componentes y resultados. Posteriormente, se expone brevemente la metodología y resultados de evaluaciones externas previas (2001-2007) y se ofrece una recapitulación de las instancias ejecutoras y de conducción, así como datos sobre la cobertura del Programa.

A manera de marco conceptual, en el siguiente apartado se presentan algunas definiciones generales que sustentan la metodología de evaluación de procesos. Más adelante, se exponen los objetivos generales y específicos, el diseño de la estrategia de evaluación y las técnicas de recolección de datos.

En la metodología se exponen los tres componentes en que fue dividido el diseño de evaluación: estudios de gabinete, análisis de entrevistas a funcionarios y análisis cuantitativo. Posteriormente, se describe el plan de análisis organizado a partir de los macroprocesos y procesos mencionados.

En el apartado sobre resultados se ofrece una descripción de los procesos elaborada con base en los datos empíricos recabados. En cada subapartado se incluye la normatividad aplicable al proceso, su contribución a los objetivos del Programa y un flujograma con las principales actividades que lo componen. También se exponen algunos aspectos que de acuerdo al análisis pueden fortalecer o debilitar la operación de los mismos en términos prácticos y normativos.

Finalmente, la discusión de los resultados resalta los hallazgos y aspectos generales que aplican a todo el Programa, concluyendo con algunas recomendaciones y sugerencias para el mejoramiento de la operación del Programa.

En síntesis, este documento plantea un panorama analítico sobre la operación del Programa IMSS-Oportunidades desde la metodología de evaluación de procesos. En este abordaje, el desempeño de los actores involucrados y la disponibilidad de insumos constituyen aspectos fundamentales que explican en gran medida la operación de los procesos. Es en este sentido principalmente hacia donde se orientan las recomendaciones propuestas al Programa.

3. Descripción del Programa y sus principales resultados

3.1. Antecedentes

El programa IMSS-Oportunidades se ha caracterizado por ser objeto de constantes evoluciones como respuesta principalmente a aspectos coyunturales. La primera de éstas se ubica en la modificación a la Ley del Seguro Social en 1973 que da origen a su creación. Como antecedente a éste se identifica al Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, el cual señalaba el otorgamiento de servicios de solidaridad social de primer nivel a la población rural.

La segunda de éstas la constituye la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) que en 1979 se une con el Instituto del Seguro Social, con el fin de aprovechar su estructura y experiencia para poder extender los servicios médicos brindados, a las zonas más rezagadas del país, dando inicio al Programa IMSS-COPLAMAR.

A finales de la década de los ochenta el Programa experimenta una nueva evolución, la cual se traduce en IMSS-Solidaridad, como resultado de la descentralización de los servicios de salud. Ésta se caracterizó principalmente por responsabilizar al IMSS, por instrucción presidencial, de la administración de los recursos del programa, llevando un registro por separado de los fondos otorgados para la operación de éste.

Para finales de los años noventa, se implementó el Programa de Educación, Salud y Alimentación, conocido como PROGRESA, orientado a generar movilidad social a través de inversiones de capital humano, y el cual fue relanzado en 2001 como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). En este sentido, se da la más reciente evolución del programa ya que en el 2002 se aprueba el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades. De igual forma, considerando esta población beneficiaria, el programa a partir del 2004 extiende sus servicios de atención médica a familias en áreas urbanas.

El programa IMSS-Oportunidades se consolida como uno de los ejes de la estrategia social del Gobierno Federal buscando contribuir a reducir la desigualdad al focalizar sus apoyos a la población más rezagada del país; en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo y en los objetivos del Programa Nacional de Salud y de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

Los recursos para su operación provienen en su totalidad del gobierno federal en específico del ramo 12 de "Salud" por conducto de la Secretaría de Salud, y adicionalmente con recursos provenientes del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad

Social". Su gasto se ejerce conforme a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Publico Federal y a los lineamientos del Presupuesto de Egresos de la Federación.

3.2. Fundamentos Legales

El programa IMSS-Oportunidades, se fundamenta legalmente dentro de:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 2, apartado B, fracción III, donde se establece la obligación de la Federación, Estados y Municipios, de asegurar a toda la población el acceso efectivo de los servicios de salud; y en su artículo 4 en su tercer párrafo, donde se establece el derecho a la protección a la salud de todas las personas
- b) La Ley General de Salud en sus artículos 5, 27, 35 y 36, 57 y 58.

El artículo 5º establece que el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, que presten servicios de salud. Los objetivos del SNS se establecen en el artículo 6º.

El artículo 27 define a los servicios básicos de salud y el artículo 28 establece la existencia de un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención y un Catálogo de insumos para el segundo.

Los artículos 35 y 36, establecen los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación en relación con los servicios a población abierta. La ubicación del Programa en zonas marginadas o de menor desarrollo económico y social, lo exime del cobro de cuotas de recuperación, por lo que la población como contraprestación, asume el compromiso de participar en la realización de acciones que contribuyan a mejorar su estado de salud.

El artículo 57 establece que la participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población. El artículo 58 establece las acciones en las que podrá participar la comunidad en los servicios de salud.

- c) Ley del Seguro Social en sus artículos del 214 al 216.

El artículo 214 establece que las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria en la forma y términos establecidos en los artículos 215 a 217 de la misma Ley del Seguro Social.

El artículo 215 insta a que el Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente a favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

El artículo 216 establece que el Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.

El artículo 216 A dispone que el Instituto atenderá a la población no derechohabiente en los casos siguientes:

- En situaciones de emergencia nacional, regional o local, o en caso de siniestros o desastres naturales.
- Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción de la salud.
- Y, en apoyo a los programas de combate a la marginación y la pobreza cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal.

3.3. Descripción General

El Programa IMSS-Oportunidades puede definirse como un programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de mexicanos que en el medio rural no tienen acceso a los servicios permanentes de salud.

La misión del programa IMSS-Oportunidades consiste en proporcionar atención integral a la salud con calidad y humanismo, para contribuir a mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población rural marginada, reducir la pobreza y estimular el desarrollo del país. Lo anterior, mediante una red regionalizada de unidades de primer y segundo nivel, vinculados por el sistema de referencia y contra-referencia, así como especialidades médicas hospitalarias, contando con la participación voluntaria, organizada, comprometida y continua de la comunidad.

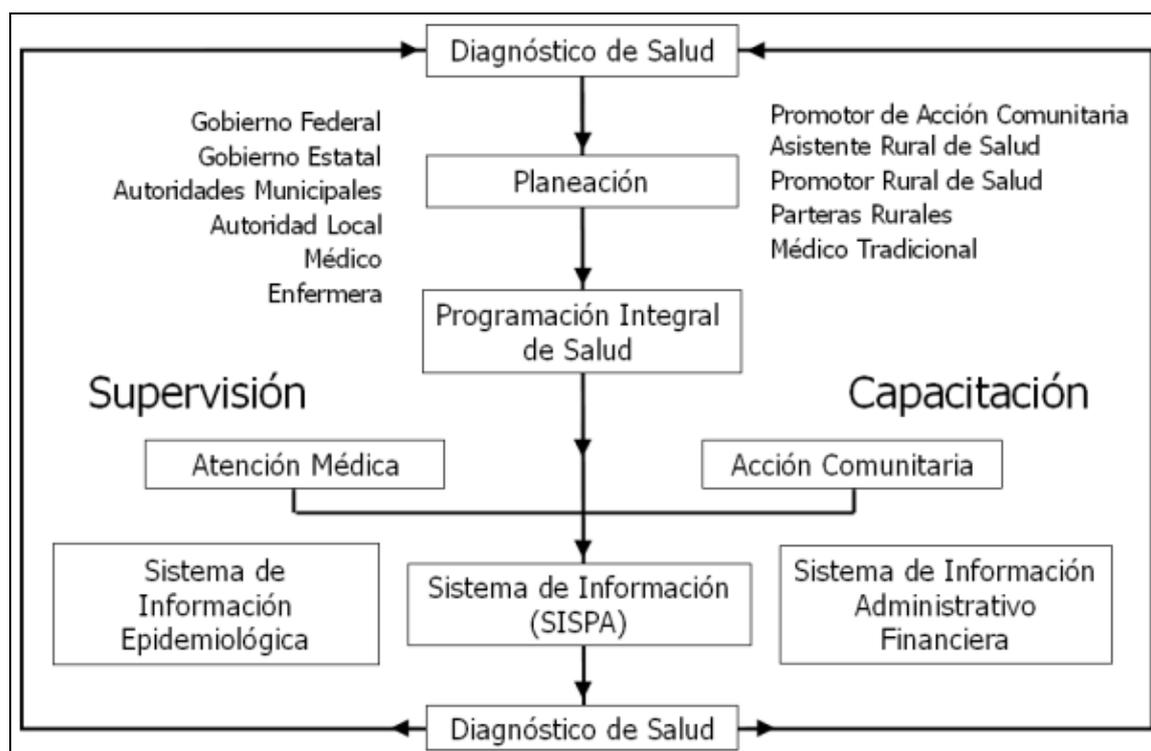
El programa IMSS-Oportunidades se sustenta en un modelo denominado MAIS (Modelo de Atención Integral a la Salud) diseñado para responder a las necesidades de la

población rural y actuar en consecuencia sobre las causas que propician la enfermedad y muerte de la población.

El Modelo de Atención Integral a la Salud, está respaldado en la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y tiene diferentes etapas de instrumentación (Ver Figura 3.3.1.)

- Elaboración del diagnóstico situacional de salud.
- Priorización de riesgos para la salud.
- Planeación de acciones en función de los recursos y las posibilidades.
- Programación de metas y ejecución de actividades.
- Supervisión y Evaluación periódica de los procedimientos, compromisos y resultados.

Figura 3.3.1. Modelo de Atención Integral de la Salud



3.3.1. Instancias Ejecutoras del Programa

Para la implementación del MAIS, en el caso de atención médica son las Unidades Médicas Rurales (UMR), Unidades Médicas Urbanas (UMU), Unidades Médicas Auxiliares (UMA), Unidades Móviles de Microrregiones Oportunidades (UMMO) y Hospitales Rurales

(HR) las responsables de aplicar el modelo. En el caso de acción comunitaria, las instancias responsables son el Supervisor de Acción Comunitaria (SAC), el Promotor de Acción Comunitaria (PAC) y la Organización Comunitaria, constituida por la Asamblea Comunal, el Comité de Salud, los Asistentes Rurales de Salud (ARS), los Promotores Voluntarios Rurales (PVR) y Urbanos (PVU), las parteras y los médicos tradicionales.

La atención médica se divide en primer y segundo nivel. En el primer nivel, por medio de las Unidades Médicas de Salud (UMR, UMU, UMA, UMMO), se otorgan servicios de medicina general y familiar. En el segundo nivel, por medio de los HR, se otorgan servicios de especialidades básicas y los servicios auxiliares de diagnóstico.

La promoción, prevención y protección de la salud consiste en un paquete de acciones realizadas en el primero y segundo nivel, encaminadas a atender las prioridades de salud pública definidas así por el Programa, o bien, la problemática sanitaria nacional o local. La atención a prioridades de salud pública es un conjunto de acciones que pretenden dar respuesta a las principales necesidades de atención a riesgos y daños de la población.

El objetivo principal de acción comunitaria es organizar a la población y fomentar una conciencia de corresponsabilidad entre los cuidados para con su propia salud y la de sus familias, que al mismo tiempo fortalezca las medidas de prevención contra enfermedades brindadas por el equipo de salud de Unidades Médicas de cualquier nivel y Hospitales Rurales.

El equipo de salud promueve la reunión con los grupos organizados de la comunidad para elaborar el diagnóstico de salud, identificar a la población de riesgo y los problemas epidemiológicos relevantes para ser analizados con los grupos voluntarios.

En comunicación y educación para la salud, el objetivo es formar y actualizar a los promotores voluntarios de la comunidad en cuanto a la prevención y control de enfermedades por medio de talleres de capacitación y formación.

El fomento de actitudes saludables consiste en promover en la comunidad, por medio de talleres delegacionales y zonales, comportamientos saludables para la familia y la comunidad que apoyen la prevención de enfermedades que deterioran el nivel de vida de la comunidad.

En el caso de complementación con la medicina tradicional, el objetivo es vincularse con la partera proporcionándole los insumos médicos necesarios y la capacitación suficiente para detectar y dar seguimiento a embarazos de alto riesgo

además de otras de educación sexual y reproductiva. Las actividades incluyen también realizar un “censo de parteras” mismo que constituye un documento de control interno.

La atención social en albergues consiste en brindar apoyo sin costo a la población usuaria de hospedaje, alimentación y sesiones educativas para el cuidado de la salud; particularmente a mujeres embarazadas y acompañantes de personas hospitalizadas de bajos recursos económicos y comunidades de difícil acceso, lejana y dispersas.

La Transferencia de Tecnologías para la Salud es promovida por el PAC y busca la generación de entornos favorables especialmente para la nutrición y salud, priorizando en el aprovechamiento de los medios de comunicación al alcance de la población que se adecuan a las necesidades, costumbres y habilidades de la gente.

3.3.2. Instancias de Conducción Técnicas y Administrativas

El IMSS-Oportunidades ha definido una estructura de equipos de conducción en sus diferentes niveles de operación los cuales se dividen en cinco niveles: (i) central, (ii) delegacional y/o (iii) regional, (iv) zonal, y (v) hospitalario.

El nivel central tiene como funciones la planeación, organización, supervisión, asesoría, evaluación y coordinación administrativa y de operación. Por su parte, el delegado se encarga de administrar el Programa en el ámbito estatal y es el responsable de supervisar, vigilar y coordinar la operación del mismo, para lo que cuenta con una estructura operativa que consta de los Equipos de Gestión, Asesoría y Seguimiento (EGAS) y los Equipos Multidisciplinarios (EM).

A nivel hospitalario, el cuerpo de gobierno se integra por un médico con especialidad quirúrgica (preferentemente), una enfermera, un administrador y un jefe de conservación de unidad, quienes cuentan con el apoyo de un coordinador en Salud y Consulta Externa y otro de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva.

La lógica de esta estructura orgánica del IMSS-Oportunidades proviene del modelo de supervisión-asesoría. Este modelo establece diferentes escalas de supervisión de la operación del Programa. De esta forma, el EM supervisa y asesora a un hospital y seis unidades médicas de primer nivel de atención.

3.4. Operación y Cobertura del Programa

El Programa opera en 17 entidades federativas y el Distrito Federal cubriendo localidades rurales y urbanas en condiciones pobreza y pobreza extrema. De acuerdo, con las ROP, 59% de la población objetivo radica en localidades de alta y muy alta marginación.

De acuerdo con datos del IMSS-Oportunidades, el Programa alcanza una cobertura geográfica de 17,430 localidades ubicadas en 1,356 municipios, de los cuales

90 pertenecen a los 125 municipios identificados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) como de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Esta cifra representa más del 70% de los 125 municipios más pobres.

Los servicios del programa se brindan a la población en general en las UM de primer y segundo nivel, ya que no se tienen establecidos criterios de selección, métodos o procesos de incorporación. Las zonas de influencia del IMSS-Oportunidades, en el ámbito ambulatorio (UM), cubren localidades menores de 5 mil habitantes y, en el ámbito hospitalario (HR), cubren un conjunto localidades cuyo tamaño poblacional promedio es de 120 mil habitantes.

El apoyo del IMSS-Oportunidades en las comunidades es básicamente en especie por medios de servicios integrales de salud de naturaleza preventiva y curativa, así como de tipo comunitario para impulsar el desarrollo familiar y de la población, y en general en beneficio de su salud.

En 2008, de acuerdo con los datos reportados por el Programa en los indicadores PASH y SISPA, la población adscrita al IMSS-Oportunidades ascendió a 10,284,017 personas, equivalentes a 2.7 millones de familias. De éstos, 94% son residentes de localidades rurales y 6% urbanas. Según datos calculados por el mismo programa, de la población atendida 33% es indígena, 95% son oportunohabientes y el 5% restante son derechohabientes, 52% de la población son mujeres, y 61% de los adscritos son menores a 30 años y el 7% supera los 60 años de edad.

Es decir, considerando que de acuerdo a las estimaciones oficiales para el país únicamente 8.4% de la población es indígena, IMSS Oportunidades tiene una clara concentración en este grupo, lo que se explica por el importante traslape entre marginación y población indígena. Por otra parte, la población atendida se integra por un porcentaje mayor de mujeres con relación a la nacional, en la que suman 50.8%.

De acuerdo a las cifras que integra y genera el Programa, el desempeño general muestra que la tasa de mortalidad infantil fue 7.9, la tasa de menores de 5 años fue 9.6 y la razón de muerte materna fue 16.4. Estos datos están muy por debajo de la media nacional, lo que genera preguntas sobre su estimación. En principio, de acuerdo al perfil de la población atendida, se esperarían mayores retos en salud en esta población. Si las cifras corresponden en realidad a la población del Programa, se podría entonces hacer necesario revisar la focalización del mismo. En todo caso, los datos reportados por el Programa merecen una revisión detallada.

Con respecto a los recursos humanos, de acuerdo con datos del Programa, el personal contratado en 2008 ascendía a más de 22 mil personas. El número de profesionales de la salud ascendió a 11,591, de los cuales, 4,108 eran médicos, 6,830 enfermeras y 653 paramédicos. Estos datos sumados a las más de 6 mil parteras y 2 mil terapeutas nos llevan a más de 19 mil profesionales. El número de médicos y enfermeras por 1000 habitantes fue 0.40 y 0.66, cifras que están por debajo del promedio nacional (1.4 y 1.9, respectivamente).

Con relación a la infraestructura inmobiliaria, de acuerdo con las ROP, el Programa cuenta con 3,843 unidades de salud, de los cuales 3,548 son Unidades Médicas Rurales, 226 Unidades Médicas Urbanas y 69 Hospitales Rurales distribuidos en 25 entidades federativas del país. La red de servicios está conformada por 51 Unidades Médicas Rurales (UMR) por cada Hospital Rural (HR). Dentro de los HR se tienen registradas 2,757 camas, 653 consultorios y 70 salas. La proporción de camas y consultorios por 1000 habitantes fue 0.27 y 0.06; cifras que se encuentran muy por debajo de la media nacional (0.7 y 0.5, respectivamente).

3.5. Principales resultados de las evaluaciones 2001-2007

3.5.1. Evaluaciones 2001-2006

Las evaluaciones del Programa IMSS-Oportunidades desde el periodo 2001-2006 se enfocaron a tres componentes: Estructura, Proceso y Resultados y se centró en los servicios prestados por el Programa.

Las fortalezas identificadas del Programa fueron su filosofía, los recursos, la supervisión, la capacitación, la participación ciudadana y la gratuidad de los servicios; así como los sistemas de apoyo que le permitieron mantener en condiciones operativas una amplia red de servicios ubicados en sitios donde se requería desplegar un esfuerzo logístico continuo.

Dentro de las evaluaciones a la calidad de la atención médica, a través del grado de satisfacción y las expectativas de los servicios obtenidos y otorgados de los usuarios y prestadores de servicios, las evaluaciones reportaron un buen nivel de satisfacción. En esos estudios, el trato del personal médico fue percibido como amable en el 99% de los casos, por delegación se encontró diferencia significativa ya que todos los resultados son superiores al 95%.

Sin embargo, dentro de la evaluación realizada en el año 2005 se señaló que la población indígena mostró una propensión del 5.5% al no sentirse satisfechos siendo beneficiarios activos.

Por otra parte, se mencionó insuficiencia en la plantilla autorizada y se destacó que aunque el Programa había operado con una plantilla de personal insuficiente para hacer frente a incremento de la demanda de los servicios de salud, la calidad técnica y el compromiso social del personal disponible era la principal fortaleza que estimulaba el logro de los objetivos delineados en el Modelo de Atención Integral a la Salud.

Una recomendación derivada de las evaluaciones 2001-2006 fue que cada año o cada dos años se revisara la relación directa entre el crecimiento de la población, la plantilla autorizada y la inversión en infraestructura, dado que estos tres aspectos son señalados como básicos para evaluar la eficiencia de una plantilla laboral y el impacto que se está teniendo en la prestación de servicios de salud en las comunidades.

Otro punto importante para la obtención de beneficios de la comunidad es la coordinación interinstitucional o intersectorial, y de acuerdo a las evaluaciones externas se identificó que el 56% del equipo de las unidades médicas tenían coordinación con el DIF, el 33% con INEA, el 23% con SEDESOL, el 13% con CNA y el 25% con otras dependencias.

Las debilidades explicadas como las más importantes fueron señaladas en la dificultad de los procesos de gestión de las finanzas del programa con la Secretarías de Salud y de Hacienda para incorporar nuevas tecnologías apropiadas a las áreas operativas del Programa, pues no se contaba con una instancia que vigilara el ejercicio del gasto. Por otra parte, se mencionó que para promover la seguridad laboral, era importante que el área central de recursos humanos fortaleciera una visión de administración de capital humano, reduciendo el énfasis en la centralización de las relaciones laborales, de forma que se propiciará un entorno más favorable tanto para la institución como para los trabajadores del Programa.

En cuanto al abastecimiento de materiales, los que se mostraron por debajo del suministro requerido fueron: material de curación, material radiológico, material de laboratorio y material diverso. En este sentido, la evaluación externa sugirió a las autoridades centrales del Programa poner especial énfasis en los niveles de estos cuatro últimos rubros ya que la situación fue persistente para el año 2006.

Otro punto débil del Programa señalado por los evaluadores externos, fue que no se contaba con un sistema de información congruente a las características estructurales y de procesos de la toma de decisiones que satisficieran los requerimientos de la administración de los recursos humanos, o bien, los que pudieran resultar de la implementación de un nuevo modelo de administración, por lo que se consideraba

necesario consolidar el sistema de información SISPA, para que los datos que lo alimentan fueran consistentes con el avance del Programa de manera adecuada.

Respecto a la programación de capacitación de los equipos de salud a los voluntarios de la comunidad, de acuerdo a los evaluadores externos, únicamente 88% de las unidades médicas contaron con el programa de capacitación continua para los voluntarios de la organización comunitaria para la salud.

En cuanto a la capacitación orientada a la promoción de la salud reflejaron resultados poco favorables y se sugirió rediseñar la estrategia dirigida a las mujeres, ya que la señalada en las ROP no cumplía con la efectividad del objetivo de “promover el auto cuidado de la salud integral de las mujeres a fin de mejorar su calidad de vida”.

De acuerdo a las evaluaciones 2001-2006, las ROP del Programa IMSS-Oportunidades se cumplieron de manera satisfactoria en cuanto a cobertura en los 17 estados de la República donde opera, así como en la instrumentación de las acciones que lo integran, sin embargo, se señaló que el programa IMSS-Oportunidades no contaba con un método propio que ayudara a cuantificar y determinar a la población potencial y objetivo.

Las evaluaciones externas señalan que el gasto destinado a IMSS-Oportunidades mostró una tasa de crecimiento de 41.7% de 2001 a 2006, lo que representó 1,727 millones de pesos. Respecto al desempeño del Programa, se encontró un 47% en la satisfacción de las necesidades de salud de la población objetivo, un 3% de la eficiencia de la acción comunitaria, 20% en la disminución de los daños a la salud en la población objetivo y 41% en la efectividad en satisfacer sus necesidades básicas en 2006 respecto de 2005.

3.5.2. Evaluación 2007

La evaluación abarcó seis temas de valoración: diseño, planeación estratégica, cobertura y focalización, operación, percepción de la población objetivo y resultados. Los temas se abordaron mediante un total de 100 preguntas, la mayoría con respuesta binaria (Sí/No) enfocadas a explorar los diferentes componentes de cada tema.

De acuerdo a los resultados obtenidos por el consultor externo, se señaló que a pesar de tener identificado y claramente definido el tipo de población al que está dirigido el Programa, no se encontraban cuantificadas la población beneficiaria y la potencial.

Dentro de la evaluación realizada en 2007, se señaló que IMSS-Oportunidades no contaba con un plan estratégico particular que permitiera asegurar la implementación de estrategias que apoyaran la obtención de los resultados planteados en las metas

presupuestales y poder definir claramente su participación en el corto, mediano y largo plazo a los objetivos definidos en el Programa Estratégico IMSS, aunque se reconoció la vinculación existente entre los objetivos estratégicos del Programa con los de IMSS y el Plan Nacional de Desarrollo.

Es importante mencionar que en estas evaluaciones no se identificaron procedimientos que permitieran medir el costo-efectividad en la ejecución del Programa IMSS-Oportunidades, que ayudara a definir los recursos necesarios para la obtención de los objetivos propuestos.

Por otra parte, se señaló que el Programa trabaja bajo un sistema de supervisión-capacitación por niveles jerárquicos constituido por equipos zonales que integran el servicio de información del programa, el cual se desarrolla de forma ascendente en las delegaciones y el nivel central, con lo cual validan la información generada por los indicadores que miden el desempeño del programa a nivel de fin, propósitos, componentes y actividades e insumos; sin embargo, se subrayó que no tiene cuantificado el tamaño de la muestra óptima para la medición del indicador, especificando niveles de significancia y el error máximo de estimación.

Otra acción importante que sugieren podría contribuir a mejorar la eficiencia del Programa es la certificación de unidades médicas y elevar la calidad de la atención y estandarizar los procesos de atención, principalmente en las unidades hospitalarias. En este punto es importante comentar que los evaluadores externos no son muy claros en cuanto a qué tipo de certificación sugieren.

Finalmente, al analizar la vinculación de las ROP o normatividad aplicable con los objetivos del Programa se detectó que la lógica interna de este no posee congruencia con todos los elementos descritos en la metodología del marco lógico en sus ROP, por lo que los evaluadores externos sugirieron un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos e indicadores de resultado que permita medir el nivel de logro alcanzado.

4. Conceptualización de Procesos

El reconocimiento y el análisis de procesos para la operación de programas, y por ende organizaciones, es de suma importancia para la consecución de los objetivos estratégicos. Estos permiten identificar procedimientos, responsables e insumos necesarios para la generación de productos, en general vistos desde el concepto de cualquier organización (Harbour, 1995).

En términos generales un proceso es definido como:

La transformación de entradas (insumos) en salidas, (bienes y/o servicios) por medio del uso de recursos físicos, tecnológicos, humanos, etc. (Omachonu, 1995).

Considerando esta definición, los procedimientos que conforman un proceso son todas aquellas acciones que siguen un orden lógico para la producción específica de un bien y/o servicio final o intermedio. En este caso los productos de IMSS-Oportunidades están conformados por aquellos que llevan al cumplimiento de los objetivos específicos marcados en las ROP.

Con respecto a los “clientes” finales o directos de los servicios que produce IMSS-Oportunidades son sin duda los beneficiarios de los servicios curativos, preventivos y de acción comunitaria. Sin embargo, es importante tener en cuenta que para poder atender a esta población participan de alguna forma “clientes internos” en la organización, en este caso áreas y/o niveles de conducción y operación, los cuales en algunos procesos desempeñan el papel de proveedores y en otros de clientes (Omachonu, 1995).

En general, este tipo de evaluación de procesos tiene como objetivo evidenciar la importancia de la identificación de procesos tanto a nivel normativo como operativo, porque contribuye a la actualización de marcos normativos, e incluso la estandarización, regionalización y formalización de mecanismos operativos y sustentos normativos que conlleven a la ejecución correcta del Programa.

5. Objetivos de estudio

5.1. Objetivo general de la evaluación

La evaluación tiene como objetivo general identificar, definir y valorar los procesos sustantivos, mediante una revisión de la normatividad y la operación del programa, con base en el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Asimismo, se orienta a identificar ventanas de mejora en el aspecto de diseño y cambios normativos, y de alguna forma de gestión para la mejor conducción del programa. Además, se propuso identificar aspectos de la calidad de los servicios que proporciona IMSS-Oportunidades, y la percepción de la misma por parte de los usuarios, considerando estos como elementos centrales para el logro de los objetivos del Programa.

De acuerdo a los TDR, se buscó asimismo evaluar la propuesta metodológica para la evaluación de procesos de CONEVAL y sus instrumentos, a través de utilizarla como marco para la implementación de la evaluación.

6. Metodología

6.1 Diseño de la estrategia de evaluación

6.1.1. Diseño de evaluación

El diseño de la evaluación de procesos implementado se basó en la propuesta planteada por el CONEVAL en los TDR, realizando las adaptaciones necesarias de acuerdo a las especificidades del Programa IMSS Oportunidades (tanto por el enfoque en entrega de servicios de salud, como por su esquema normativo), y de acuerdo a la experiencia del equipo evaluador. El Modelo de Procesos elaborado por el CONEVAL contempla dos mecanismos para la obtención de la información:

- 1) Revisión normativa y de gabinete, en especial las ROP, con el objetivo de identificar los procesos formalmente establecidos, o en su caso, planteados como deberían de ejecutarse; y
- 2) Obtención de información de campo, mediante la aplicación de encuestas a personajes clave, entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y operadores del Programa, con el fin de identificar los procesos operativos a través del personal directivo, responsables y ejecutores de éstos.

La clasificación de macro-procesos sugerida por CONEVAL plantea que debe ser aplicada una vez que se hayan identificado los procesos operativos sustantivos para el Programa. Sin embargo, se consideró desde la revisión normativa la identificación de los procesos, primero con respecto al funcionamiento lógico del programa IMSS-Oportunidades y, segundo, considerando la clasificación de CONEVAL.

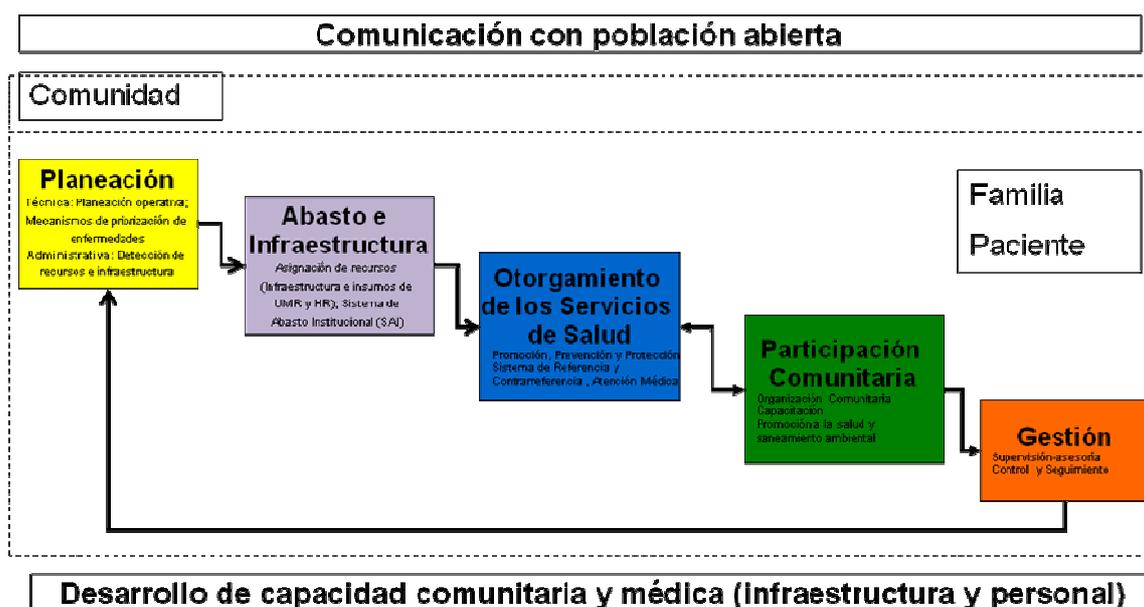
Considerando el primer punto se procedió a la revisión de las ROP identificando procesos sustantivos vinculados al cumplimiento de los objetivos estratégicos, y sobretodo guardando la integralidad y complementariedad de los componentes principales que en este caso son la atención médica y acción comunitaria. Esto es de suma importancia dado que el Programa tiene como principal marco de referencia y operación el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).

A partir de esta revisión se procedió a identificar acciones generales y a clasificarlas en categorías vinculadas al cumplimiento de los objetivos, sin considerar áreas operativas dueñas de procesos. Esto permitió tener una visión general del Programa a partir de la conceptualización encontrada en el marco normativo principal de referencia. Derivado de esta revisión se identificaron veintidós procesos, los cuales a su vez por su grado de interrelación se clasificaron en cinco macro-procesos.

Los cinco macro-procesos prioritarios para la operación del programa son: (i) planeación, (ii) abasto e infraestructura, (iii) otorgamiento de servicios de salud, (iv) acción comunitaria, y (v) gestión. Esta clasificación responde a la dinámica del programa, la cual se orienta primero a la definición de aspectos prioritarios del Programa, recursos necesarios de operación, ejecución de las acciones correspondientes a los servicios que ofrece y, por último, al monitoreo y evaluación de las acciones ejecutadas (Ver Figura 6.1.1.1.).

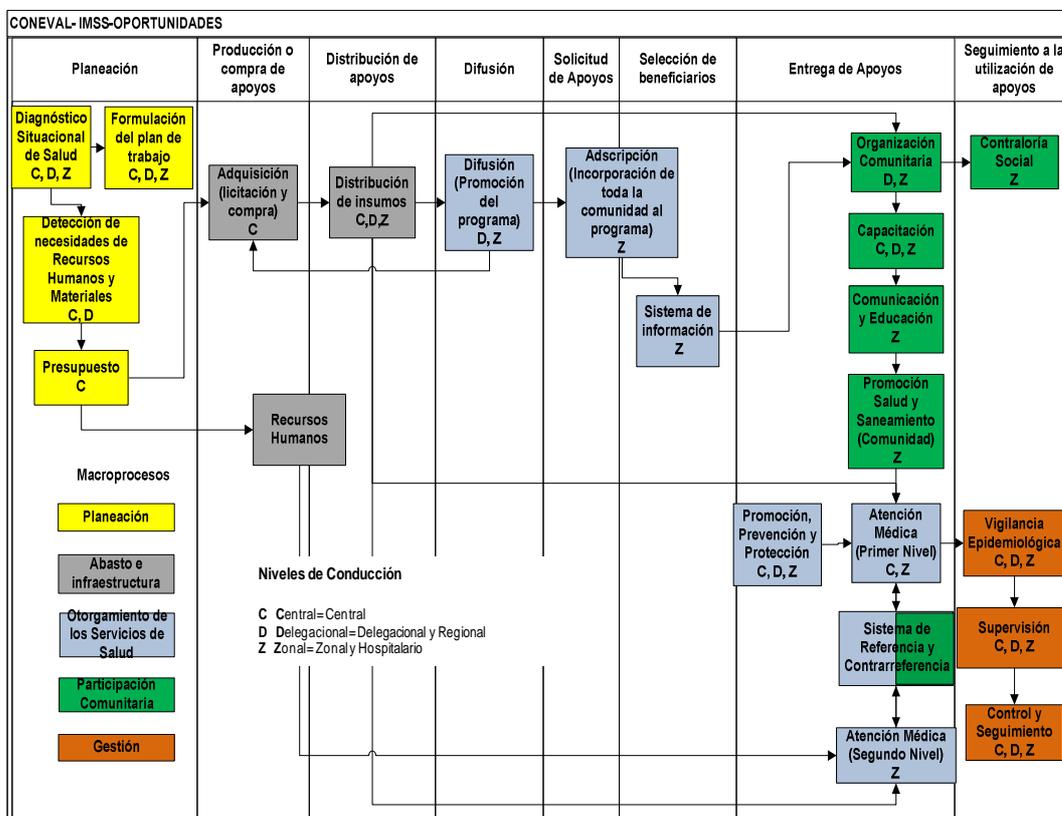
El CONEVAL, en su modelo de procesos, define a priori ocho procesos sustantivos a considerar en la evaluación: (i) planeación; (ii) difusión; (iii) solicitud de apoyos; (iv) selección de beneficiarios; (v) producción o compra de apoyos; (vi) distribución de apoyos; (vii) entrega de apoyos; y (viii) seguimiento a la utilización de los apoyos.

Figura 6.1.1.1. Macroprocesos identificados en la evaluación de procesos de IMSS-Oportunidades



En cada uno de estos macro-procesos se determinó una serie de procesos a evaluar a partir de lo establecido en las ROP del Programa. En total, el INSP identificó 22 procesos, lo cuales fueron clasificados de acuerdo a la propuesta de evaluación elaborada por el CONEVAL (Figura 6.1.1.2.). En esta misma propuesta se puede identificar la responsabilidad de los diferentes niveles de conducción del Programa en cada proceso.

Figura 6.1.1.2. Identificación de procesos de IMSS-Oportunidades a partir de las ROP según el modelo de evaluación de CONEVAL



En el macro-proceso de selección de beneficiarios es importante resaltar que, de acuerdo a las ROP, el Programa no selecciona beneficiarios porque entrega apoyos a la población que demanda servicios de salud o participa en acciones comunitarias. Para subsanar esta situación, el INSP prefirió denominar como **identificación de beneficiarios** a este proceso porque, de acuerdo a las ROP, el IMSS-Oportunidades otorga servicios de salud a población abierta, a beneficiarios del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), a afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS), a derechohabientes del propio IMSS régimen obligatorio, entre otros.

En el macro-proceso de entrega de apoyos se distinguieron procesos identificados plenamente con dos principales componentes del Programa: (i) acción comunitaria, y (ii) otorgamiento de servicios de salud. Considerando el primer componente se identificaron diversos procesos realizados por el Programa como la organización de la comunidad, la capacitación de personal de salud y de la comunidad, la comunicación educativa, y promoción de la salud y saneamiento comunitario. En el segundo componente se

identificaron como procesos relevantes la promoción, prevención y protección, así como la prestación de servicios de salud que se brinda en el primer y segundo nivel. Asimismo se identificó como una actividad relevante entre estos dos niveles de atención médica el sistema de referencia y contra referencia.

No todos los procesos de ciertos macro-procesos fueron evaluados por dos razones. En primer lugar, porque varios de los procesos particularmente los de índole administrativo son exógenos al Programa ya que dependen del IMSS régimen obligatorio a nivel central o delegacional como las licitaciones y la distribución de insumos. En segundo lugar, debido a la cantidad de procesos se priorizaron algunos que funcionan como trazadores para la operación del Programa.

Para implementar la evaluación de procesos, el INSP dividió el diseño de evaluación en tres grandes apartados: (i) estudio de gabinete, (ii) análisis de entrevistas a funcionarios, y (iii) análisis cuantitativo.

El estudio de gabinete tuvo como propósito recolectar y analizar la información elaborada del Programa para describir su funcionamiento normativo, establecer si los procesos descritos en la documentación son adecuados para alcanzar los objetivos planteados, y determinar empíricamente si los procesos se apegan a la normatividad vigente.

El análisis de las entrevistas tuvo como propósito tener una visión global de algunos personajes clave del Programa sobre la operación del mismo y los procesos trazadores sujetos a evaluación. Este análisis permitió corroborar si empíricamente los procesos se están llevando a cabo conforme a la normatividad, o si hay ventanas de oportunidad para su adecuada documentación.

El análisis cuantitativo tuvo como propósito obtener información sobre la percepción de la calidad de la atención médica y la satisfacción, tanto de los usuarios como del personal de salud, y revisar las características de las unidades de salud del IMSS-Oportunidades, de primero y segundo nivel, en términos de su equipamiento, material de curación y abasto de medicamentos.

6.2. Recolección de la información

6.2.1. Estudios de gabinete

Para recolectar la información documental elaborada por el Programa se hicieron búsquedas exhaustivas en internet y se revisó la información proporcionada por el mismo. En este sentido, se revisaron las ROP 2008, las evaluaciones externas de resultado de 2001-2007, los resultados del ejercicio de supervisión operativa 2007-2008, los

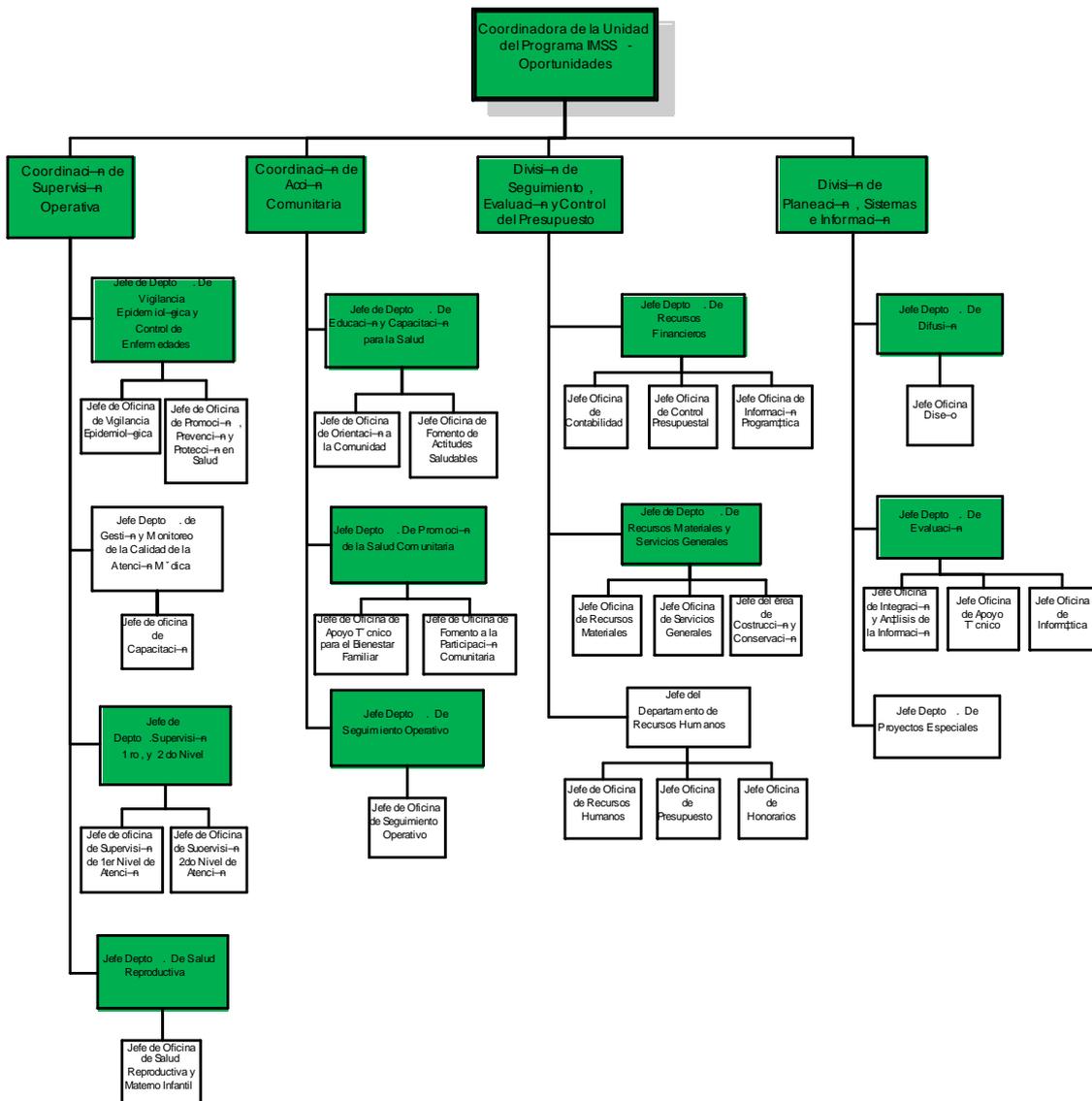
indicadores Programa Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH), los indicadores del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), la Matriz de Indicadores de Resultado (MIR) del CONEVAL, presentaciones, y las bases de datos de servicios y recursos proporcionados por el Programa en 2007-2008. Además de estos documentos se obtuvo acceso a los documentos de Diagnóstico Situacional de Salud (DSS) y Plan o Programa Anual de Trabajo 2008 (PAT), entre otros.

6.2.2. Entrevistas informantes clave

Para recolectar la información de los informantes clave se realizaron entrevistas semi-estructuradas y grupos focales en los diferentes niveles de conducción del Programa. En el nivel central se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con la titular del Programa y, por lo menos, dos personajes de cada una de las cuatro áreas que componen al IMSS-Oportunidades. A nivel delegacional se efectuaron entrevistas semi-estructuradas y grupos focales a diferentes personajes de las diversas instancias conductoras-ejecutoras del Programa.

A nivel central se realizaron 15 entrevistas en total, la titular, los cuatro coordinadores y 10 de las 13 jefaturas de departamento (Figura 6.2.2.1.). Los informantes clave fueron seleccionados con base en los procesos identificados por el INSP como sujetos de evaluación.

Figura 6.2.2.1. Personajes clave de nivel central entrevistados



A nivel delegacional se realizaron 65 entrevistas semi-estructuradas a diversos actores como médicos y enfermeras de los equipos de supervisión, jefes de conservación, directores de hospital rural, supervisores de acción comunitaria y administrativos de los equipos de supervisión, multidisciplinarios y de hospitales. El procedimiento de selección

6.2.3. Análisis cuantitativo

6.2.3.1 Diseño y recolección de la muestra

Para recoger esta información se elaboraron tres instrumentos: (i) encuesta en unidades de salud, (ii) encuesta a médicos y enfermeras, y (iii) encuesta a usuarios de los servicios de salud. Estos cuestionarios se levantaron en Unidades Médicas Rurales (UMR) y Hospitales Rurales (HR).

En el caso de la encuesta de unidades de salud, el objetivo fue obtener información de sus características generales, espacios físicos, condiciones de limpieza, frecuencia de servicios proporcionados, disponibilidad de equipamiento, material de curación y medicamentos, y la identificación de los principales problemas por parte del personal de salud. En su conjunto, esta información permitió a la vez ofrecer un panorama de la calidad estructural de las unidades. El cuestionario puede consultarse en el Anexo 8.

En el caso de la encuesta de médicos y enfermeras, el objetivo fue obtener información sobre las características socio-demográficas y económicas del personal de salud, formación académica, profesional y capacitación, actividad laboral, prácticas de atención médica y la satisfacción del personal con los servicios proporcionados. Los cuestionarios pueden consultarse en el Anexo 6 y 7.

En el caso de la encuesta a usuarios de los servicios de salud, el objetivo fue obtener información sobre las características socio-demográficas y económicas de los pacientes, las características de las viviendas donde habitan, gasto en transporte, participación en otros programas sociales, existencia de otros proveedores de salud, características de la consulta a la que asistieron, aspectos de contraloría social, procedimientos realizados por el personal de salud, trato adecuado y comunicación, y satisfacción con los servicios recibidos. El cuestionario puede consultarse en el Anexo 5.

La estrategia de campo implicó que en una misma salida se hiciera el levantamiento de los instrumentos de unidades y usuarios. Para el instrumento de personal (médicos y enfermeras), se optó por la auto-aplicación de los mismos en las reuniones zonales de capacitación. Para los instrumentos de unidades y usuarios, se seleccionó una muestra aleatoria de unidades.

Se partió de considerar a las unidades médicas como unidades primarias de muestreo, es decir, las seleccionadas en un primer momento. Bajo estas premisas, se calculó el tamaño de muestra necesario asumiendo una tasa de respuesta de 80% y una correlación intraconglomerado de 0.1 de acuerdo a estudios previos en salud. El tamaño

de muestra, de acuerdo a los términos de referencia, se calculó con un nivel de confianza de 95% y un error máximo de 5%.

Por otro lado, para considerar la heterogeneidad en el universo rural, se decidió limitar el número de entrevistas por unidad primaria de muestreo (UPM), y con base en experiencias previas se decidió un número constante de 10 entrevistas con usuarios por UPM.

De acuerdo a estos criterios y parámetros, el tamaño de muestra necesario en observaciones de usuarios fue de 912; considerando que los términos de referencia mencionan 1,200, y la dispersión pensada para captar la heterogeneidad, se decidió seleccionar 115 UMR y 15 hospitales rurales para contar con un total de 130 UPM y una muestra hipotética de 1,300 observaciones de usuarios. En el Anexo 4 se pueden consultar las unidades de salud seleccionadas en la muestra.

La selección de las UPM se realizó mediante un proceso que relaciona la probabilidad de selección con el tamaño de la unidad (definido como el número de familias atendidas); este se realizó de forma independiente para las UMR y los HR.

En la segunda etapa, dentro de cada UPM se seleccionaron 10 usuarios con muestreo sistemático en el día de la visita al lugar. En el siguiente cuadro se describe a nivel delegacional el número de unidades que se seleccionaron y el total de usuarios encuestados.

Cuadro 6.2.3.1. Distribución las muestras de Unidades Médicas y Hospitales Rurales que se visitaron y de los pacientes encuestados por delegación

Delegación	Número de UMR	Muestra Usuarios	Número de HR	Muestra Usuarios
BAJA CALIFORNIA	3	30	0	0
CAMPECHE	1	10	0	0
CHIAPAS	20	200	1	10
CHIHUAHUA	4	40	1	10
COAHUILA	4	40	0	0
DURANGO	3	30	1	10
HIDALGO	4	40	4	40
MICHOACAN	19	190	1	10
NAYARIT	2	20	0	0
OAXACA	13	130	1	10
PUEBLA	11	110	1	10
SAN LUIS POTOSI	6	60	1	10
SINALOA	4	40	1	10
TAMAULIPAS	3	30	1	10
VERACRUZ NORTE	12	120	0	0
VERACRUZ SUR	3	30	2	20
YUCATAN	2	20	0	0
ZACATECAS	1	10	0	0
Total general	115	1,150	15	150

6.3. Plan de Análisis

6.3.1. Planeación

El plan de análisis del proceso planeación consistió básicamente en hacer una interpretación de las ROP y los instructivos de operación de los equipos delegacionales y zonales, identificando actividades y responsables de llevar a cabo estas actividades. A partir de este análisis se elaboró un flujograma del proceso que posteriormente se sometió a las entrevistas semi-estructuradas para realizar un ejercicio de contrastación. Finalmente, el análisis culminó con la revisión de los contenidos de los Diagnósticos Situacionales de Salud (DSS), Planes Anuales de Trabajo (PAT) y sus indicadores de gestión (PASH y MIR).

6.3.2. Abasto e Infraestructura

El proceso de adquisición de apoyos y distribución de los mismos a las unidades médicas es exógeno al Programa, es decir, el IMSS régimen Obligatorio, como administrador del IMSS-Oportunidades, es el responsable de llevar a cabo las licitaciones de equipamiento y biológicos a nivel central, y de medicamentos a nivel delegacional.

El plan de análisis consistió en revisar las fichas narrativas de los procesos y flujogramas que elaboró el mismo IMSS-Oportunidades para presupuesto, abasto de insumos terapéuticos y no terapéuticos, y mobiliario y equipo médico. Estas fichas narrativas y flujogramas se contrastaron con las entrevistas semi-estructuras y datos duros de los indicadores del Programa para revisar la ejecución del proceso. En este sentido, se contrastaron fundamentalmente indicadores de abasto de insumos provenientes del PASH, del SISPA y de las encuestas de unidades médicas y de personal de salud.

6.3.3. Otorgamiento de Servicios de Salud

6.3.3.1. Adscripción

El plan de análisis del proceso de adscripción consistió básicamente en hacer una interpretación de las ROP, identificando actividades y responsables de llevar a cabo estas actividades. A partir de este análisis se elaboró un flujograma del proceso que posteriormente se sometió a las entrevistas semi-estructuradas para realizar un ejercicio de contrastación. Finalmente, se buscaron indicadores en todas las fuentes de información del programa (PASH, Matriz de Indicadores de CONEVAL, SISPA) y las encuestas levantadas a pacientes, unidades de salud y personal de salud para corroborar la realización de las actividades asociadas a este proceso.

6.3.3.2. Atención médica

El plan de análisis de este proceso de atención médica se dividió en tres: (i) atención médica en unidades de salud, (ii) desempeño hospitalario, y (iii) análisis de las fichas narrativas de los procesos de atención médica y flujogramas de algunos trazadores que fueron elaborados por el IMSS-Oportunidades.

6.3.3.2.1. Servicios de salud en unidades médicas

Para el análisis del proceso de atención médica se revisaron las ROP y otros documentos normativos en torno a los requisitos que deben tener las unidades de salud del IMSS-Oportunidades para la prestación de servicios de salud. Entre los documentos normativos mencionados anteriormente destacan la guía de equipamiento médico y el cuadro básico de medicamentos.

Posteriormente, se analizaron las encuestas de pacientes, de unidades de salud y de personal médico para realizar un contraste entre lo que ocurrió empíricamente en la operación de los servicios y lo establecido en las ROP y otros documentos normativos.

Los resultados se dividieron en: (i) características de los usuarios de los servicios de salud, (ii) características del personal de salud, (iii) condición y características de las unidades, (iv) satisfacción de los pacientes, y (v) otorgamiento de servicios de salud.

En cuanto a las características de los usuarios de los servicios de salud se describieron las generales además de medio de transporte para llegar a unidades y conocimiento de otros proveedores.

En cuanto a las características del personal de salud se describieron los datos generales además de lengua indígena, escolaridad, capacitación, antigüedad, horarios de consulta, otros lugares de trabajo, utilización de guías y normas, y satisfacción.

En cuanto a las condiciones y características de las unidades de salud se describieron disposición de agua, energía eléctrica, horarios de consulta, áreas físicas, mobiliario y equipo, abasto de medicamentos y material de curación, identificación de problemas y limpieza en las unidades médicas.

En cuanto a satisfacción de pacientes se exploraron aspectos relacionados con satisfacción, trato digno y respetuoso, calificación del personal de salud con la atención recibida y surtimiento de recetas.

En cuanto a otorgamiento de servicios de salud se revisó demanda de atención médica, promoción del VSO, detección y control de bajo peso, sobre peso y obesidad, consulta prenatal y síndrome cardiometabólico.

El análisis estadístico consistió básicamente en un descriptivo de un conjunto de indicadores, los cuales se presentan a continuación:

Características de los usuarios de los servicios de salud

- Nivel de escolaridad de los pacientes.
- Medio de transporte para llegar a la unidad médica.
- Conocimiento de otros proveedores de salud locales.

Características del personal de salud

- Porcentaje de personal de salud que entiende lengua indígena.
- Nivel de escolaridad post estudio de medicina.
- Porcentaje de personal de salud capacitado en los últimos años.
- Porcentaje de personal de salud capacitado en los últimos años según especialidad médica e inducción al Programa Oportunidades.
- Promedio de años de antigüedad en el Programa.
- Promedio de horas trabajadas diariamente.
- Utilización de guías clínicas y normas oficiales.
- Percepción del personal de salud con respecto a la infraestructura de las unidades médicas.
- Percepción del personal de salud con respecto al abasto de insumos en las unidades médicas.
- Percepción del personal de salud con respecto a la labor de sus otros compañeros en las unidades médicas.
- Percepción del personal de salud con respecto a los servicios otorgados en las unidades médicas.

Condiciones de las unidades médicas

- Porcentaje de unidades de salud con áreas físicas completas según las ROP.
- Porcentaje de unidades de salud con equipamiento completo según la guía básica de equipamiento.
- Porcentaje de unidades de salud abasto completo de medicamentos según cuadro básico.
- Porcentaje de unidades de salud con disponibilidad de materiales de curación.
- Identificación de problemáticas por parte de personal de salud.
- Limpieza de las unidades de salud.

- Tiempo de espera antes de entrar a consulta.

Satisfacción de los pacientes

- Calificación de los usuarios de los servicios de salud con el tiempo de espera antes de entrar a consulta.
- Tiempo de consulta.
- Calificación de los usuarios de los servicios de salud con el tiempo de consulta.
- Porcentaje de pacientes que reporta haber detallado al médico su estado de salud.
- Calificación de los pacientes respecto de la privacidad de la consulta.
- Porcentaje de pacientes con procedimientos completos realizados antes de la consulta (peso, talla, presión arterial, temperatura y cuestionamiento sobre su estado de salud).
- Porcentaje de pacientes que reportaron la explicación del médico como clara o muy clara.
- Percepción del trato de los usuarios de los servicios de salud por parte del personal médico.
- Porcentaje de pacientes que reportaron el trato o la atención médica del personal de salud como buena o muy buena.
- Surtimiento de recetas en las unidades de salud.

Otorgamiento de servicios de salud

- Promoción de Vida Suero Oral (VSO).
- Detección de bajo peso, sobre peso y obesidad.
- Procedimientos realizados a embarazadas en las unidades de salud.
- Porcentaje de embarazadas con número de consultas prenatales adecuado (por adecuado se entiende que la 1era consulta se realiza a las 12 semanas, la 2da entre las semanas 22 y 24, la 3era entre las semanas 27 y 29, la 4ta entre las semanas 32 y 35, y la 5ta entre la semanas 38 y 40).
- Porcentaje de pacientes mayores de 40 años con procedimientos médicos completos (peso, talla, presión arterial, colesterol, glucosa, revisión de pies y fondo de ojo).
- Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes diabéticos.
- Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes hipertensos.

- Porcentajes de pacientes diabéticos e hipertensos que tomaron medicamento diario la última semana.

6.3.3.2.2. Desempeño hospitalario de las unidades de salud

Utilizando la información de las bases de datos regulares del Programa, particularmente el SISPA y el Reporte Integral Hospitalario 2008, se realizó un análisis para medir el desempeño hospitalario de los 69 Hospitales Rurales del IMSS-Oportunidades.

El supuesto implícito de llevar a cabo este ejercicio fue que los resultados obtenidos, a partir de los servicios de salud otorgados por el Programa, reflejan indirectamente el grado de ejecución de los procesos de atención médica.

El modelo de medición del desempeño de los hospitales incluyó en el análisis los dos pilares del Programa, la atención médica y la acción comunitaria. Para el componente de atención médica se combinaron variables de productividad y de calidad de la atención. Para el componente de acción comunitaria se utilizaron variables de control del nutricional y detección de embarazadas, entre otros.

El desempeño de los HR fue medido como una combinación de los resultados obtenidos, tanto en atención médica como en acción comunitaria. Asimismo, y como consecuencia del desempeño hospitalario, se midió el desempeño delegacional.

La medición del desempeño de los HR del Programa consistió en: (i) identificar indicadores relevantes para los dominios de productividad, calidad de la atención y acción comunitaria, (ii) calcular los puntajes Z de dichos indicadores de cada dominio, y (iii) hacer el ranking de desempeño de cada dominio.

Para analizar el dominio de productividad, los indicadores utilizados fueron: promedio de cirugías diarias por quirófano, el promedio de consultas diarias por consultorio y el porcentaje o tasa de ocupación.

Para analizar el dominio de calidad de la atención se usaron cuatro indicadores: porcentaje de nacimientos por cesáreas, capacidad resolutive del hospital, mortalidad intrahospitalaria y días de estancia.

Para analizar el dominio de acción comunitaria, los indicadores utilizados fueron partos atendidos en menores de 20 años, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso, niños en control nutricional y embarazos detectados en el primer trimestre.

Todos los indicadores de los dominios de productividad, calidad de la atención y acción comunitaria fueron normalizados y se les asignó el puntaje Z correspondiente a su ubicación en una distribución normal con media igual a 0 y una desviación estándar igual a 1.

El cuadro 6.3.3.1 muestra la interpretación propuesta para los puntajes Z.

Cuadro 6.3.3.1. Desempeños asociados a puntajes Z en una distribución normalizada

Puntaje Z	Nivel de Desempeño
Mayor que 2	Muy alto Desempeño
Entre 1 y 1.99	Desempeño alto
Entre -1 y 1	Desempeño promedio
Entre -1.99 y -1	Desempeño bajo
Menor que -2	Muy bajo desempeño

La tercera etapa metodológica de la medición del desempeño de los HR consistió en la construcción de los rankings de los dominios de productividad, calidad de la atención y acción comunitaria.

Para construir estos rankings se definieron los deciles del puntaje Z de cada indicador de cada dominio. A las unidades ubicadas en el decil X se les asignó un punto, a las del decil IX se les asignaron 2 y así sucesivamente hasta asignar 10 puntos a las unidades que se ubicaron en el decil I. Al final, se suman de manera simple o ponderada los puntos de cada indicador para obtener un agregado de puntajes para cada dominio. De esta forma, la unidad con menos puntos ocupa el primer lugar en el ranking. En caso de empate, a todas las unidades en la misma posición se les asignó la posición correspondiente pero las unidades subsecuentes recibieron la posición que les corresponde por el número de unidades que les precede.

En el dominio de productividad, el agregado de los puntos de cada indicador fue resultado de una suma aritmética. En el caso del dominio de calidad de la atención, a diferencia de los indicadores de productividad, en tres de los indicadores usados, un valor más alto representa desempeños más pobres. A fin de mantener la lógica del análisis lo que se hizo fue invertir los puntajes Z a fin de que la interpretación resultara similar a la de los indicadores de productividad. Por otra parte, el ranking no se obtuvo mediante suma aritmética sino ponderando los diferentes indicadores. Considerando que el indicador de mortalidad es un indicador muy fuerte de calidad de la atención, a éste se le asignó un 40% del peso total en el ranking mientras que los otros tres indicadores tuvieron un peso de 20%.

Para obtener el desempeño de las HR, en el ámbito de la atención médica, la suma agregada de los indicadores de los dominios de productividad y calidad de la atención médica fue ponderada, asignando un valor de 30% al dominio de productividad y 70% al de calidad de la atención médica.

En el dominio de acción comunitaria se utilizaron algunos indicadores que podrían aportar información sobre el efecto de las acciones del IMSS-Oportunidades en las comunidades donde se ubican las unidades respectivas. Por su propia naturaleza, algunos de estos indicadores están relacionados con procesos y con acciones de salud pública más que con intervenciones individuales. Al igual que, en el dominio de productividad, el agregado de los puntos de cada indicador fue resultado de una suma aritmética.

Para construir un ranking final de desempeño de los HR se utilizó la información obtenida en los componentes descritos con anterioridad. El ranking final es resultado de la suma ponderada del resultado en atención médica (60%) y acción comunitaria (40%).

De manera ideal, un ranking por delegaciones debería analizar los resultados agregados de cada delegación en una serie de indicadores adecuados. Por razones de simplificación, en este caso el ranking de delegaciones se construyó simplemente obteniendo la posición promedio de las unidades de dicha delegación. Los valores más bajos correspondieron a los mejores desempeños.

6.3.3.2.3. Análisis de las fichas normativas sobre atención médica elaboradas por el IMSS-Oportunidades

Para llevar a cabo el análisis de los procesos de atención médica que realiza operativamente el Programa se utilizaron dos materiales de referencia, los cuales fueron proporcionados por el IMSS-Oportunidades de nivel central. Estos materiales fueron: las fichas narrativas de procesos y flujograma, y las cédulas de supervisión operativa.

Las fichas narrativas de procesos y flujograma son fichas de operación donde se mencionan las principales características del proceso: objetivo; áreas responsables y actores externos e internos involucrados; insumos; productos y población objetivo. En lo que respecta a la descripción del proceso en sí mismo, se expone en primera medida una descripción narrativa. Posteriormente, la ficha presenta un cuadro de las principales actividades en orden cronológico, señalando, en cada caso, documentación asociada, el responsable y el tiempo en que se realiza cada una. Finalmente, bajo el mismo esquema de las descripciones previas, se presenta el diagrama de flujo del proceso que en algunos

casos incluye documentos técnicos de referencia (normas técnicas), así como evidencias documentales del mismo.

Por su parte, las cédulas de supervisión operativa son documentos donde se enlistan, por tipo de proceso y nivel de atención, incluido especialidades, cada una de las actividades que los supervisores deben verificar en sus visitas. Dichas cédulas incluyen también actividades de conducción, vigilancia epidemiológica y educación para la salud.

Para la evaluación de los procesos de atención médica del Programa se procedió a contrastar algunas de las fichas narrativas con las cédulas de supervisión como Atención Materno Infantil y Vigilancia Epidemiológica (Tuberculosis) para verificar la completitud y claridad de la información contenida en éstas.

6.3.3.2.4. Sistema de referencia y contrarreferencia

El plan de análisis del proceso de referencia y contrarreferencia consistió básicamente en hacer una interpretación de las ROP y otros documentos normativos del Programa, identificando actividades y responsables de llevar a cabo estas actividades. A partir de este análisis se elaboró un flujograma del proceso que posteriormente se sometió a las entrevistas semi-estructuradas para realizar un ejercicio de contrastación. Finalmente, se buscaron indicadores en todas las fuentes de información del programa (PASH, Matriz de Indicadores de CONEVAL, SISPA) y las encuestas levantadas a pacientes, unidades de salud y personal de salud para corroborar la realización de las actividades asociadas a este proceso.

6.3.4. Participación Comunitaria

Para el análisis de los procesos correspondientes a la Participación comunitaria, por un lado, se consultaron los documentos normativos, bases de datos y presentaciones proporcionadas por el Programa y, por otro, se estudiaron los testimonios recabados en campo a nivel central y delegacional. Cada proceso constituyó una categoría analítica y la información correspondiente a cada uno se sistematizó mediante la construcción de matrices de análisis con el propósito de identificar las actividades normativas y operativas de forma separada.

Para el llenado de las matrices se identificaron actividades, responsables, insumos, tiempos, productos o servicios que derivan cada proceso y resultados esperados. Posteriormente, esta clasificación se usó para diseñar flujogramas de cada proceso usando el formato recomendado por CONEVAL. Finalmente, se efectuó una comparación entre la operación y la normatividad cotejando los datos empíricos con los

objetivos generales y específicos establecidos en las ROP para analizar el grado de congruencia entre ambos.

Paralelamente, se exploraron y calcularon indicadores que dieran cuenta del estado de cada proceso en términos de su eficiencia, oportunidad, suficiencia o permanencia. Para esto, se consultó el informe Integral Ámbito Rural (no incluye unidades médicas urbanas), por delegación, SISPA enero-diciembre 2008; Ocupación por Delegación QNA-18-208; informe Integral Hospitalario, SISPA, Diciembre 2008; y encuesta de pacientes.

En el caso de Organización comunitaria se usaron los siguientes indicadores:

- Porcentaje de LAI's que cuentan con Asistente Rural de Salud (ARS).
- Número de Comités de salud activos por localidades de acción intensiva.
- Proporción de familias de la Población Universo de Trabajo por Promotor Voluntario Rural (PVR) a nivel nacional y delegacional.
- Calificación desempeño de los ARS y PVR.
- Proporción de Unidades Médicas de Salud con respecto al número de PAC's contratados.
- Porcentaje de médicos tradicionales que se tiene interrelación con respecto a los identificados.

Para el proceso de Capacitación se identificaron como indicadores:

- Porcentaje de parteras rurales capacitadas con respecto al total de parteras incorporadas al Programa.
- Número de ARS capacitadas con respecto al total de ARS.

En cuanto al proceso de Comunicación y educación se usaron como indicadores:

- Porcentaje de talleres comunitarios impartidos por voluntarios con respecto a los del equipo de salud y,
- Porcentaje de la población universo de trabajo que participa en talleres comunitarios de comunicación para la salud.
- Porcentaje de la población universo de trabajo que participa en los círculos de lectura.
- Promedio de círculos de lectura por PVR.

Algunas actividades del proceso de Promoción Salud y Saneamiento se midieron por medio de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de familias participantes en disposición de excreta con respecto al total de familias del universo de trabajo; y

- Porcentaje de familias participantes en disposición sanitaria de basura también con respecto al total de familias del universo de trabajo.

Finalmente, en el proceso de Contraloría Social se identificaron indicadores a partir de la Encuesta de Pacientes:

- Porcentaje de entrevistados que consideran pertenecer a un grupo indígena.
- Porcentaje de entrevistados que ubica cartel de los servicios.
- Porcentaje de entrevistados que ubican un buzón en su unidad.
- Porcentaje de usuarios que han hecho alguna vez uso del buzón.
- Porcentaje de entrevistados cuyo problema fue resuelto; y
- Una clasificación de los comentarios depositados en el buzón.

6.3.5. Gestión

El análisis de los procesos de gestión partió de una revisión de gabinete particularmente de las ROP y de documentos normativos que apoyan las actividades señaladas en este marco referente del programa. La definición de los procesos se estableció con base en la detección de procedimientos sustantivos relacionados con el monitoreo constante del desempeño del programa, así como de aquellos relacionados a evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Dentro de este análisis normativo de procedimientos se detectó la permeabilidad de estos en los diferentes niveles de conducción y operación con el objetivo de identificar centralización, descentralización y/o integración de los mismos para su consecución. Esto permitió en alguna medida definir la existencia de un proceso e incluso subprocesos en un sólo o varios niveles de conducción.

Adicionalmente a la sistematización de la información normativa con base en procedimientos, productos, resultados e insumos, se analizó la información derivada de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a informantes claves del Programa. Como se mencionó anteriormente, éstas se concentraron en el nivel central y delegacional, dado que el primero coordina y es tomador de decisiones en el desarrollo integral del programa, y el segundo es la extensión y vínculo con los niveles ejecutores.

De igual forma, se sistematizó la información proporcionada por los informantes, teniendo como eje central categorías vinculadas al monitoreo del programa con el objeto de identificar los procesos operativos. La identificación de los procesos normativos y los operativos, así como de los marcos normativos que regulan su operación permitió tener un acercamiento mayor a la ejecución real del programa en el aspecto de autorregulación

y monitoreo. Asimismo, este análisis contribuyó a la definición de ventanas de oportunidad en el aspecto de diseño o mejora de instrumentos para el mejor desarrollo del programa.

Además del análisis de gabinete y entrevistas se hizo uso de la información construida en campo, mediante la técnica de observación aplicada durante la supervisión-asesoría efectuada por un equipo multidisciplinario del nivel central en algunas unidades de atención.

Con el objeto de tener un conocimiento más exacto de los procesos a partir de los sistemas de información de IMSS-Oportunidades, se calcularon algunos indicadores de cobertura sobre aspectos que pudieran relacionarse a la interpretación y desempeño de los procesos:

- Promedio nacional anual de supervisiones efectuadas por el EM a HR.
- Promedio nacional anual de supervisiones efectuadas por los Cuerpos de Gobierno de HR.
- Porcentaje de pasantes de medicina servicio social con respecto al total de personal médico de las UMR.

7. Resultados

7.1. Descripción del Programa

El programa IMSS-Oportunidades tiene como objetivos estratégicos mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la población, reducir las desigualdades en salud de la misma, proteger a las familias contra los gastos excesivos por motivos de salud, reducir la pobreza y estimular el desarrollo del país.

El IMSS-Oportunidades es un programa con dos grandes estructuras de conducción. Por un lado, el nivel central cuyas funciones son de planeación, dirección, supervisión y coordinación (*think tank*). Por el otro lado, el nivel delegacional que es el brazo conductor-operativo del Programa que realiza las instrucciones emanadas del nivel central (*action tank*). En este sentido el IMSS-Oportunidades se percibe como un programa centralizado en el aspecto de diseño y coordinación de estrategias del programa, caracterizado por un mínimo margen de maniobra en la toma de decisiones a nivel delegacional.

El IMSS-Oportunidades es un programa administrado por el IMSS Régimen Obligatorio (IMSS-RO). Esta dependencia administrativa conlleva a que ciertos procesos como algunas adquisiciones y la distribución de apoyos sean prácticamente exógenos al Programa y eventualmente terminan afectando su operación.

En este mismo sentido de dependencia, el IMSS-Oportunidades se percibe como un programa no necesariamente prioritario para el IMSS-RO.

Para alcanzar sus objetivos, el Programa ha implementado el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que consta de dos grandes procesos como son los servicios de salud a la persona y las intervenciones para mejorar la salud pública comunitaria. Además de estos dos procesos, el IMSS-Oportunidades ha desarrollado, por un lado, una metodología de supervisión-asesoría para evaluar la calidad de la atención médica de las unidades de salud y, por otro lado, un mecanismo para dar voz a los usuarios de los servicios de salud como la contraloría social (Ver Anexo 7.1.1).

El IMSS-Oportunidades inicia su operación con la cuantificación y la identificación de la población potencialmente beneficiaria del Programa. Para ello, emplea el proceso de adscripción que consiste en asignar a cada persona, residente de las localidades donde opera y tiene influencia el Programa, una unidad médica.

La implementación del MAIS empieza con la elaboración del diagnóstico situacional, que es un documento que refleja las condiciones de salud de la población de cada una de las delegaciones del IMSS-Oportunidades, es decir, se elaboran 17

diagnósticos. Posteriormente, cada delegación del Programa elabora su Programa Anual de Trabajo (PAT), que es un documento que describe las acciones y las actividades tendientes a dar respuesta la situación de salud de su población. El nivel central, con base en la definición de las prioridades de salud, es el encargado de validar y ajustar los PAT.

La ejecución del PAT es responsabilidad del nivel delegacional y tiene dos fases, por un lado, la definición de los indicadores de estructura, proceso y resultado que darán cuenta del avance de logros y, por el otro, la operación misma del Programa en las unidades de salud otorgando servicios de salud a la persona y en la comunidad por medio de acciones específicas de salud pública.

Para comprobar la correcta implementación del MAIS, el Programa ha desarrollado una metodología de supervisión operativa que permite medir la calidad de la atención médica de las unidades médicas. Esta metodología se aplica, tanto para procedimientos médicos como acciones comunitarias.

El IMSS-Oportunidades ha desarrollado también un mecanismo para atender las demandas y exigencias de la población usuarios de los servicios de salud denominado contraloría social. La contraloría social es un mecanismo en el que interactúan el personal institucional del Programa y la estructura comunitaria.

7.1.1. Definición de procesos.

Como se mencionó en la metodología, los procesos fueron identificados considerando por una parte los macro-procesos convenientes al entendimiento del Modelo de Atención Integral a la Salud, teniendo como componentes principales la atención médica y acción comunitaria:

- Planeación
- Abasto e Infraestructura
- Otorgamiento de servicios de salud
- Acción comunitaria, y
- Gestión

Por otra parte, también se considera la clasificación del CONEVAL correspondiente a la identificación de macro-procesos, los cuáles se describirán cuando se aborden los diseñados para IMSS-Oportunidades.

7.2. Descripción de procesos empíricos

7.2.1. Planeación

El objetivo de este proceso es definir las líneas de acción y las estrategias concretas que tiene que ejecutar el Programa en las áreas de atención médica, acción comunitaria, administrativa y de conservación de la infraestructura de las unidades para alcanzar sus objetivos y metas.

De acuerdo con la normatividad del Programa, los elementos rastreadores del proceso de planeación son: (i) la elaboración del Diagnóstico Situacional de Salud (DSS), y (ii) el diseño del Plan Anual de Trabajo (PAT). El DSS es un documento que elabora el Cuerpo de Gobierno del hospital, el Equipo de Asesoría y Supervisión Zonal (EASZ), el Equipo Multidisciplinario (EM) y el Equipo de Gestión, Asesoría y Supervisión (EGAS) que refleja un análisis de los riesgos y daños a la salud individual y colectiva de las localidades donde opera el Programa. Con la elaboración de este documento empieza el MAIS.

El DSS se elabora con base en el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Programa de Vacunación (PROVAC), reportes de morbilidad y mortalidad, Normas Oficiales Mexicanas (NOM), normas institucionales, matriz de evaluación, boletines epidemiológicos, reportes de supervisión operativa, encuestas de satisfacción, aspectos demográficos y un análisis de detección de necesidades.

De acuerdo con los instructivos de operación, le corresponde al EM y al Cuerpo de Gobierno de los HR llevar a cabo esta actividad. El PAT es un documento elaborado por estos actores a partir del DSS, que describe el conjunto de acciones, intervenciones y actividades que buscan dar respuesta a las condiciones de la salud de la población y a la situación de las comunidades.

Los principales responsables en el proceso de planeación son el Delegado del IMSS, el Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas, el EGAS, y el EM, el EASZ, el Cuerpo de Gobierno del Hospital, la Titular del Programa y una área específica de planeación (División de Planeación Sistema e Información); así mismo participa también toda la estructura central desde sus diferentes ámbitos de competencia (Ver Anexo 7.2.1.1)

El IMSS Régimen Obligatorio de cada delegación cuenta con los DSS y PAT de las áreas médica, de acción comunitaria, administrativa y de conservación, con lo cual en apariencia, cada delegación realiza su propio proceso de planeación. El proceso de planeación del Programa tiene dos fases de inicio. La primera cuando el personal de las

Unidades Médicas Rurales (UMR) proporciona toda la información en salud de la que dispone al EASZ. Con esta información, el EASZ elabora el DSS y PAT, y los envía al Equipo Multidisciplinario (EM) para observaciones. La segunda cuando el Cuerpo de Gobierno del HR elabora y entrega su DSS y PAT al supervisor médico del EM para observaciones.

El EM valida y ajusta los DSS y PAT, tanto del EASZ como del HR. En caso de necesidad de ajuste, el instructivo del HR especifica que se deben atender a las observaciones y una vez realizadas éstas, el DSS y PAT ajustados se dan a conocer al resto del Cuerpo de Gobierno. No sucede lo mismo en el caso del EASZ.

El instructivo del EASZ señala con precisión los contenidos que debe tener el DSS y el PAT. En el caso del Cuerpo de Gobierno del HR, los contenidos del DSS no quedan explícitos, pero sí los del PAT. Es preciso puntualizar que los contenidos de los PAT, tanto del EASZ como del HR coinciden en algunos contenidos, pero no en todos.

El EM revisa y valida los DSS y PAT enviados por el EASZ y HR. En caso de existir observaciones, los devuelve para su modificación. No obstante, el EM elabora su propio DSS y PAT con base en toda la información que proporciona el analista estadístico. Posteriormente, envía estos documentos al EGAS para su revisión y validación. En caso de no existir EGAS, el EM envía estos documentos al Jefe de Prestaciones Médicas (JPM) para su aprobación o ajuste. En caso de existir observaciones al DSS y/o al PAT, por parte del EGAS o JPM, el instructivo del EM señala que se deben atender las observaciones y dar a conocer éstas al EASZ y HR para su difusión. Cabe apuntar que, en este nivel de conducción, no se especifican los contenidos que deben tener el DSS y al PAT.

El EGAS, como se mencionó anteriormente, revisa el DSS y PAT y, en caso de existir observaciones, lo devuelve al EM para su corrección. Al igual que sucede con el EM, el instructivo del EGAS pareciera indicar que éste elabora su propio DSS y PAT a partir de la información que dispone. Posteriormente, envía estos documentos al JPM para su validación. En caso de existir observaciones al DSS y/o al PAT, por parte del JPM, el instructivo del EGAS señala que se deben atender las observaciones y dar a conocer éstas al EM para su difusión. Cabe apuntar que, tampoco en este nivel de conducción, se especifican los contenidos que deben tener el DSS y al PAT.

La planeación es la base fundamental para la correcta ejecución del Programa, no obstante, las ROP del Programa dedican sólo algunos párrafos a la descripción de este

proceso, lo cual deja lugar a ciertas interrogantes⁴ como por ejemplo: ¿Cuál es la interacción que debe existir entre los diferentes niveles de conducción del Programa en el proceso de planeación? ¿Cuál es el papel de nivel central? ¿Cuál es el papel que juegan las comunidades en el proceso de planeación?

Cabe señalar que los instructivos de operación vienen a dar respuesta a algunas de estas interrogantes. No obstante, si se contrastan estos manuales con las ROP se detectan dos inconsistencias. Por un lado, los manuales señalan claramente que el EGAS y el EM desarrollan actividades de planeación y esta situación no está reflejada en las ROP. Por otro lado, las ROP mencionan que los Equipos Zonales de Supervisión de las Unidades Médicas Urbanas (ESZUMU) desempeñan actividades de planeación que no se ven reflejadas en los manuales operativos.

En segundo lugar, las ROP especifican que nivel central realiza, entre otras funciones, la de planeación incluso el numeral 7.2 señala que es el nivel central el responsable de establecer las estrategias, políticas y normas generales de la operación. Sin embargo, los instructivos dejan percibir una ausencia del nivel central en la fase de planeación, excepto por la elaboración misma de los instructivos.

En tercer lugar, las ROP señalan un catálogo normativo donde se muestran los instructivos de operación para los diferentes equipos delegacionales. No obstante, la lectura que se obtiene de la revisión de dichos instructivos, para el proceso de planeación, es que no existen criterios homogéneos para la elaboración de los DSS y PAT en términos de sus contenidos y de las estrategias o metodologías de análisis de la información en salud y de acción comunitaria que se llevan a cabo para priorización de necesidades locales.

Así mismo, la interpretación que sale de la revisión de los instructivos es que, si bien es cierto que cada equipo delegacional revisa y valida los DSS y PAT del nivel inmediato anterior, pareciera que no existe conexión entre los diferentes DSS y PAT, es decir, que cada equipo elabora sus propios documentos de planeación sin considerar los documentos previamente enviados por los niveles inferiores.

Por último, la revisión de los instructivos de operación permite identificar que la planeación se realiza verticalmente, iniciando el proceso desde las unidades de salud, como proveedoras de información a los EASZ, hasta su culminación con la validación y adecuación de los DSS, PAT y MP por parte de las delegaciones del IMSS. Esta situación

⁴ Para dimensionar este punto, el proceso de adscripción es mucho más claro y extenso que el proceso de planeación mismo.

tiene la enorme ventaja que todo el personal del IMSS-Oportunidades participa directamente en el proceso de planeación.

En general, con las entrevistas analizadas se puede decir que operativamente, el proceso de planeación coincide con lo normativamente estipulado. Los entrevistados de los diferentes niveles de conducción (EGAS, Cuerpo de Gobierno del HR y EM) expresaron que ellos mismos, junto con el resto de los integrantes de sus respectivos equipos, elaboran los DSS y PAT con base en toda la información estadística disponible.

Las entrevistas realizadas a nivel central permitieron determinar dos situaciones. Por un lado, corroborar la parte empírica del proceso de planeación y, por otro lado, definir el papel que juega el nivel central en dicho proceso. Lo operativo coincide en la elaboración de los DSS y PAT en cada nivel de conducción, pero no mencionan la validación de los mismos por parte de los niveles superiores.

Por su participación dentro del proceso de planeación, el nivel central no tiene injerencia, ni operativa ni normativa en la elaboración del DSS y PAT a nivel zonal, regional o delegacional, excepto por la definición de las acciones prioritarias en salud y por las reuniones nacionales donde se dan a conocer los lineamientos y las políticas a seguir por parte de la Titular del Programa. No obstante, las áreas de atención médica, acción comunitaria y supervisión operativa de nivel central realizan sus propios DSS y PAT, lo cuales en apariencia, son revisados y validados por las áreas de planeación y administrativa.

Las entrevistas, en todos los niveles, permitieron identificar dos herramientas que se mencionan poco en la parte normativa, pero que son muy importantes en la parte operativa del Programa. Estas herramientas son las Metas Presupuestales (MP) y la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Las MP están ligadas al Programa Institucional de Metas a Nivel Computarizado (PREIC) del IMSS Régimen Obligatorio y empiezan a elaborarse durante el segundo semestre del año y una vez concluida se sube al SISPA para que los diferentes niveles de conducción de seguimiento puntual a los indicadores. El cálculo de los indicadores, corresponde a las áreas operativas del Programa, con base en un instructivo elaborado por el nivel central. En total son 30 las MP, 28 del área médica y 2 de acción comunitaria.

La MIR se elabora como parte de las obligaciones del Programa con la SHCP y se integra en su Portal Aplicativo, el PASH. En su construcción participan las distintas áreas que conforman la administración del Programa IMSS-O a nivel central. Para integrar la

MIR, cada área define sus indicadores, de los que se seleccionan 24 para integrarlos al PASH y permitir su monitoreo mensual.

Es importante hacer notar que este esfuerzo por generar la MIR, realizado por el área de planeación de nivel central, se ha venido dando desde 2007 en el marco de lo dispuesto por el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2007 y los lineamientos metodológicos establecidos por el CONEVAL. A este respecto, una empresa denominada Gestión Social y Cooperación (GESOC) generó un ranking de 104 Programas Federales a partir de los resultados de las evaluaciones de diseño y ubicó al IMSS-Oportunidades en el lugar número 27.

A manera de conclusión podemos decir que el proceso de planeación no tiene un marco normativo suficientemente claro y adecuado, lo cual se refleja en las ROP y los instructivos de operación. Además carece de manuales de organización para el desarrollo de ciertos procesos y procedimientos relevantes. Por tanto, el desarrollo del proceso de planeación funciona más a partir de elementos inerciales derivados de los años de experiencia del personal, que de la normatividad. El programa podría solucionar estas carencias a partir de la experiencia y los documentos existentes, para llevar a cabo, un proceso de certificación, tipo ISO 9000, en particular en procesos con mayor incidencia en los resultados.

7.2.2. Abasto e Infraestructura

7.2.2.1. Adquisición de mobiliario y equipo médico

Este proceso de adquisición o compra de mobiliario y equipo médico es exógeno al IMSS-Oportunidades porque depende del IMSS Régimen Obligatorio, para realizar los procedimientos administrativos tanto a nivel central como delegacional, por lo que su desarrollo no es responsabilidad exclusiva del Programa. El objetivo de este proceso es garantizar que las unidades de primer y segundo nivel de atención cuenten con el mobiliario y equipo médico en la cantidad, calidad y oportunidad que se requiere para la prestación de los servicios de salud. Las áreas responsables de realizar este proceso son el IMSS Régimen Obligatorio y el IMSS-Oportunidades en el nivel central. El nivel delegacional no interviene en este proceso, excepto por la parte de los almacenes delegacionales.

A nivel central del IMSS Régimen Obligatorio, los responsables son el H. Consejo Técnico del IMSS, Coordinación de Planeación del IMSS, Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), Unidad de Administración, Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios (Coordinación Técnica de Bienes de

Inversión, Coordinación Técnica de Bienes y Contratación de Servicios Terapéuticos, Coordinación Técnica de Bienes y Contratación de Servicios No Terapéuticos).

A nivel central del IMSS-Oportunidades, los responsables son la Dirección de Prestaciones Médicas, Titular de la Unidad IMSS-Oportunidades, Coordinación Administrativa de la Dirección de Prestaciones Médicas, Titular de la División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto, y Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales (Ver Anexo 7.2.2.1.1).

La funcionalidad de los servicios en las unidades médicas de IMSS-Oportunidades se sustenta, en parte, en el mobiliario y equipo médico. Este proceso de adquisición es el resultado de un trabajo coordinado entre el Programa y la estructura administrativa del IMSS Régimen Obligatorio en el nivel central.

Las necesidades de equipamiento de las delegaciones donde opera el Programa, son integradas por el Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales para ser consolidadas y registradas en las Cédulas Técnicas de Adquisiciones para la valoración de la Coordinación de Supervisión Operativa.

Las cédulas son valoradas y se remiten al H. Consejo Técnico del IMSS para su aprobación y autorización financiera. Posteriormente, se gestiona ante la Coordinación de Planeación del IMSS la autorización e incorporación al Sistema PREI-II y se emite el Oficio de Registro de Inversión Física (ORIF).

Cuando se trata de compras, en el nivel delegacional se notifica a las delegaciones la autorización de recursos incorporados al Sistema PREI-II para que éstas inicien sus procesos licitatorios por medio de oficios. En el nivel central, se procede a la integración de las Cédulas Técnicas para cada tipo de bien por parte del Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales a fin de iniciar los procesos licitatorios que efectúa el IMSS Régimen Obligatorio.

Finalmente, el departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales monitorea los fallos de cada licitación y, en su caso, de los renglones que no puedan adquirirse y queden desiertos para buscar estrategias pertinentes que optimicen los recursos autorizados.

El flujograma elaborado por el Programa para este proceso es ciertamente sencillo de interpretar, sin embargo, no contiene todas las piezas que permitan entenderlo a cabalidad. Un ejemplo de ello sería la función de los almacenes delegaciones a los cuales se presupone que llegan, en primera instancia, el mobiliario y equipo médico para su posterior distribución a las unidades médicas.

Las entrevistas realizadas a los responsables administrativos de los diferentes niveles de conducción delegacionales, corroboran en parte este flujograma, sobre todo en las primeras etapas del proceso referentes a la detección de necesidades. Las entrevistas realizadas a los administrativos de nivel central confirman el flujograma en las partes finales del proceso.

Otros mecanismos de verificación de la ejecución del proceso fueron la revisión de todos los indicadores del Programa (PASH, PDHO y CONEVAL) y las cédulas de la supervisión operativa. Con respecto al primer punto, no se encontró un solo indicador que permita determinar si las unidades médicas cuentan con el mobiliario y equipo médico adecuado para la prestación de servicios de salud, a pesar de que se cuenta con una guía de equipamiento. Con respecto al segundo punto, las cédulas no contienen ítems sobre equipamiento médico, con lo cual, no es posible determinar la disponibilidad de mobiliario y equipo médico en las unidades de salud.

7.2.2.2. Abasto de medicamentos y otros insumos

Este proceso de distribución de apoyos también es exógeno al IMSS-Oportunidades porque depende del IMSS Régimen Obligatorio, por lo que, su realización no es responsabilidad exclusiva del Programa. El objetivo de este proceso es garantizar que las unidades de primer y segundo nivel de atención cuenten con los insumos (terapéuticos y no terapéuticos) en la cantidad, calidad y oportunidad que se requiere para la prestación de servicios de salud.

A nivel central, las áreas responsables de realizar este proceso son la División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto, la División de Planeación, Sistemas e Información y el Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales. A nivel delegacional, son los equipos multidisciplinarios y los almacenes (Ver Anexo 7.2.2.2.1).

La funcionalidad de los servicios en las unidades médicas de IMSS-Oportunidades se sustenta en el abasto de medicamentos y otros insumos médicos. Este proceso de abasto es el resultado de un trabajo coordinado entre el Programa y la estructura administrativa del IMSS Régimen Obligatorio en los niveles central y delegacional.

Los requerimientos de las unidades médicas de primer y segundo nivel de IMSS-oportunidades se determinan con base en las necesidades de salud, el cuadro básico de medicamentos, el factor de inversión y la disponibilidad presupuestal, que resultan del registro continuo del consumo promedio mensual (CPM) de las mismas unidades.

El abasto de estos insumos, de acuerdo con las políticas de descentralización y desconcentración de funciones para la adquisición y suministro de bienes terapéuticos y no terapéuticos, queda bajo la responsabilidad de las delegaciones del IMSS-Oportunidades. Los requerimientos, tanto del IMSS Régimen Obligatorio como de IMSS-Oportunidades se consolidan por medio del Sistema de Abasto Institucional (SAI), del que se derivan todos los procesos administrativos.

Una vez que las estructuras central y delegacional efectúan los procesos licitatorios para la adquisición de los insumos, éstos se concentran en los almacenes delegacionales que dependen del IMSS Régimen Obligatorio. El suministro de los apoyos a las unidades de salud es realizado por los mismos almacenes delegacionales y también por el IMSS-Oportunidades, a través de su infraestructura y con base en un calendario de abasto que puede ser mensual, bimestral, trimestral o semestral, considerando la inaccesibilidad y/o lejanía de cada una de las unidades médicas.

En las unidades médicas que por su inaccesibilidad al almacén delegacional no puedan allegarse de los recursos, el Programa ha integrado un Centro de Acopio, en el cual, la participación comunitaria juega un papel central en la entrega de los insumos a dichas unidades, o en su caso, al Equipo Zonal de Supervisión para su distribución posterior.

La medición del suministro de todos los insumos a las unidades médicas se realiza por medio de una revisión de los reportes mensuales de abasto que solicita el nivel central a las delegaciones. Estos reportes se integran en la cédula de porcentajes de suministro, que sirve para los reportes del tablero de control y el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

En el flujograma diseñado por el Programa no se plasman las actividades y los responsables de actualización de fondo fijo, medición de los CPM, el Centro de Acopio y el almacén delegacional que juegan un papel relevante en este proceso. Resultaría deseable para los operadores del Programa, que éstos pudieran mejorar su flujograma y descripción del proceso, identificando en cada etapa a los responsables directos en los diferentes niveles de ejecución del Programa y los indicadores de proceso para medir el avance en el logro del mismo.

Hasta aquí se ha descrito el proceso de distribución de apoyos explicado por el mismo Programa IMSS-Oportunidades, con base en su experiencia y las fichas narrativas de proceso que elaboraron. En cuanto a las entrevistas realizadas a los responsables

administrativos de los diferentes niveles de conducción delegacional, se corroboraron muchas de las etapas del flujograma.

En cuanto a la revisión de indicadores del Programa como medio para verificar el cumplimiento de este proceso, sólo se encontró en el PASH el porcentaje de suministro de medicamentos, cuyo valor fue 96.2% en 2008. La matriz de indicadores del CONEVAL, por su parte, refiere varios indicadores de suministro de material de curación, biológicos, material de curación, material radiológico y de laboratorio, y de diversos insumos. Dicha matriz no contiene datos, sin embargo, éstos pueden encontrarse en el SISPA 2008 (Ver Anexo 7.2.2.2.2).

La encuesta de unidades de salud levantada ex profeso para captar los niveles de suministro de medicamentos y otros insumos médicos mostró que el 67.3% de las UMR tenía entre el 76 y 100% de los medicamentos disponibles. En el caso de las HR, este porcentaje fue de 94%. En el caso del material de curación, el 80% de las UMR tenía entre el 76 y 100% de los materiales de curación disponibles. En el caso de las HR, este porcentaje fue del 100%.

En términos generales, lo que se desprende del análisis descriptivo de los dos procesos, abasto de medicamentos, y mobiliario y equipo médico, es que ambos refieren buena parte de su descripción a la adquisición de apoyos y poco a lo que es propiamente distribución de apoyos.

7.2.2.3 Elaboración del presupuesto

El objetivo de este proceso es analizar los recursos asignados por el Gobierno Federal y definir la administración y distribución de los recursos económicos necesarios para la operación del Programa a nivel central en coordinación con las delegaciones.

El área responsable de realizar este proceso es la División de Seguimiento Evaluación y Control de nivel central del IMSS-Oportunidades. No obstante, existen otros actores que juegan un papel directo e indirecto en este proceso como las diferentes coordinaciones del Programa y la División de Planeación Sistemas e Información, las delegaciones del IMSS, la Dirección de Finanzas del IMSS Régimen Obligatorio y el Honorable Consejo Técnico del IMSS. Externamente, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SCHP) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) intervienen también en la presupuestación (Ver Anexo 7.2.2.3.1.).

En principio, el Programa define la administración y distribución de los recursos económicos proporcionados por el Gobierno Federal para garantizar la operación del

IMSS-Oportunidades. Esta actividad es realizada por el Programa en coordinación con la Dirección de Finanzas (DF) del IMSS y las delegaciones. El procedimiento básico de elaboración y distribución del presupuesto es considerar los presupuestos ejercidos durante periodos anteriores ajustados por diferentes factores de actualización, considerando la situación de salud, la detección de necesidades y el plan de trabajo.

Para lo anterior, es necesario analizar las necesidades de las Coordinaciones de la Unidad y de las Delegaciones a fin de integrar el marco base, tomando como parámetro el ejercicio histórico de años previos para la definición de los rangos que se destinarán a cada uno de los rubros que integran el gasto. Posteriormente, se realiza el Anteproyecto de Presupuesto priorizando a qué renglones se destinarán los recursos asignados con el objeto de efectuar las gestiones correspondientes para su autorización por el Gobierno Federal. Cabe mencionar que dichas acciones se realizan en el marco institucional y federal apegado a la normatividad descrita en la materia.

Una vez que el Gobierno Federal comunique el presupuesto aprobado, se ajustan los rubros considerados en el Anteproyecto de acuerdo a los Techos Presupuestales autorizados con base en las prioridades identificadas. Una vez distribuido el presupuesto, se informa ante el Pleno del Honorable Consejo Técnico (HCT) del IMSS para su conocimiento.

Durante el ejercicio del presupuesto, trimestralmente se efectúan modificaciones y/o adecuaciones pertinentes a través de Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto (SOAP_PREI-Millenium) según las necesidades que se presenten, con lo que se optimizan los recursos. Cabe mencionar que para dar seguimiento al ejercicio de los recursos en las Delegaciones se efectúa el análisis de variaciones al ejercicio del gasto, lo que permite determinar las estrategias a seguir para la readecuación de los recursos.

Aun cuando el ejercicio presupuestal es responsabilidad de cada una de las delegaciones, éste se monitorea en el nivel central mediante los reportes generados por el Sistema PREI-Millenium, integrando cada mes la situación presupuestal y el análisis a los estados financieros que sirven como base para la integración de los reportes requeridos por las diversas instancias institucionales y del Gobierno Federal, en estricto apego a la normatividad institucional y federal fomentando así la transparencia en el ejercicio de los recursos.

De conformidad con lo estipulado en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y tomando como base los estados financieros y el Estado de Cuenta del Gobierno Federal que se realiza en coordinación con la Dirección de

Finanzas del IMSS Régimen Obligatorio, se integra la Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Cabe mencionar que en 2008, de acuerdo con el Programa, poco más del 98.2% de los recursos autorizados por la operación del Programa fue ejercido.

El proceso de presupuestación es una actividad monitoreada completamente por el nivel central. La descripción narrativa y el flujograma elaborados por el Programa dejan lugar a una inquietud. La presupuestación está basada en históricos ajustados a inflación más diferentes variables como necesidades y planes de trabajo pero no toma en cuenta necesariamente el desempeño de las delegaciones en los aspectos médicos y de acción comunitaria. De esta forma, no hay suficientes incentivos para las delegaciones de mejorar su desempeño porque saben que año tras año estarán recibiendo la misma cantidad de recursos que el año previo o más en términos reales. En este sentido, el IMSS-Oportunidades debería transitar hacia diseños de presupuesto más complejos basados más en desempeño delegacional que en presupuestos históricos. También sería conveniente realizar estudios de desigualdad en la distribución de los recursos y sus implicaciones en términos del alcance de sus metas, ya que existen diferencias muy importantes en el presupuesto per cápita ejercido entre las delegaciones del D.F. y Michoacán. La brecha en este indicador es de casi 4 veces, esto es que, por cada peso que recibe una persona adscrita en la delegación de Michoacán, una persona adscrita en el DF recibe 4 pesos.

7.2.3. Otorgamiento de Servicios de Salud

7.2.3.1 Adscripción

El objetivo del proceso de adscripción es contar y caracterizar a la población potencialmente beneficiaria del Programa, así como elaborar un registro de la población usuaria de los servicios de salud. Este proceso de adscripción es un proceso administrativo realizado operativamente por el personal de archivo clínico en los HR, el auxiliar de área médica en las UMR y Unidades Médicas Urbanas (UMU), y personal de enfermería en las Unidades Móviles de Microrregiones Oportunidades (UMMO). Cabe señalar que en algunas ocasiones el proceso se apoya en los grupos voluntarios (Ver Anexo 7.2.3.1.1.).

El concepto de adscripción no está definido normativamente, por tanto, se entenderá por adscripción al llenado de la Tarjeta de Adscripción a Unidades Médicas (TAUM) de toda la población universo de trabajo, demande o no atención médica, la cual

queda bajo resguardo de las unidades de salud.⁵ Esta actividad es realizada por los auxiliares de área médica. Para la población que radica en el área de influencia y demanda atención médica, la adscripción comprende además del llenado de la TAUM en cada unidad médica, la elaboración del expediente clínico correspondiente (actividad que se realiza en unidad de salud). Esta actividad es realizada por el personal de archivo clínico.

De acuerdo a lo señalado en las ROP, en la unidad de salud, las TAUM quedan archivadas en secciones: activa (asiste periódicamente a unidades de salud), pasiva (no asistió durante el último año a unidades de salud), y bajas e indepurables (familias que ya no habitan en el Universo de Trabajo).

A principio de cada año, se lleva a cabo la depuración de la población adscrita a través de la revisión de la TAUM en las unidades de salud: en caso de que la familia ya no habite en el domicilio registrado es dada de baja; la población que no ha solicitado atención médica en el último año es clasificada como población pasiva y, la población que ha usado los servicios de unidades médicas es clasificada como activa.

Según se establece en la NOM-168-SSA1-1998, los expedientes clínicos de la población pasiva quedan al resguardo de la unidad médica. Los datos contenidos en las TAUM son capturados en el formato SISPA 14-1 (registro diario), el cual se actualiza mensualmente en el Formato SISPA integral que es enviado a nivel central.

Los beneficiarios de las acciones del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) son toda la población que habita en las localidades sede de las unidades médicas y en las localidades de acción intensiva, la cual es adscrita (sin criterios, ni métodos de selección) a unidades de salud del IMSS-Oportunidades, a través de la TAUM y del expediente clínico, cuando corresponde. Estos beneficiarios reciben de manera gratuita los servicios del Programa dentro del ámbito de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención (universo de trabajo) para lo cual no existen criterios de selección ni métodos de incorporación, lo cual asegura la transparencia en la provisión del servicio.

⁵ El **universo de trabajo** del Programa, descrito en el numeral 6.1.1 (inciso a), se define como el total de localidades que cubre el Programa y comprende la localidad sede y las localidades de acción intensiva (LAI) de las Unidades Médicas Rurales (UMR) y Hospitales Rurales (HR), así como las localidades del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), las de Unidades Móviles de Microrregiones Oportunidades (UMMO) y Unidades Médicas Urbanas (UMU). Todas éstas son localidades urbanas y rurales en condiciones de pobreza o pobreza extrema con un alto índice de marginación.

La interpretación que puede obtenerse a partir de lo descrito en las ROP, es que la adscripción tiene un propósito doble. En primer lugar, el proceso que se lleva a cabo a nivel de comunidad funciona para la elaboración de un “censo” de potenciales beneficiarios en el universo de trabajo del Programa y, en segundo lugar, la adscripción, entendida como la elaboración del expediente clínico en las unidades de salud funciona para llevar un registro y la historia clínica de los usuarios frecuentes de los servicios de salud de las unidades del Programa.

Las entrevistas realizadas a diferentes actores del Programa, tanto a nivel central delegacional y zonal corroboran este proceso. Mencionan la labor de los auxiliares o promotores de salud que depuran anualmente la población adscrita en las unidades de salud ambulatorias, tomando como referencia su población de responsabilidad.⁶ Cabe señalar que, en algunos casos, se mencionó que la enfermera colabora en el proceso de depuración. En ese mismo sentido, el personal de archivo clínico y también las enfermeras, depuran los expedientes y la población adscrita. Toda la información de la población adscrita se captura en el SISPA y, de esta manera, llega a nivel central. En general, no se detectan inconsistencias entre la parte normativa y operativa del proceso de adscripción. Cabe mencionar que en 2008 se piloteó una nueva forma de captura de la población adscrita para su actualización, y se está transitando hacia un padrón de beneficiarios que derivará en modificaciones a las ROP.

De acuerdo con la información que arroja el SISPA 2008, la población adscrita al IMSS-Oportunidades ascendía a 10,284,017 personas, equivalentes a 2.7 millones de familias. De la población adscrita al programa, cerca de 40% se ubica en tres delegaciones: Chiapas (16.3%), Oaxaca (11.9%) y Michoacán (10.2%). El 95% de la población fue oportunohabiente y el 5% restante derechohabiente. Cabe mencionar que, en esta base de datos, no se distingue a la población Oportunidades, ni afiliada a Seguro Popular, pero si se tiene registro del número de consultas de esta población. Lo mismo sucede con la población indígena. Esto no significa que no existan los datos.

Considerando el análisis de este proceso se sugiere en general: definir qué es adscripción en las ROP; y realizar un censo o conteo de población objetivo de manera externa, para darle validez y consistencia a sus cifras de población.

⁶ El proceso es administrativo institucional realizado principalmente por personal responsable del archivo clínico en HR, en el caso de localidades del universo de trabajo es apoyado por grupos voluntarios.

7.2.3.2. Atención médica

7.2.3.2.1. Servicios de salud en unidades médicas

7.2.3.2.1.1. Características de los usuarios de los servicios de salud

El número de personas encuestadas, tanto en UMR como HR fue de 1,299. El 76.9% fueron mujeres y 23.1% hombres. El promedio de edad de los pacientes fue de 35 años. Poco menos del 30% reportó entender una lengua indígena y menos del 35% consideró pertenecer a un grupo indígena.

Menos del 20% de éstos reportó no tener ningún grado de escolaridad y alrededor del 50% estudió la primaria. Poco más del 20% realizó estudios de secundaria. Esto quiere decir que poco más del 90% de los usuarios estudió 9 o menos años (Ver Anexo 7.2.3.2.1.).

Respecto a medio de transporte y accesibilidad geográfica a las unidades de salud del Programa, el 78.3% de los usuarios declaró haber llegado a la unidad caminando. El 6% de los encuestados reportó llegar en su vehículo particular y el 12% mencionó haber usado transporte público. De estos últimos, el promedio de gasto fue \$30.00 pesos. El tiempo promedio para llegar a la unidad fue de 20 minutos. Sin embargo, un número pequeño de encuestados tardó más de una hora en llegar a la unidad de salud y hubo varios reportes de tiempos de espera de hasta 5 horas (Ver Anexo 7.2.3.2.2.).

Por otro lado, el 30% de los encuestados reportó tener en sus localidades, además del IMSS-Oportunidades, otros proveedores de salud. Entre ellos resaltan los privados y la Secretaría de Salud a quienes también habían demandado atención médica.

7.2.3.2.1.2. Características del personal de salud

El número de encuestas aplicado a médicos y enfermeras del IMSS-Oportunidades fue de 641. Dos terceras partes de estas entrevistas fueron aplicadas a médicos y el resto a enfermeras. La edad promedio de los médicos fue de 32 años y de las enfermeras 39 años. De los médicos entrevistados, el 50% fueron pasantes o de servicio social y 40.9% de base.

La encuesta indagó el entendimiento de la lengua indígena. De acuerdo con el SISPA 2008, casi la tercera parte de las consultas se otorgaron a población indígena. Según la encuesta de personal de salud, apenas el 7.3% de los médicos entiende alguna lengua indígena y en el caso de las enfermeras este porcentaje fue de 30. Esta diferencia de porcentajes se explica, en parte, por el alto porcentaje de médicos de servicios social (Ver Anexo 7.2.3.1.2.).

El nivel de escolaridad del personal de salud es muy importante ya que es un determinante de la calidad técnica de la atención en las unidades de salud. Una buena parte de los médicos y enfermeras del IMSS-Oportunidades no realizó estudios de posgrado o especialidad una vez concluidos sus respectivos estudios profesionales. Al igual que en el caso anterior, el alto porcentaje de médicos que no reportó ningún estudio después de la carrera puede atribuir a su condición de pasante (Ver Anexo 7.2.3.2.4).

Cuando los médicos no prosiguen con sus estudios de posgrado o especialidad, los cursos de actualización se vuelven indispensables. Poco menos del 40% de los médicos y enfermeras no ha recibido capacitación en los últimos 10 años mientras que, más del 35% del personal de salud fue capacitado en 2008 (Ver Anexo 7.2.3.2.5.).

En términos de la capacitación por especialidad, el 48% de los médicos fue capacitado en 2008 en la atención de mujeres embarazadas y niños mientras que, en el caso de las enfermeras, este porcentaje fue de 31.5% y 39.7%, respectivamente. La inducción sobre el programa Oportunidades permite a los médicos y enfermeras sensibilizarse sobre los objetivos y las características de la población beneficiaria de este Programa y, por ende, actuar en consecuencia. De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 86.5% de los proveedores recibió capacitación sobre el Programa Oportunidades (Ver Anexo 7.2.3.3.6.).

En cuanto a la antigüedad del personal de salud en el Programa se encontró que el promedio de años laborados para los médicos fue de 6 años, sin incluir a pasantes, y para enfermeras de 15 años. Esta diferencia en los grupos de edad es atribuible a dos situaciones. Por un lado, el 80% de los médicos reportó tener 7 o menos años dentro del Programa. Por el otro, el 30% de las enfermeras tiene entre 19 y 29 años dentro del mismo (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.1.).

Por otro lado, los horarios de consulta médica son un determinante clave para la atención de la salud de las personas. De acuerdo con la encuesta de personal de salud, los médicos trabajan 9 horas diarias y las enfermeras 7 (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.1.). En el caso de los médicos, cabe destacar que los médicos de servicio social permanecen las 24 horas en las UMR la mayor parte del tiempo, no así en el caso de los médicos de base. Cabe destacar que más del 90% de los médicos y 97% de enfermeras reportaron no tener un empleo adicional.

En cuanto a la utilización de guías clínicas y otros documentos normativos cabe mencionar que fue poco el personal que refirió basarse en ellos para su práctica profesional. Entre las explicaciones de este proceder destacan la ausencia de estos

documentos en la unidad o percibir que su uso no es necesario. Por otra parte, una parte considerable de los médicos y enfermeras encuestados refirieron haber utilizado la Guía Clínica para el Diagnóstico y el Manejo de la Diabetes Mellitus (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.3.).

Es menester aclarar que el cuestionario de satisfacción del personal de salud tiene diferentes ámbitos de análisis. En este informe se consideraron solamente cuatro: (i) percepción de la infraestructura, (ii) percepción de suficiencia de los insumos, (iii) percepción de la labor del personal de la unidad médica, y (iv) percepción de los servicios proporcionados.

La encuesta del personal de salud reveló que alrededor del 40% de los médicos consideraba “de regulares a malas” las condiciones de las unidades de salud mientras que, en el caso de las enfermeras, este porcentaje se ubicó alrededor del 30% (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.4.).

Con relación a la percepción del personal de salud de los insumos disponibles en las unidades medicas, la encuesta reveló que más del 50% de los médicos consideraba “de regulares a malas” las cantidades de insumos disponibles en las unidades de salud mientras que, en el caso de las enfermeras, este porcentaje fue alrededor del 40% (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.5.).

Con relación a la percepción sobre la labor del resto del personal de las unidades médicas se encontró que más del 90% de éstos consideraba la labor de su equipo como buena o excelente; y, respecto a la percepción sobre los servicios de salud proporcionados en las unidades médicas, la encuesta reveló que más del 95% del personal consideró la prestación de servicios como buena o excelente (Ver Anexo 7.2.3.2.1.2.6. y 7.2.3.2.1.2.7.)

7.2.3.2.1.3 Condiciones y características de las unidades médicas

Los resultados de la encuesta de Unidades Médicas muestra que 99.2% de las unidades visitas disponen de energía eléctrica y 72.5% con agua entubada (Ver Anexo 7.2.3.2.1.3.1.). En cuanto a los horarios de consulta, las UMR atienden en promedio casi 8 horas de lunes a viernes y 4 horas fines de semana mientras que los HR, en consulta externa, atienden 9 horas de lunes a viernes y 3 horas fines de semana. De nueva cuenta se debe ponderar que en las UMR, el médico de servicio social permanece 24 horas, la mayor parte de la semana, en la unidad. Nuevamente, no es el caso de los médicos de base.

La atención de urgencias también es fundamental en el restablecimiento de la salud de las personas. Los HR atienden urgencias por espacio de entre 13 y 15 horas diarias durante la semana. Es importante señalar que los HR tienen que otorgar servicio de urgencias las 24 horas del día, por tanto, las horas señaladas anteriormente corresponden con las guardias del personal de salud.

En cuanto a las áreas físicas de las unidades de salud se observó que el 62.6% cuentan con lo establecido en las ROP. Adicionalmente, 45.8% de las UMR tiene CEN y 87.9% tienen CARA. En el caso de los HR, solamente 11 de los 15 HR visitados disponen de todas las áreas establecidas en las ROP (Ver Anexo 7.2.3.2.1.3.2.).

Las áreas físicas que usualmente no se encontraron en las UMR visitadas fueron el cuarto de curaciones y las áreas de observación. En el caso de los HR, no se detectaron en todas las unidades, áreas de medicina preventiva, módulo de salud ginecológica y sala de urgencia. Cabe señalar que, de acuerdo con el Programa, todas las unidades médicas en su diseño arquitectónico cuentan con todas los espacios físicos, por tanto, la falta de áreas físicas detectadas puede deberse a una confusión por parte del encuestado en el nombre de las mismas y a la multifuncionalidad de los espacios.

Así mismo, se no encontró especificado en las ROP, el tipo y la cantidad de mobiliario y equipo con el que deben contar las unidades médicas. Sin embargo, el Programa ha desarrollado guías de equipamiento para UMR y HR, las cuales fueron reproducidas, en parte, en el cuestionario de unidades de salud. El mobiliario y equipo son parte central de la atención de la salud. De acuerdo con la encuesta de unidades, poco menos del 60% de las UMR tuvieron mobiliario y equipamiento completo mientras que, en el caso de el HR, este porcentaje fue 76.5% (Ver Anexo 7.2.3.2.1.3.3.).

El abasto de medicamentos es fundamental en la calidad de la atención médica. De acuerdo con el Programa, el abasto de medicamentos estuvo en 96% en 2008. Según las UMR visitadas, el 23.4% de éstas tenía entre el 50 y 75% de las medicamentos del cuadro básico disponibles, y el 67.3% tenía entre el 76 y 100% de éstos. En el caso de los HR, más el 94% tenía entre el 76 y 100% de los medicamentos disponibles (Ver Anexo 7.2.3.2.1.3.4.).

El surtimiento de medicamento a las UMR's se realiza bimestralmente a cargo del almacén central. Los criterios para definir el volumen de medicamento se calculan con base en registros del consumo promedio mensual. En algunos casos, este mecanismo presenta deficiencias que se hacen evidentes con la escasez de ciertas claves de medicamento en algunas unidades antes del siguiente periodo de surtimiento. Cabe

mencionar que la escasez no sólo se relaciona con este hecho, sino con la entrega incompleta de claves por parte del proveedor al almacén central. Este problema ha llevado a la búsqueda de prácticas alternas para subsanar el problema. El mecanismo implementado no es normativo y funciona mediante el traspaso de claves agotadas de una unidad de atención a otra.

En cuanto al abasto de material curación, el Programa ha determinado un nivel de abasto de insumos cercano al 90% en 2008. Según las UMR visitadas, el 80% de éstas tenía 75 y 100% de los materiales de curación disponibles. En el caso de los HR, el 100% tenía entre el 76 y 100% de los insumos disponibles (Ver Anexo 7.2.3.2.1.3.5.).

7.2.3.2.1.4 Satisfacción de los pacientes

El tiempo de espera para recibir consulta es un determinante de la calidad de la atención médica y de la satisfacción del paciente. Con base en la encuesta de pacientes, éstos esperaron en promedio 60 minutos. Este tiempo fue considerado como corto o aceptable por el 78.5% de los pacientes y 21.5% como mucho o demasiado tiempo (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.1.). Así mismo, el tiempo promedio para realizar la consulta fue de 19 minutos. Esta cantidad de tiempo fue calificada como “suficiente” por más del 90% de los pacientes (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.2.). En esta duración de la consulta, más del 80% reportó haber podido detallar adecuadamente al personal médico su estado de salud durante el tiempo de la consulta (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.3.).

La sensación de privacidad permite generar confianza en el paciente para comentar al médico o enfermera su situación de salud a fin de ser diagnosticado adecuadamente. En este sentido, el 99% de los pacientes encuestados reportó como buena (44%) o muy buena (55%) la privacidad de las unidades médicas (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.4.). Así mismo, el personal de salud, previo a la consulta, debe tomar la talla, el peso, la presión arterial, la temperatura y además preguntar sobre el estado de salud. Estos procedimientos son básicos y pueden hacer más eficiente la consulta. En este sentido, al 35.6% de los pacientes se le realizaron todas estas pruebas antes de pasar a consulta (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.5.).

La explicación del médico o enfermera a los pacientes sobre su situación de salud y tratamiento es clave para que éstos tomen las medidas para el restablecimiento de su salud. Cuando la explicación es clara, la posibilidad de que el paciente sea consciente de su propio cuidado es mayor. Así, se encontró que el 97% de los pacientes respondieron que la explicación del personal de salud, tanto del diagnóstico como del tratamiento fue

suficientemente clara (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.6.). Por otro lado, el 99% reportó haber recibido un trato digno y respetuoso en la unidad médica por parte del personal de salud (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.7.).

La calificación otorgada por los encuestados a los ARS y los PVR fue de 8. Para el resto del personal operativo, el 91.6% de los pacientes calificaron el trato del médico como “muy bueno o bueno”, y en esta misma categoría fueron ubicadas las enfermeras (77.2%), los auxiliares de salud (59%), personal de farmacia (21.5%). Los personajes con una calificación más baja fueron trabajadores sociales, laboratoristas, dentistas, rayos X y dentista-nutricionista (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.8.).

En cuanto al surtimiento de recetas, el 84% de los pacientes reportó un surtimiento completo. El restante 16% no fue surtido o la receta fue surtida parcialmente. Las principales causas por las cuales no se surtió el medicamento fueron el desabasto en las unidades de salud (86%) o porque el Programa no surte ese medicamento (8%) (Ver Anexo 7.2.3.2.1.4.9.).

7.2.3.2.1.5 Otorgamiento de servicios de salud

De acuerdo con la encuesta de usuarios de los servicios de salud, poco más de la mitad de las consultas fue motivos de gripa, control de hipertensión, visita preventiva, control prenatal y de la diabetes, y un 30% adicional por otros motivos (Ver Anexo 7.2.3.2.8.).

Así mismo, como parte de la *promoción, prevención y protección*, las ROP establecen varias acciones que deben realizarse a la población según su grupo de edad. Estas acciones corresponden con las prioridades en salud definidas por el Programa y las cuales, se tienen que garantizar en los momentos y periodicidades establecidas en ambos niveles de atención.

Una de estas acciones es la prevención y control de todos los niños con diarrea y promover el uso de VSO. En este sentido, al 25.7% de los encuestados, que llevaron a consulta a niños menores de 2 años, se les ofreció VSO. De éstos, cabe destacar que el 100% sabe preparar el VSO. Cabe señalar que ésta baja promoción del VSO se explica, en parte, porque no a todos los niños se les ofrece sino más bien a aquellos que presentan un cuadro de diarrea o deshidratación (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.1.).

Las ROP también señalan que se debe realizar detección del bajo peso, sobre peso y obesidad. De acuerdo con la encuesta, el 98.1% de los niños en este grupo de edad fue pesado y valorado. De éstos, el 74.5% resultó tener peso normal, el 13.7% bajo peso y 3.9% sobrepeso. Cabe señalar que a 8% de los tutores no se les informó sobre el

peso de su niño. De los niños con bajo peso detectados, a poco más de la mitad se les recomendó Nutrisano⁷ (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.2.).

En términos de los procedimientos médicos para la atención de los niños, se obtuvieron tres resultados: (i) el 98% de los tutores reportó entender las explicaciones del personal de salud, (ii) el 79% de los tutores llevaron consigo su cartilla PREVENIMSS, y (iii) el 67.6% de los médicos y las enfermeras anotaron en la cartilla PREVENIMSS el peso y la estatura de los niños.

Así mismo, las ROP especifican que en mujeres embarazadas de 20 y 59 años, se les debe atender y dar seguimiento al embarazo. La encuesta de pacientes detectó 150 embarazadas. De estas mujeres, a más del 95% se les realizaron todos los procedimientos denominados como irreductibles, esto es medición del peso, toma de presión arterial, examen de abdomen y escucho del latido cardiaco fetal.

Existe otro conjunto de procedimientos que no suelen realizarse a todas las mujeres en todas las consultas como: examen de matriz, muestra de sangre y orina, vacuna contra tétanos, prueba de VIH o SIDA y exploración de mama. De acuerdo con los resultados de la encuesta, al 90% de las mujeres embarazadas se les realizaron al menos la mitad de las pruebas anteriores. Cabe destacar que este resultado puede considerarse como esperado ya que no todas las pruebas tienen que realizarse en todas las consultas, sino depende del mes de gestación, la prueba del VIH/SIDA, por ejemplo, requiere consentimiento informado y no todas las UMR tienen capacidad de efectuar estas pruebas (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.3.).

Cabe señalar que, de acuerdo con lo reportado por las embarazadas, el 70% de éstas tuvo el número de consultas mínimo aceptable para el control del embarazo, mientras que el restante 30% tenía un número de consultas prenatales por debajo de lo recomendable⁸ (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.4.).

Otras acciones establecidas en la normatividad son la detección de diabetes, hipertensión, sobre peso y obesidad además de factores de riesgo para la tuberculosis para la población mayor de 20 años (hombres y mujeres).

En relación a las personas mayores de 40 años, a más del 90% de los pacientes se les realizaron los pruebas irreductibles como medición del peso y toma de presión arterial. Solamente al 35% de los pacientes, con independencia de su sintomatología, se

⁷ Este dato se puede explicar porque el Nutrisano solamente se ofrece a las familias que pertenecen al Programa Oportunidades.

⁸ Lo mínimo recomendable sería: 1era consulta a las 12 semanas, 2da entre las semanas 22 y 24, la 3era entre las semanas 27 y 29, la 4ta entre las semanas 32 y 35, y la 5ta entre las semanas 38 y 40.

les aplicó la prueba de glucosa. Otras pruebas como medición de cintura abdominal, revisión de pies y ojo, y colesterol se aplicaron en menor frecuencia, en parte explicado porque estas pruebas solamente se realizan a pacientes con hipertensión o diabetes⁹ (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.5.).

En el caso de las personas con diabetes, el personal de salud debió hacer un conjunto de pruebas para valorar el estado de salud del paciente. De acuerdo con la encuesta de usuarios de los servicios de salud, el número de personas diabéticas detectado fue 115. A todas ellas, el médico o la enfermera debió tomar la presión, el peso, hacer prueba de glucosa y colesterol y revisar los pies y fondo de ojo. Según datos de la encuesta solamente al 7% de los pacientes diabéticos se les realizaron todas estas pruebas. Cabe señalar que la prueba más importante que debería hacerse a los pacientes diabéticos es glucosa y ésta se realizó solamente al 63% de los diabéticos (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.6.).

En el caso de las personas hipertensas (N=141), los procedimientos recomendados son la toma de presión, peso, prueba de colesterol y orina y revisión de fondo de ojo. Según datos de la encuesta a menos del 2% de los pacientes hipertensos se les realizaron dichos procedimientos. Algunas de las pruebas más importantes que deberían realizarse a los pacientes hipertensos es la toma de la presión arterial, el peso y la toma de estudios de colesterol, sin embargo, esta prueba sólo se realizó a 5% de ellos (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.7.).

Por otro lado, el control medicamentoso de los pacientes es esencial en los servicios médicos, ya que éste incide directamente en su calidad de vida. De acuerdo con la encuesta de usuarios de los servicios de salud, más del 90% de los pacientes diabéticos e hipertensos tomó sus medicamentos diariamente durante los últimos siete días (Ver Anexo 7.2.3.2.1.5.8.).

Conclusiones

- El personal de salud entiende relativamente poco la lengua indígena de la población, lo cual puede generar eventualmente o ya está generando barreras culturales de acceso.
- La población además de utilizar los servicios del IMSS-Oportunidades, hace uso de otros proveedores, particularmente la SSA y los privados. Estos dos proveedores cobran por sus servicios y expone a las familias a incurrir en gasto excesivos por motivos de salud.

⁹ Cabe puntualizar, que la prueba de colesterol no es obligatoria para el Programa.

- Los horarios de atención médica en el primer nivel son, en promedio, de 8 horas diarias entre semana y mucho menos que eso en fines de semana. La población no decide cuando enfermarse. Con estos horarios, la posibilidad de que una persona con necesidades de atención médica encuentre cerrada la unidad de salud es considerable. Esta situación conduce a que las personas busquen otro tipo de proveedores, generando poca confianza en el Programa.
- En 2008, el Programa desarrolló una estrategia de capacitación nunca antes vista en la historia del IMSS-Oportunidades, al menos en los últimos diez años.
- El personal de salud se percibe poco satisfecho con las instalaciones y el abasto de insumos, pero muy satisfecho con la labor de sus compañeros y con los servicios proporcionados por la unidad de salud.
- El Programa cumple con las ROP en cuanto a las áreas físicas. Los resultados de la encuesta muestran que hay unidades que no cuentan con los espacios físicos y algunas razones que explican este resultado es la multifuncionalidad de las áreas y la confusión por parte del personal encuestado sobre el nombre de los espacios.
- La existencia de unidades con carencias en áreas y mobiliario y equipo médico, es un factor de inequidad entre las poblaciones, y afecta la capacidad de las unidades con carencias de proporcionar un servicio de calidad.
- Las carencias en abasto de medicamentos están generando un factor adicional de inequidad al interior de la población beneficiaria. Adicionalmente, generan heterogeneidad en los servicios que se proporcionan.
- El Programa sale muy bien calificado por los usuarios de los servicios de salud en términos de satisfacción y el trato recibido. Cabe señalar, que el IMSS-Oportunidades surtió completamente el 84% del total de recetas, cifra que si bien es alta, debe considerarse en el contexto de una población con bajo acceso a otros medios para surtimiento, por lo que, las carencias en esta población probablemente se traducen en no tratamiento.
- La detección y valoración del estado nutricional de los niños es bastante buena, así lo demuestran los valores de niños pesados y medidos, y su identificación en bajo peso, sobre peso y obesidad.
- La atención prenatal es deficiente, ya que únicamente 70% de las embarazadas tiene el número de consultas mínimo aceptado para su control. De acuerdo con el SISPA, el promedio de consultas prenatales en 2008 fue de 6.5, cifra superior al promedio establecido en la NOM. No obstante, en el mismo SISPA se puede

observar que 17,583 fueron por primera vez a consulta en el último trimestre del embarazo y 13,040 asistieron por primera vez a consulta en el segundo trimestre, con lo cual, más de 30 mil mujeres fueron por primera vez a consulta después del tercer mes del embarazo. Si el Programa atendiera alrededor de 100 mil embarazos, entonces el 30% de las embarazadas asistiría tarde a su primera consulta. Por tanto, el 70% encontrado en la encuesta resulta bastante plausible.

- Al 95% de las embarazadas se le realizaron las pruebas básicas (peso, talla, presión arterial, examen del abdomen y escucha de latido fetal). Al 90% de las mismas se le realizaron algunas de las siguientes pruebas: muestra de orina y sangre, exploración de mama, revisión de pies, entre otras, porcentaje aceptable toda vez que estas pruebas no se realizan a todas las embarazadas en todas las consultas.
- La detección de padecimientos cardiometabólicos (hipertensión, diabetes e hiperlipidemias) no suele realizarse a todos pacientes mayores 40 años.

Recomendaciones

1. El Programa tiene un reto importante para la estandarización de los servicios de salud. Requiere fortalecer la capacidad estructural de los mismos, dotándolos de las áreas e insumos necesarios, así como re-orientar la capacitación para estandarizar protocolos de atención.
2. El IMSS-Oportunidades debería realizar estudios y análisis sobre la adherencia y sentido de pertenencia de la población objetivo hacia el Programa, con el objeto de indagar sobre las causas que motivan a la población a buscar otros proveedores de salud.
3. El Programa debe continuar con los planes de capacitación, enfocándose especialmente al manejo y atención de la diabetes mellitus, ya que refiere el personal de salud utilizar constantemente la guía de diagnóstico y manejo de esta enfermedad.
4. El IMSS-Oportunidades tendría que incluir o referir en las ROP el tipo de mobiliario y equipo médico con el que deben contar las unidades médicas, tal y como lo hace con la partera.
5. El Programa debería fortalecer las acciones para que el personal de salud de las unidades médicas realice todas las pruebas señaladas anteriormente, a todas las mujeres embarazadas en todas las consultas para mejorar el control prenatal.

6. El IMSS-Oportunidades debe indagar sobre las causas que motivan a que las unidades médicas realicen tan pocas pruebas de colesterol y glucosa a la población. Estas pruebas deberían aplicarse a todos los pacientes independientemente del motivo de la consulta.
7. Fortalecer las acciones del personal y del área de acción comunitaria, para realizar la detección de mujeres embarazadas y que éstas, sean referidas a las unidades médicas para la valoración de los riesgos obstétricos y el buen control prenatal. Ya que éste resultó bajo. Asimismo como lograr el mejor manejo y apego a tratamiento en padecimientos crónico-degenerativos, y la adopción de conductas saludables para el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes.

7.2.3.3. Desempeño hospitalario

7.2.3.3.1. Atención médica

En el tema de productividad, se calcularon las *cirugías diarias por quirófano* dividiendo el número total de cirugías efectuadas en quirófano entre el número de quirófanos disponibles, y dividiendo el resultado entre 365 para obtener el promedio diario. Los valores obtenidos van desde 7 en el Hospital de Ario de Rosales, hasta 0 en el Hospital 20 de Noviembre, el cual no reportó ninguna cirugía en quirófano durante 2008.

La mediana de la productividad quirúrgica fue de 2.7 cirugías diarias, una cifra que puede ser considerada adecuada conforme a los estándares usualmente utilizados. El 50% de los hospitales estudiados tiene un promedio diario de cirugías prácticamente de entre 2 y 4, y que el hospital de Ario de Rosales tiene una productividad muy por arriba de sus contrapartes. Los valores inferiores a 2 son evidentemente negativos, pero también debe analizarse con detalle las cifras superiores a 5, ya que reflejan un uso muy intenso del recurso quirúrgico que puede impactar en la calidad del mismo (Ver Anexo 7.2.3.3.1.1 y Anexo 7.2.3.3.1).

En cuanto a las *consultas diarias por consultorio* el valor promedio para los hospitales del IMSS-Oportunidades fue de 19.6 en 2008. Por unidad, los valores variaron desde más de 32 en Tepexi, hasta sólo 5.9 en el hospital de San Ildefonso Villa Alta. La recomendación para este indicador es una cifra no mayor a 25 consultas diarias, ya que una mayor cantidad de consultas necesariamente implica un menor tiempo de contacto y de interacción entre usuarios y proveedores. Por el otro lado, cifras menores a 16 reflejan una productividad deficiente.

El 50% de los hospitales estudiados tiene una productividad de entre 16 y 23 consultas diarias por consultorio (la sección de la gráfica denotada por la caja). También

se puede observar la alta productividad –quizás indeseable- del hospital de Tepexi y la muy pobre productividad del hospital de San Ildefonso Villa Alta (Ver Anexo 7.2.3.1.2 y Anexo 7.2.3.3.2).

Por otro lado, en cuanto al *porcentaje o tasa de ocupación*, que básicamente representa la relación entre la disponibilidad de camas hospitalarias y los egresos en un periodo determinado, se considera que es adecuado cuando fluctúa alrededor de 80%. Cifras menores indican una subutilización de los recursos y cifras por arriba del 90% sugieren una sobresaturación de los servicios. Debido a lo anterior, en este ejercicio se consideró que los mejores desempeños eran los que se ubicaban en tasas de ocupación entre 80 y 90 y se calcularon las desviaciones de este rango para construir el desempeño en el indicador (Ver Anexo 7.2.3.3.1.3 y 7.2.3.3.3).

La mediana de los porcentajes de ocupación es de 79% y más de 25% tienen cifras de ocupación excesivamente altas, incluyendo varias unidades con tasas de ocupación superiores a 100%, lo que refleja una notable deficiencia de recursos hospitalarios para la demanda existente. Destaca en este sentido el caso del hospital de Guachochi (Chihuahua) que alcanza una tasa de ocupación de casi 140%. En el extremo opuesto, casi 50% de los hospitales tienen cifras de ocupación por debajo del estándar recomendado.

El *ranking de productividad* se construyó sumando los puntos de cada uno de los indicadores. Se encontraron dos unidades con el mismo puntaje en la primera posición, ambas ubicadas en el estado de Puebla: la de Chiautla de Tapia que tuvo un muy buen desempeño en el porcentaje de ocupación y la de Zacapoaxtla, que destacó particularmente en la productividad quirúrgica. En el extremo opuesto, los desempeños más pobres correspondieron al hospital de Guadalupe Tepeyac, en Chiapas, y al hospital 20 de Noviembre en Sinaloa. Estas dos unidades sumaron 30 puntos porque en los tres indicadores evaluados se ubicaron en el nivel de desempeño más deficiente (Ver Anexo 7.2.3.3.4).

En términos de la *calidad de la atención* se calculó el porcentaje de nacimientos por cesárea. Las evidencias internacionales indican de manera muy sólida que porcentajes de cesáreas por arriba de 15% son excesivos y representan una innecesaria exposición de la madre al riesgo quirúrgico y a complicaciones en embarazos subsecuentes. En términos generales, el porcentaje de cesáreas en las unidades IMSS-Oportunidades es el más bajo de todas las instituciones públicas en México, aunque el

21.8% de nacimientos por cesárea correspondiente a 2007 está por arriba del estándar recomendado.

El análisis comparativo muestra que 50% de las unidades tiene porcentajes de cesáreas de entre 17% y 28%, lo cual se puede considerar aceptable bajo los estándares del país. No obstante, debe llamar la atención que uno de cada cuatro hospitales tiene cifras de cesáreas por arriba de 28%, incluyendo las muy altas cifras del hospital de San Ildefonso Villa Alta (Oaxaca) en que el indicador alcanza un valor de 46%, similar a las cifras que son comunes en el ámbito de la atención privada.

En el análisis no se observan unidades que puedan considerarse “outliers”, a pesar de que existen diferencias notables en la distribución. Además del caso ya mencionado del hospital de San Ildefonso, hay una unidad, el Hospital 20 de Noviembre, que tuvo 0% de cesáreas (no reportó atención al parto durante 2008 ni 2007). Se decidió en esta fase excluir a este hospital del análisis ya que no reportó atención a nacimientos en 2008, por lo que, sería injusto “premiar” el valor de este indicador¹⁰ (Ver Anexos 7.2.3.3.1.4 y 7.2.3.3.5).

Así mismo se calculó el *promedio de días de estancia* como un indicador indirecto de la calidad de la atención. Estancias más cortas reflejan una mayor capacidad resolutive del hospital y permiten un uso más eficiente de los recursos hospitalarios. Sin embargo, también una alta mortalidad y referencia de pacientes podría reducir artificialmente el promedio de estancia hospitalaria. Otro elemento que debe tomarse en cuenta en la interpretación de los resultados es el tipo de patología asociada a la estancia en el hospital. Enfermedades más complejas requerirán mayores estancias no necesariamente atribuibles a deficiencias en la atención.

El promedio nacional de días estancia en los hospitales donde opera IMSS Oportunidades es de 3.04 días con 10% de estas unidades teniendo estancias mayores a 4 días. En el otro extremo, menos de 5% de las unidades tuvieron estancias inferiores a 2 días. La mitad de los hospitales tiene estancias que van de 2.7 a 3.5 días (Ver Anexo 7.2.3.3.1.5).

El mejor desempeño en este indicador lo tuvo el hospital de Coalcoman de Vázquez Pallares (Michoacán), y en el extremo opuesto está la unidad de Ixmiquilpan (Hidalgo). Esta unidad ve notablemente incrementado su promedio de estancia a

¹⁰ A fin de no excluir a esta unidad de la construcción del ranking final, se le asignó arbitrariamente el valor nacional del porcentaje de cesáreas del IMSS-Oportunidades.

consecuencia de estancias largas en los servicios de medicina interna y pediatría, incluyendo cuidados especiales a neonatos (Ver Anexo 7.2.3.3.6).

Por otro lado, se analizó también la *mortalidad intrahospitalaria*. Para este ejercicio, se usó también el supuesto de que los servicios y el tipo de paciente que se atiende en los hospitales del IMSS-Oportunidades son suficientemente similares como para no ser un factor que condicione las diferencias observadas. Nuevamente, de manera ideal este análisis debió realizarse por padecimientos y procedimientos específicos, pero esta información no está disponible al momento.

Las cifras de mortalidad que aquí se presentan son las reportadas en el concentrado institucional de 2008. Básicamente representan la relación porcentual entre el número de defunciones ocurridas en el hospital y el total de egresos. El agregado de todos los hospitales del IMSS-Oportunidades muestra que en 2008 se registraron 2,033 defunciones, lo que equivale a una tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria de 9.7 por cada 1,000 egresos.

Respecto a la distribución de las tasas de mortalidad intrahospitalaria se encontró que uno de cada cuatro hospitales tiene tasas de mortalidad por debajo de 2.7 y 10% de ellos alcanzan cifras superiores a 17 muertes por 1,000 egresos, lo cual es un número muy alto. La mitad de las unidades tiene cifras de mortalidad ubicadas entre 5.5 y 12.7 (Ver Anexos 7.2.3.3.1.6 y 7.2.3.3.7).

Otro indicador que se calculó fue la *capacidad resolutive del hospital*. Este se definió como el porcentaje de pacientes que egresan por mejora o curación. Aunque la capacidad resolutive tiene una relación con la mortalidad intrahospitalaria, esta asociación no es fuerte ni lineal. En algunos hospitales, por ejemplo, la cifra de transferencia alcanza porcentajes superiores a 10%. Un ejemplo puntual es el hospital 20 de Noviembre, el cual tuvo una tasa de mortalidad de 0 y a pesar de eso sólo se ubica en el decil V en este indicador. Un análisis de correlación de estas dos variables muestra que el coeficiente de correlación es de sólo 0.06, lo cual permite usar ambas variables en el índice de calidad sin “premiar” dos veces a las mismas unidades.

Del análisis se puede concluir en primer lugar que la variabilidad del conjunto de hospitales no es muy alta, con un 50% de las unidades con valores de capacidad resolutive entre 86 y 92%. En segundo lugar, la capacidad resolutive promedio es similar a la de los hospitales de la Secretaría de Salud y que 50% de las unidades tienen una capacidad de resolución superior a 90%. Finalmente, las unidades de Rodeo, en Durango y Villa Unión, en Sinaloa se muestran con un desempeño muy por debajo del conjunto de

hospitales y cuyo desempeño en este indicador puede considerarse claramente deficiente. En las posiciones más altas se ubican los hospitales de Ixmiquilpan (Hidalgo) y Ocozocoautla de Espinoza (Chiapas), en los cuales más de 96% de los pacientes egresaron por curación o mejoría (Ver Anexo 7.2.3.3.1.7 y 7.2.3.3.8).

El *ranking de calidad* se construyó asignando un peso mayor al indicador de resolución hospitalaria. Los resultados obtenidos muestran que la mejor posición en el índice compuesto de calidad correspondió al hospital de Tuxpan (Michoacán), unidad que se ubicó en el primer decil en resolución hospitalaria, en el segundo en cesáreas y días de estancia y en el decil V en mortalidad intrahospitalaria. En el extremo opuesto se ubicó la unidad de Guachochi (Chihuahua), la cual se ubicó en el decil VII en el porcentaje de cesáreas y los días de estancia, y en el X en mortalidad y resolución hospitalaria (Ver Anexo 7.2.3.3.9).

Finalmente, el *ranking del desempeño* de las unidades hospitalarias en materia de atención médica fue estimado usando un promedio ponderado de los dos índices compuestos previamente contruidos –productividad y calidad de la atención. Considerando que la razón de ser de una unidad médica es brindar atención de calidad, independientemente de la productividad que se logre, en esta ponderación se le asignó un peso de 70% al valor del componente de calidad y 30% al componente de productividad.

De acuerdo con la metodología utilizada, los hospitales del IMSS-Oportunidades con mejor desempeño son los de Ario de Rosales (Michoacán), Ocozocoautla de Espinoza (Chiapas), y el hospital de Tuxpan (Michoacán), que se ubicó en el lugar 23 en productividad pero fue el primero en el componente de calidad. Por otro lado, los desempeños más pobres fueron los de Santiago Juxtlahuaca, Miahuatlán de Porfirio Díaz y San Ildefonso Villa Alta, todos en Oaxaca, y que en los dos componentes utilizados para construir el ranking se ubicaron por debajo de la posición 50 (Ver Anexo 7.2.3.3.10).

7.2.3.3.2 Acción comunitaria

Para este componente se calcularon, en primer lugar, los *partos en menores de 20 años* para el cual se consideró el número de nacimientos en mujeres menores de 20 años y el número de mujeres entre 10 y 19 años de edad. El resultado se expresa en nacimientos por 100 mujeres en la edad de interés.

El indicador resulta de interés dado que está bien documentado que los nacimientos de madres menores de 20 años representan un mayor riesgo para la sobrevivencia del niño. Si bien los resultados presentados aquí reflejan un corte

transversal que no considera las tendencias históricas, permiten obtener una visión general del éxito de las acciones comunitarias en materia de salud reproductiva.

La mitad de las comunidades con hospital del IMSS-Oportunidades tuvo más de 9.7 partos de madres menores de 20 años por cada 100 mujeres de entre 10-19 años viviendo en la localidad a la que el hospital atiende. En 1 de cada 4 comunidades, la cifra de este indicador fue mayor a 14.3. En cuanto a las comunidades que tienen cifras muy por encima de la distribución típica del indicador destaca Chicontepec de Tejeda (Veracruz Norte), donde el indicador alcanza una magnitud de más de 40 nacimientos por cada 100 mujeres en el grupo de edad analizado (Ver Anexo 7.2.3.3.2.1). Las comunidades con mejor desempeño fueron Hecelchakan (Campeche), Villa Unión (Sinaloa) y Villanueva (Zacatecas), en las cuales el indicador tuvo una magnitud inferior a 3 (Ver Anexo 7.2.3.3.11).¹¹

Otro indicador calculado fue el *porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer*, el cual refleja los cuidados prenatales y la calidad de la información proporcionada a la mujer embarazada.

La mitad de las unidades tienen porcentajes de niños con bajo peso al nacer que van de 2.8 a 6. La variabilidad del indicador es notable: la unidad con cifra más alta (San Felipe Ecatepec, en Chiapas) tiene un valor 9 veces más alto que la de la unidad con la cifra más baja (Concepción del Oro, en Zacatecas). La gráfica mostrada identifica los cuatro valores máximos en la distribución de este indicador (Ver Anexo 7.2.3.3.2.2).

Las comunidades con menor porcentaje de bajo peso al nacer fueron Zacatipan (San Luis Potosí), Soto la Marina (Tamaulipas) e Ixmiquilpan (Hidalgo), que tuvieron porcentajes menores a 1.5%. En el extremo opuesto, se ubicó San Felipe Ecatepec (Chiapas) con un porcentaje de 13.8, cifra que lo ubica más de 3 desviaciones por arriba de la media en un desempeño atípicamente pobre en este indicador (Ver Anexo 7.2.3.3.12).

Por otro lado, el indicador de *niños bajo control nutricional* refleja el porcentaje de menores de cinco años que se encuentran bajo control nutricional. Esta es una actividad de vigilancia epidemiológica que permite evitar las consecuencias más severas (retraso en el crecimiento, déficit cognitivo, vulnerabilidad inmunológico) de los problemas nutricionales. La nueva tendencia epidemiológica también acrecienta la importancia de

¹¹ Para el ordenamiento de las comunidades de acuerdo a su porcentaje de partos en menores de 20 años, se excluyó del análisis de este indicador al hospital 20 de Noviembre (Isla María), ya que esta unidad no tiene registrados partos en 2008. Para el cálculo del índice final se le imputará a esta unidad el promedio nacional del IMSS Oportunidades.

este indicador ya que permite la identificación temprana de niños con sobrepeso, los cuales tienen un riesgo notablemente alto de desarrollar diabetes y otros trastornos en la vida adulta.

Los valores puntuales van desde casi 0 hasta poco más de 100%. Esta última cifra puede deberse a algún problema de precisión en el conteo de niños menores de 5 años, pero no afecta en lo general la validez del indicador. La mitad de las unidades analizadas tiene cifras que se ubican entre 14.8 y 50.3, un margen que también es sumamente amplio y que no permite efectuar generalizaciones del desempeño del programa en este rubro (Ver Anexo 7.2.3.3.2.3).

Los hospitales con mejor desempeño fueron el de Tuxpan (Michoacán) y el de Coalcoman de Vázquez Pallares (Michoacán), cuyas cifras se ubican más de dos desviaciones estándar por arriba del promedio. El número más pobre correspondió al hospital de Papantla de Olarte (Veracruz Norte) que no tiene ni a 1% de los niños de su comunidad bajo control nutricional. Debe enfatizarse que hubo 13 unidades (casi 25% del total) que no alcanzan un porcentaje de 10% de niños bajo control nutricional (Ver Anexo 7.2.3.3.13).

En relación a la detección y control oportuno de las mujeres embarazadas se calculó el indicador *embarazos detectados en el primer trimestre*. En este caso también hubo una unidad con un valor de 0 en su indicador, pero no se excluyó del análisis ya que sí tenía detección de mujeres embarazadas. Una de cada cuatro unidades tiene porcentajes de detección superiores a 60.7% y otro 25% los tiene por debajo de 29.4%. La mediana del indicador es de 47% (Ver Anexo 7.2.3.3.2.4).

La diferencia entre el valor que delimita el primer y el último decil es prácticamente de 4 veces (22% vs 91%). Las unidades con el mejor desempeño en 2008 fueron las de Acanceh y Oxkutzcab, ambas en Yucatán y ambas con un porcentaje de 100% de detección en el primer trimestre. Los desempeños más pobres, por su parte, los tuvieron las unidades de Santiago Jamiltepec (Oaxaca) y de San Felipe Ecatepec (Chiapas), en las cuales el porcentaje de detección en primer trimestre no llegó a 10% (Ver Anexo 7.2.3.3.14).

El *ranking de acción comunitaria* se construyó simplemente sumando los puntos asignados en cada indicador. Los mejores desempeños se corresponden con puntajes más bajos. Las posiciones más altas corresponden a Matamoros (Coahuila) y a Izamal (Yucatán). La primera de ellas tuvo muy buen desempeño en el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y en la detección temprana de embarazos, sin embargo, tuvo algunas

deficiencias en el indicador de partos en menores de 20 años. Izamal, por su parte, tuvo un desempeño homogéneo en los cuatro indicadores incluidos en los cuales se ubicó entre el segundo y tercer decil de desempeño.

Los desempeños más pobres correspondieron a Paracho de Verduzco (Michoacán), San Felipe Ecatepec (Chiapas) y Papantla de Olarte (Veracruz Norte), unidades que no lograron ubicarse por arriba del decil V en ninguno de los indicadores utilizados para la construcción del índice compuesto (Ver Anexo 7.2.3.3.15)

7.2.3.3.3 Desempeño global de los Hospitales Rurales

La integración de ambos componentes produce variaciones importantes con relación al ranking específico de cada componente. El mejor desempeño global corresponde al hospital de Matamoros (Coahuila), el cual ocupó la sexta posición en atención médica con un buen desempeño en el indicador de cesáreas; y la primera posición en acción comunitaria con desempeños destacables en el porcentaje de niños nacidos con bajo peso y en embarazos detectados en el primer trimestre.

Otros desempeños destacables fueron los de Ocozocoautla de Espinoza (Chiapas) y Villanueva (Zacatecas). La primera de estas unidades tuvo un desempeño particularmente alto en el indicador de Resolución hospitalaria, mientras que el de Villanueva destacó en los indicadores de partos en menores de 20 años y niños con bajo peso al nacer. Los desempeños más pobres correspondieron a los hospitales de Santiago Juchitahuaca (Oaxaca), San Felipe Ecatepec (Chiapas) y San Ildefonso Villa Alta (Oaxaca). Estas unidades no tuvieron desempeños positivos en ninguno de los indicadores utilizados para construir este ranking (Ver Anexo 7.2.3.3.16).

7.2.3.3.4. Desempeño hospitalario delegacional

La mejor posición correspondió a Sinaloa, delegación que cuenta con tres unidades, una de las cuales ocupó la cuarta mejor posición en el ranking de desempeño y las otras dos se ubicaron en las posiciones 21 y 23. Veracruz Norte ocupó la segunda posición a pesar de que su mejor desempeño fue el de la unidad de Chicontepec que se ubicó en la posición 12 (Ver Anexo 7.2.3.3.17).

Las posiciones más bajas fueron para Baja California cuya único hospital se ubicó en la posición 65. Chihuahua cuyas tres unidades tuvieron desempeños que las ubicaron por debajo de la posición 50. Oaxaca que 5 de sus 9 unidades se ubicaron entre los 10 peores desempeños de todas las unidades hospitalarias del IMSS-Oportunidades.

Conclusiones

- Los 10 HR con los desempeños más pobres fueron: San Ildefonso Villa Alta (Oaxaca), San Felipe Ecatepec (Chiapas), Santiago Juxtlahuaca (Oaxaca), Miahuatlán de Porfirio Díaz (Oaxaca), San Quintin (Baja California), Huautla de Jiménez (Oaxaca), Heroica Ciudad de Tlaxiaco (Oaxaca), San Buenaventura (Coahuila), Ocosingo (Chiapas) y San Juanito (Chihuahua).
- Las delegaciones de Baja California, Chihuahua y Oaxaca necesitan priorizar sus acciones, tanto en atención médica como en participación comunitaria. Con base en este ejercicio, las acciones a las que se debería poner foco son partos en menores de 20 años, detección de embarazos durante el primer trimestre, cesáreas, mortalidad intrahospitalaria, y consultas y cirugías diarias.
- Este ejercicio de medición del desempeño hospitalario del IMSS-Oportunidades no pretende sustituir el análisis de la calidad de la atención médica que se realiza con base en las cédulas de supervisión operativa. Simplemente, es una alternativa de análisis multivariado que pueden obtener a partir del SISPA y el Reporte Integral Hospitalario desde las oficinas de nivel central.

Sugerencias

1. El IMSS-Oportunidades tendría que analizar los horarios de consulta que están afectando la productividad y, a partir de las cédulas de supervisión, el surtimiento de medicamentos y otros insumos que están afectando la calidad de la atención. Asimismo, es urgente monitorear y evaluar al personal comunitario (ARS y PVR).
2. El IMSS-Oportunidades cuenta con bases de datos ricas en información estadística y que se percibe sub-explotadas. Además de las cédulas de supervisión operativa, que son bastantes buenas para evaluar el desempeño hospitalario, el Programa debería fortalecer su área de análisis estadístico de la información en salud. Para el fortalecimiento del área se proponen dos situaciones. Por un lado, hacer un análisis de la calidad de los datos del SISPA ya que se detectan ciertas inconsistencias, y por el otro, capacitarse, o bien, contratar a instituciones o personas expertas en metodologías de punta para el análisis de los datos en salud.

7.2.3.4. Análisis de las fichas normativas sobre atención médica elaboradas por el IMSS-Oportunidades

El proceso de supervisión-asesoría es, según las ROP, una de las estrategias prioritarias del Programa IMSS-Oportunidades y tiene como propósito garantizar la oportunidad, calidad y trato digno en la prestación de servicios que se otorgan a la población oportunohabiente con base en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).

A través de la supervisión-asesoría se verifica, analiza y evalúa de manera directa e integral, en conjunto con el responsable operativo, los avances y las limitantes en la aplicación de los procesos de atención a fin de orientar, asesorar y elevar su capacidad técnica.

Las áreas en las que se centra el proceso de supervisión-asesoría son: la atención en unidades médicas y servicios hospitalarios; los recursos humanos, físicos, materiales y financieros; las acciones de capacitación institucional y comunitarias; la captura, validación y análisis de la información; los procedimientos técnico administrativos; la interrelación entre el equipo de salud y la comunidad; los resultados de la organización y participación de la comunidad; así como el seguimiento de acuerdos y el cumplimiento de los compromisos institucionales, la cobertura e impacto de las acciones de salud.

Según se expresa en normatividad, este proceso lo realizan los equipos multidisciplinarios en el nivel central, delegacional, regional, zonal y en los cuerpos de gobierno de los HR. El proceso, como se describirá más adelante, comprende las fases de planeación, programación, ejecución, control y seguimiento.

Para llevar a cabo la supervisión de las acciones de atención médica, éstas se organizan en seis trazadores según las prioridades en salud determinadas por el nivel central: 1) atención integral a la mujer (materno-infantil), 2) vigilancia epidemiológica, 3) menor de 10 años, 4) adolescente de 10 a 19 años, 5) crónico degenerativos, y 6) salud ginecológica.

Tomando como base estos trazadores se han elaborado cédulas de supervisión, a través de las cuales se verifica la realización de una serie de procedimientos, los cuales quedan asentados en los expedientes clínicos y fichas técnicas de descripción de procesos (que incluye diagramas de flujo). Para los fines de esta evaluación y buscando presentar un modelo de trabajo como principal recomendación, tomaremos como ejemplo dos de estos trazadores: 1) Atención materna y perinatal (Trazador 1) y, 2) Vigilancia epidemiológica (Trazador 2). Ejemplo: tuberculosis

Al realizar la contrastación de las actividades de ambos trazadores, se observa que los procesos descritos y graficados en las fichas narrativas son sumamente generales ya que no detallan todas las acciones desglosadas por nivel de atención, área, especialidad, responsable, etc. Dichas actividades se encuentran especificadas en las cédulas, pero no se desarrolla el orden cronológico de las mismas así como sus respectivos responsables. Adicionalmente, algunas fichas se encuentran incompletas en la definición de ciertos ítems (Ver Anexo 7.2.3.3.18).

La principal sugerencia para el Programa es desarrollar un modelo de seguimiento por procesos que incluya, además de las actividades que se desarrollan en unidades médicas, las desarrolladas también en el nivel comunitario. A través de dicho modelo, con base en el desarrollo de los procesos contenidos en los trazadores en sus diferentes niveles de operación (comunidad y unidad médica), se puede dar un oportuno seguimiento y monitoreo de las acciones, tomando algunos indicadores de seguimiento, los cuales pueden funcionar también como señales ante actividades y puntos críticos del proceso.

A continuación se presenta una descripción de las actividades que se observan en las cédulas de supervisión y en las ROP, a nivel de comunidad y unidades médicas, y se presentan además unos cuadros (Modelo de Seguimiento por Procesos) donde se sugieren los procesos para los trazadores evaluados: Atención Materna y Perinatal y Vigilancia Epidemiológica (Ejemplo: tuberculosis). Asimismo, se muestran los servicios donde se llevan a cabo y algunos indicadores que sirven para monitorear que dichos procesos se desarrollan eficazmente.

7.2.3.4.1 Atención Materna y Perinatal (AMP)

Las cédulas de supervisión correspondientes al trazador AMP incluyen actividades en 5 áreas de especialidad: área médica, enfermería, trabajo social, estomatología y laboratorio. Para las tres primeras, las cédulas se organizan para las UMR y los HR. Dentro de los HR, se incluyen los servicios de: consulta externa, tococirugía, urgencias, quirófano, hospitalización y neonatos; para las UMR se incluyen los servicios de consulta externa y tococirugía. Cabe destacarse que el programa opera en dos ámbitos de acción según se establece en las ROP: comunidad y unidades médicas.

Nivel comunitario

No se especifican las acciones que deben supervisarse a nivel comunitario, las cuales sólo se determinan para el área de estomatología y trabajo social (actividades extramuros). Al respecto, una primera recomendación es que se incluyan en las cédulas

de supervisión, las acciones que se realizan en materia de AMP a nivel de comunidad, de forma que dichas acciones puedan anexarse al esquema de procesos del trazador AMP.

Según se establece en las ROP las actividades y responsables, en el nivel comunitario son:

- **Comité de salud, vocal de salud:** da seguimiento a las familias donde existen embarazadas de alto riesgo.
- **Asistentes Rurales de Salud:** proporciona consejería sobre planificación familiar, hace promoción de la salud reproductiva.
- **Promotores Voluntarios Rurales y Urbanos:** otorgan orientación y consejería sobre salud reproductiva y ginecológica.
- **Parteras rurales:** otorgan consejería en salud reproductiva, materno infantil y ginecológica y derivan a mujeres a unidades médicas.

Además se menciona que el Equipo de salud debe identificar el número de parteras que existe en el universo de trabajo y registrarlo bimensualmente en el Expediente Comunitario SISPA.

También forman parte de las acciones en AMP, los albergues comunitarios, los cuales son espacios en donde se ofrece, sin costo alguno, los servicios de hospedaje, alimentación y sesiones educativas para el cuidado de la salud; particularmente a mujeres embarazadas y acompañadas de personas hospitalizadas de bajos recursos económicos, procedentes de comunidades poco accesibles, lejanas y dispersas. Se atiende a mujeres embarazadas en el cuidado y en la atención oportuna de embarazos complicados y de riesgo.

Con base en lo anterior y, para construir el modelo de seguimiento por procesos para el trazador de AMP, se sugiere que para el nivel comunitario se definan 3 procesos básicos, Planificación Familiar, Detección de Embarazadas, y Detección de Parteras con sus respectivos indicadores de monitoreo (Ver Anexo 7.2.3.3.19).

Para cada uno de estos procesos debe realizarse una descripción exhaustiva del conjunto de actividades secuenciadas cronológicamente, así como los responsables de las mismas para que, a través de la supervisión y la medición de los indicadores, se pueda obtener información relevante sobre el curso de estas acciones

Nivel unidades médicas

Como se comentó previamente, uno de los ámbitos de acción del programa son las unidades médicas las cuales se dividen en UMR y HR. En cada una de ellas, según se

estipula en cédulas de supervisión, se llevan a cabo acciones correspondientes al trazador AMP. Las UMR desarrollan actividades en los servicios de:

Consulta externa: planificación familiar, atención prenatal, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia obstétrica, infección puerperal, sistema de referencia contrarreferencia, atención del puerperio mediato y tardío.

Tococirugía: trabajo de parto, atención del puerperio inmediato y mediato, atención médica del neonato en tococirugía, acciones de enfermería.

Los HR desarrollan actividades en los servicios de:

Consulta externa: planificación familiar, atención prenatal, embarazo de alto riesgo, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia obstétrica, infección puerperal y atención del puerperio mediato y tardío.

Urgencias: planificación familiar, trabajo de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia obstétrica, infección puerperal.

Tococirugía: trabajo de parto, atención del puerperio, atención del neonato.

Quirófano: atención del evento quirúrgico y atención de neonatos.

Hospitalización: planificación familiar, atención del puerperio, enfermedad hipertensiva del embarazo, embarazos de alto riesgo, infección puerperal, atención del neonato.

Neonatos: neonatos patológicos, asfixia, sepsis neonatal.

Todas las actividades son realizadas por médicos, enfermeros y trabajadores sociales. También se realizan acciones de monitoreo y referencia de pacientes a albergues maternos, acciones de referencia y contrarreferencia, participación en comités de muertes maternas y perinatales. Ligadas a las actividades en los servicios de UMR y HR, se encuentran todas las acciones que se desarrollan en estomatología y laboratorio.

Con base en lo anterior y para construir el modelo de seguimiento por procesos para el trazador de AMP se sugiere que para el nivel de unidades médicas se definan procesos básicos como Planificación Familiar, Atención Prenatal, Atención del Parto, y Atención del Puerperio, con sus respectivos indicadores de monitoreo (Ver Anexo 7.2.3.3.20).

De igual manera que se señaló para el nivel de la comunidad, para cada uno de estos procesos debe realizarse una descripción exhaustiva del conjunto de actividades secuenciadas cronológicamente, así como los responsables de las mismas, para que a través de la supervisión y a través de la medición de los indicadores, se pueda obtener información relevante sobre el curso de estas acciones (Ver Anexo 7.2.3.4.1).

7.2.3.4.2 Vigilancia epidemiológica (tuberculosis)

Las Cédulas de Supervisión correspondientes al trazador VE incluyen actividades en 4 áreas de especialidad: área médica, enfermería, trabajo social y laboratorio. Para las dos primeras, las cédulas se organizan para las UMR y los HR. Dentro de los HR, se incluyen los servicios de: consulta externa, urgencias y hospitalización; las UMR se incluyen el servicio de consulta externa.

Nivel comunidad

Si bien, dentro del servicio de consulta externa se incluyen actividades que se desarrollan a nivel comunitario, se recomienda que se incluya en supervisión, las actividades en comunidad que realizan los agentes comunitarios, de forma que dichas acciones puedan anexarse al esquema de procesos del trazador VE. Según se establece en las ROP las actividades y responsables, en el nivel comunitario son:

Asistentes Rurales de Salud: aplica el sistema de vigilancia epidemiológica simplificado: búsqueda de casos – derivación – seguimiento y proporciona consejería sobre las principales prioridades de salud.

Promotores Voluntarios Rurales y Urbanos: realizan visitas domiciliarias a las familias bajo su cuidado para identificar personas en riesgo y derivarlas a unidades médicas; realizan círculos de lectura sobre cuidados de la salud con familias a su cargo.

Comité de salud, vocal de salud: vigilan y dan seguimiento a pacientes en control y con tratamiento médico.

Por otro lado, en el apartado de las ROP titulado “Atención a las Prioridades en Salud”, se menciona que el Programa, en sus ámbitos de primer y segundo nivel de atención, con base en las políticas de salud del país y las necesidades de atención a riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, realiza actividades de:

Prevención y control de la tuberculosis: prevención, detección, derivación y atención.

Prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores: prevención, detección y tratamiento de pacientes con paludismo y dengue y aplicación de medidas de control físico, químico y biológico de vectores.

Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de interés nacional y local: notificación inmediata de casos y brotes de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica; notificación semanal de casos nuevos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, atención a la población en situaciones de emergencia epidemiológica y desastres, implementación de acciones de control de enfermedades de interés para la salud pública.

Por su parte, en las cédulas de supervisión, las actividades que se registran a nivel comunitario son:

Enfermeros: elaboran el plan de actividades en la comunidad según necesidades planteadas en el diagnóstico situacional, maneja red de frío conforme a lineamientos, mantiene comunicación con parteras y médicos tradicionales y realiza registros en formatos establecidos.

Médicos: elaboran el programa de actividades de la comunidad bajo su responsabilidad y realiza visitas y actividades programadas

Trabajadores sociales: realiza localización de recién nacidos sospechosos de hipotiroidismo congénito; revisa cartilla de salud y citas médicas y deriva a los servicios; coordina y realiza acciones de reconquista de pacientes en control; fomenta la solidaridad en la comunidad y difunde recursos de instituciones de la comunidad para mejorar su aprovechamiento.

Con base en lo anterior y, para construir el Modelo de Seguimiento por Procesos para el trazador de VE, se sugiere que para el nivel comunitario se definan procesos básicos como Prevención y promoción de la Salud, Detección de población en riesgo, Detección de casos y brotes de enfermedades, Derivación de casos a unidades médicas, Seguimiento a pacientes en control, y Aplicación de medidas de control físico, químico y biológico de vectores, con sus respectivos indicadores de monitoreo (Ver Anexo 7.2.3.3.21.).

Para cada uno de estos procesos debe realizarse una descripción exhaustiva del conjunto de actividades secuenciadas cronológicamente, así como los responsables de las mismas, para que a través de la supervisión y a través de la medición de los indicadores, se pueda obtener información relevante sobre el curso de estas acciones.

Nivel unidades médicas

Como se comentó previamente, uno de los ámbitos de acción del programa son las unidades médicas las cuales se dividen en UMR y HR. En cada una de ellas, según se estipula en Cédulas de Supervisión, se llevan a cabo acciones correspondientes al trazador VE. Las UMR desarrollan actividades en los servicios de:

Consulta externa: tuberculosis pulmonar, enfermedades metabólicas congénitas, dengue y dengue hemorrágico, enfermedades febriles exantemáticas, parálisis flácida aguda, síndrome coqueluchoide, rabia, VIH-SIDA y acciones de enfermería en vacunación.

Los HR desarrollan actividades en los servicios de:

Consulta externa: tuberculosis pulmonar, síndrome coqueluchoide, VIH-SIDA y acciones de enfermería en vacunación.

Urgencias y hospitalización: tuberculosis pulmonar, dengue y dengue hemorrágico, síndrome coqueluchoide, rabia, parálisis flácida aguda e hipotiroidismo congénito.

Ligadas a las actividades en los servicios de UMR y HR, se encuentran las acciones que se desarrollan en laboratorio.

Con base en lo anterior y, para construir el modelo de seguimiento por procesos para el trazador de VE, se recomienda que la definición de procesos se realice para cada una de las enfermedades del trazador. Para los fines de este documento, tomaremos como ejemplo la atención de la Tuberculosis en unidades médicas, para la cual se definirán los procesos básicos como Detección de casos de tuberculosis, Notificación en SUAVE, Estudio Epidemiológico y de contactos del paciente, Seguimiento Mensual, Orientación Familiar, y Alta/Curación, con sus respectivos indicadores de monitoreo (Ver Anexo 7.2.3.3.22).

De igual manera que se señaló para el nivel de la comunidad, para cada uno de estos procesos debe realizarse una descripción exhaustiva del conjunto de actividades secuenciadas cronológicamente, así como los responsables de las mismas, para que a través de la supervisión y a través de la medición de los indicadores, se pueda obtener información relevante sobre el curso de estas acciones (Ver Anexo 7.2.3.4.2.).

Entre otras recomendaciones que se realizan para completar el modelo de seguimiento por procesos, es que para las actividades que se desarrollan en Laboratorio y en Estomatología, se desarrollen, de igual manera, cuadros de definición de procesos con sus respectivos indicadores, responsables y diagramas de flujo, de modo que estas acciones, puedan también ser debidamente monitoreadas.

Las presentes recomendaciones se proponen como sugerencias generales para el desarrollo de un modelo de seguimiento, que pueden redefinirse en caso de que los responsables y operadores del Programa, así lo determinen.

7.2.3.5. Sistema de referencia y contrarreferencia

El objetivo del proceso es derivar a enfermos, presuntas embarazadas o sospechosos de riesgo de enfermedad hacia unidades médicas de mayor capacidad resolutive para su diagnóstico y tratamiento, y su regreso al lugar de origen con instrucciones precisas para su seguimiento o control.

Los responsables de realizar este proceso son, a nivel comunitario, los ARS y los PVR, la partera tradicional y el terapeuta tradicional. A nivel de unidades médicas, el

personal de salud de primero y segundo nivel. Las ROP mencionan en reiteradas oportunidades la derivación, referencia y contrarreferencia, señalando a los responsables de realizar este proceso, tanto personajes como instancias ejecutoras del Programa. Cabe señalar además, que este proceso está incluido en la parte de atención médica y de acción comunitaria.

El Programa identifica dos subprocesos. El primero es resultado de una búsqueda intencionada de casos que realizan los ARS y los PVR en la comunidad, como parte de la vigilancia epidemiológica simplificada. Cabe señalar además que las parteras y terapeutas tradicionales también realizan actividades de derivación de pacientes. El segundo subproceso es el denominado institucional que resulta de la referencia de pacientes de la UMR al HR, y de éstos a otros hospitales de mayor capacidad resolutive. Para fines de la evaluación se considerará como un solo proceso (Ver Anexo 7.2.3.5.1) Flujograma.

De acuerdo con registros del Programa, los ARS y PVR realizan periódicamente visitas a las familias de referencia o las poblaciones de influencia del Programa, donde llevan a cabo actividades de seguimiento de pacientes y valoran a la población “sana” para identificar riesgos y síntomas. Cuando hay sospecha de caso derivan a la persona, cuando no puede ser tratado por ellos mismos, a las unidades médicas (UMR o HR) de mayor nivel resolutive por medio de un volante de derivación. Las unidades de salud valoran y tratan a la persona y, en su caso, contrarrefieren ésta a los ARS y PVR para su seguimiento.

Cuando la población llega a la UMR, sea derivado o no por los ARS o PVR, sí la capacidad resolutive del médico o la enfermera es rebasada por los síntomas y daños a la salud que presenta, entonces la UMR refiere al paciente al HR por medio de un formato de referencia institucional. Los HR valoran y tratan a la persona y, en su caso, contrarrefieren a la UMR y ésta a su vez a los ARS y PVR para su seguimiento.

Cabe destacar que la referencia intrahospitalaria no es señalada en las ROP ni en ningún otro documento normativo, pero la evidencia encontrada en el SISPA 2008 lo constata.

El Programa identifica operativamente sus dos subprocesos como derivación y referencia según se aprecia en el SISPA. La derivación es un proceso realizado por los ARS, PVR, las parteras rurales y los terapeutas tradicionales. La referencia es un proceso realizado por el personal de salud de los UMR y los HR.

El SISPA permite obtener información sobre derivaciones, referencias y contrarreferencias de pacientes, pero la forma de presentación no parece la más

adecuada para hacer cualquier análisis al respecto. La información sobre las actividades de los ARS en la comunidad es bastante clara y no en el caso de los PVR, las parteras rurales y los terapeutas tradicionales.

Con los datos obtenidos del SISPA 2008 se pudo determinar conservadoramente que las acciones del ARS y de los PVR cubren a más del 90% de la población adscrita. Entre estos personajes más la partera rural y el terapeuta tradicional realizaron 1,163,839 pruebas a personas sanas para detectar riesgos y síntomas, de los cuales 1,011,004 fueron derivados a unidades médicas; esto es equivalente a 87%. Las contrarreferencias de las unidades de salud fueron 305,465, equivalente al 30% de las derivaciones.

Con respecto al personal comunitario, en el caso de la detección de embarazos, se tiene que revisar su desempeño porque se detectó que 17,583 mujeres fueron por primera vez a consulta en el último trimestre del embarazo en 2008, con lo cual, el riesgo obstétrico se puede elevar considerablemente. Si asumimos que cada año el Programa atiende alrededor de 100 mil embarazos, entonces casi el 18% de ellos acude por primera vez a consulta en los últimos tres meses del embarazo.

En ese mismo sentido, los datos del SISPA 2008 indicaron que las unidades médicas de primer nivel de atención realizaron 127,895 referencias hacia los HR y éstos llevaron a cabo 51,737 contrarreferencias. Los HR, por su parte, realizaron 42,303 referencias hacia otros hospitales y éstos llevaron a cabo 67,148 contrarreferencias. Con estos datos se pudo determinar que alrededor del 70% de las referencias tuvieron contrarreferencias.

Las cédulas de supervisión operativa que ha desarrollado el IMSS-Oportunidades, en lo referente a vigilancia epidemiológica simplificada, contienen información muy útil sobre el desempeño de los ARS y las parteras rurales en el proceso de derivación, contrarreferencia y seguimiento de casos. Sin embargo resulta insuficiente o tiene que ser complementado.

La principal sugerencia al Programa sería que desarrollara un Modelo de Seguimiento a Procesos por medio del cual se pueda dar seguimiento y monitoreo de las actividades y puntos críticos del proceso mediante indicadores de seguimiento. En general, lo que se percibe del proceso es que faltan tres tipos de indicadores de: (i) oportunidad, en la identificación de riesgos y daños (incluida detección de embarazos), (ii) eficacia, en la derivación/referencia y sobre todo contrarreferencia, y (iii) seguimiento de pacientes.

Con respecto a la oportunidad en la identificación de riesgos y daños, incluida la detección de embarazos, es bueno saber que los ARS y los PVR cubren con sus acciones a casi toda la población adscrita, pero no se sabe fidedignamente si la identificación de estos riesgos y daños se está realizando con oportunidad. En este sentido, se sugiere incluir en la cédula de supervisión operativa un ítem que sea percepción del personal de salud de las unidades médicas de primer nivel respecto de la labor del ARS, el PVR, la partera y el terapeuta en la derivación de pacientes.

En relación a la eficacia en la derivación/referencia y contrarreferencia es necesario saber el porcentaje de derivaciones o referencias que no ameritaban ni derivación ni referencia. Para ello, los equipos de gestión pueden revisar los formatos de derivación para responder a este indicador. Con respecto a la contrarreferencia es necesario determinar si ésta fue realizada correctamente. Para ello se sugiere un indicador que sea porcentaje de contrarreferencias realizadas correctamente. Para ello, los equipos de gestión pueden revisar expedientes clínicos o revisar el formato de referencia para evaluar la calidad de la contrarreferencia.

Con respecto al seguimiento de pacientes o contrarreferencia al personal comunitario se percibe del SISPA y del flujograma del proceso que no se sabe que tan adecuadamente se está realizando el seguimiento de pacientes. Las cédulas de supervisión operativa tienen información al respecto pero refiere solamente a visitas al paciente. En este sentido, se propone un indicador que mida el desempeño del seguimiento a pacientes y éste puede obtenerse de la percepción del personal de salud de las unidades médicas mediante encuestas concretas a médicos y enfermeras.

Finalmente, dos elementos que son pertinentes de mencionar son los siguientes. Por un lado, la labor comunitaria en la prevención, promoción y protección de la salud es fundamental. En la medida en que los ARS, PVR, parteras y terapeutas sean capacitados y tengan los insumos y el inmobiliario adecuado para desempeñar sus funciones, la efectividad en la identificación de los daños y riesgos a la salud será mucho mayor. Por otro lado, la base del SISPA no parece correctamente estructurada para analizar el proceso de referencia y contrarreferencia. En este sentido, se sugiere al Programa realizar diagnóstico de la calidad de la información sobre la derivación, la referencia y contrarreferencia para poder realizar análisis estadísticos más adecuados.

7.2.4. Participación comunitaria

En este apartado se exponen los resultados referentes a los cinco procesos empíricos que conforman el macroproceso de Participación comunitaria. El factor común de las

actividades descritas en este capítulo será la estructura comunitaria y la participación de grupos voluntarios. Los objetivos y acciones de los procesos aquí contenidos tienen como marco de referencia el Modelo de Atención Integral a la Salud basado esencialmente en la interacción del componente de atención médica y acción comunitaria. En este apartado se encontrará una descripción de los procesos de *organización comunitaria; capacitación; comunicación y educación; promoción, salud y saneamiento; y, contraloría social.*

7.2.4.1. Organización comunitaria

El objetivo de este proceso es promover y consolidar la participación y organización de la comunidad mediante redes de corresponsabilidad con personal voluntario capacitado en la realización de acciones preventivas y de fomento al cuidado de la salud. La organización comunitaria se conforma por una Asamblea Comunal, un Comité de Salud integrado por cinco vocales, ARS, PVR y, en algunas delegaciones la interrelación con parteras rurales y terapeutas tradicionales¹².

El sustento normativo se establece en el apartado 7.1.2.3 de las ROP 2008, y en el Instructivo de Operación para la participación con el ARS, el Comité de Salud y las PVR. Con base en esto se identifican seis grandes etapas. 1) actualización de los lineamientos; 2) realización de un diagnóstico de cobertura de voluntarios; 3) convocatoria y elección por mayoría en asamblea de los voluntarios; 4) integración de los Equipos de Salud con grupos voluntarios; 5) promoción y prevención en salud por parte de los voluntarios; y, 6) supervisión y análisis de los resultados de la organización y participación comunitaria. A nivel institucional, los responsables de llevar a cabo y vigilar estas actividades son la Coordinación de Acción Comunitaria, el EM, el EASZ y el Equipo de salud.

Este proceso comienza con la incorporación o reemplazo de voluntarios ante la Asamblea Comunitaria convocada por el SAC o el PAC, en coordinación con el Equipo de Salud. La comunidad elige por mayoría a los voluntarios y formaliza con un acta constitutiva. Cuando la estructura comunitaria ya está conformada, la Coordinación de Acción Comunitaria elabora anualmente un diagnóstico de salud para definir el presupuesto requerido por delegación, con base en la información generada en reuniones delegacionales y zonales por los supervisores (Ver Anexo 7.2.4.1.3).

¹². A nivel nacional, el 94.4% de las LAIS cuenta con una ARS, sólo cuatro delegaciones (Campeche, Puebla, Chiapas y Zacatecas) tiene el 100% (Ver Anexo 7.2.4.1.1). Debido a que en el SISPA de 2008 se están usando términos de las ROP 2009, se considera a las ARS igual a los Voluntarios de Salud. Asimismo, se detectó la presencia de 4.7 Comités de salud en promedio por UMR, encontrando que sólo en la delegación Valle de México 4, la UMR no cuenta con uno, y Baja California, no tiene en todas sus LAIS. Cálculo propio con base en Informe Integral Ámbito Rural (no incluye unidades médicas urbanas), por delegación, SISPA enero-diciembre 2008.

A nivel delegacional, el EM analiza la cobertura de ARS, y cuando el número es insuficiente, el SAC gestiona ante la Coordinación un incremento al presupuesto para este rubro, no obstante, no en todos los casos es autorizado. Asimismo, los EM y Zonales vigilan que las ARS y las parteras rurales reciban mensualmente una compensación económica de \$500 y \$300, respectivamente para gastos de traslado a la UMR¹³. También verifican por medio de la aplicación de cédulas de supervisión que ambas figuras estén bien capacitadas¹⁴.

A nivel local, las ARS se encargan de brindar atención primaria en salud en su casa tratando padecimientos frecuentes de baja complejidad¹⁵. El Equipo de salud les entrega mensualmente un paquete básico de medicamentos e insumos con base en necesidades reportadas. Este personaje funge como vínculo entre el Equipo de Salud y las PVR. Las PVR realizan visitas domiciliarias a las 13 familias (incluida la propia) a su cargo dos veces por mes, y organizan talleres y círculos de lectura para dar consejería sobre los principales problemas de salud de la comunidad.

Como parte de este proceso, nivel central envía una vez al año a los SAC los volantes de derivación, para su distribución mensual a las ARS y PVR¹⁶. En este sentido, los voluntarios y el Equipo de Salud llevan un registro de los casos identificados, derivados y contrarreferidos. Bimestralmente, los voluntarios vacían esta información en un “expediente comunitario”. Posteriormente, el Equipo de Salud los valida y captura en el SISPA bajo la supervisión del PAC. En caso de inconsistencias se coteja la información en las fuentes primarias. Las inconsistencias son cuando alguna persona derivada no acude a su cita, no entrega el volante al médico, o cuando el médico no envía de regreso por escrito al voluntario las instrucciones de seguimiento al paciente¹⁷.

En este sentido se identifican dos limitantes, la frecuente rotación de personal médico en su condición de pasante y la renuencia de éste a trabajar con voluntarios. A pesar del proceso de sensibilización por parte del EM para consolidar la relación con los

¹³ Se mantiene interrelación, a nivel nacional con el 95 de parteras rurales identificadas y con el 84% de terapeutas tradicionales.

¹⁴ La ayuda económica que reciben las ARS, a pesar de ser simbólica, ha llegado a representar un factor importante para motivarlas y retenerlas en el Programa.

¹⁵ Aproximadamente el 87% a nivel nacional de los casos identificados como sospechosos son derivados a las unidades de atención. Del total de enfermos, el 39% son derivados, y el 61% son atendidas por ARS.

¹⁶ La cantidad de volantes de derivación no alcanza a cubrir al 100% de los PVR, cuando éstos se agotan son reemplazados con papeles improvisados validados con un sello que el Equipo de salud proporciona a los voluntarios.

¹⁷ Del total de las derivadas por los ARS a la UMR es contrarreferida el 78% a nivel nacional. Al menos 10% de las delegaciones reporta 56% de contrarreferencia. Además en la Encuesta de satisfacción del INSP fue que de una muestra de 1,281 encuestados alrededor del 0.8% acudió a consulta por invitación del PVR y ARS (0.55 y 0.31).

grupos voluntarios, se logran resultados al término del periodo de pasantía. Esto se acompaña estrechamente por una postura renuente en los pasantes originada por barreras culturales y actitudes de superioridad frente a los miembros activos de la comunidad¹⁸.

Finalmente, este proceso concluye cuando el grado de participación de los voluntarios es evaluado por el EM mediante la aplicación de cédulas de supervisión dirigidas a los mismos voluntarios y a las familias de la comunidad¹⁹. Cabe resaltar que que los datos empíricos recabados no permitieron apreciar con claridad la presencia y las funciones del Comité de Salud, sólo lo referente al vocal encargado de control y vigilancia.

Entre las fortalezas identificadas en este proceso sobresalen la entrega de reconocimientos; y las redes de colaboración del personal institucional y voluntario con las autoridades municipales para la gestión de apoyos económicos y/o materiales. De igual forma, la participación comprometida del personal voluntario²⁰.

Por otro lado, las debilidades encontradas se relacionan con la disponibilidad de capital humano y recursos financieros. En algunas delegaciones existe insuficiencia de personal voluntario (ARS y PVR), por lo que tienen cargas de trabajo que llegan a repercutir en el buen desempeño. En términos de la cobertura de personal institucional, considerando las LAI's y la población correspondiente, se observa que los PAC desempeñan una labor difícil de cobertura²¹.

Adicionalmente, en ciertas delegaciones se mencionó bajo rendimiento de algunos PAC obstaculizando con ello algunas actividades de la acción comunitaria. En este aspecto sugirieron contratar personal con un perfil acorde con esas labores y un incremento en el sueldo de dicho personal para mejorar su motivación y desempeño en la comunidad.

Por otro lado, con base en algunas entrevistas se detectó escasez de personal para la conformación de Equipos de salud, lo que ha derivado en UMR cerradas parcial o totalmente, y la falta de seguimiento de este personal a los voluntarios. Este problema se

¹⁸ Cabe mencionar que aproximadamente el 39% del personal médico en UMR son pasantes de medicina, lo cual implica un esfuerzo mayor en cuanto a capacitación. Cálculo propio con base en datos de Ocupación por delegación QNA 18-2008.

¹⁹ Las cédulas de supervisión aplicadas son: supervisión familiar; participación de parteras en interrelación; evaluación de desempeño de Comités de salud; conocimientos y prácticas de familia; evaluación a PVR; y, supervisión para ARS.

²⁰ De una muestra de 1,269 oportuno-habientes, el 82% otorgó entre 8 y 10 de calificación a la función realizada por ARS y PVR. Encuesta Satisfacción del Programa IMSS-Oportunidades 2009 (Ver Anexo 7.2.4.1.4 y 7.2.4.1.5.).

²¹ Se calcula que en promedio cada PAC tiene a su cargo 39 LAI, cifra que es correspondiente al número de ARS (1 por LAI), y a una población de 3,900 aproximadamente (Ver Anexo 7.2.4.1.6).

atribuye a la falta o retraso de los recursos financieros enviados del nivel central a las delegaciones para la contratación de personal médico.

En algunas entidades se puede inferir como otra debilidad de carácter externo la falta de corresponsabilidad por parte de comunidades mayoritariamente indígenas donde la gente tiende a establecer barreras de entrada a agentes externos por temor a perder el arraigo a sus tradiciones²².

En cuestión de la disponibilidad de insumos, a nivel local se llega a presentar escasez de medicamento e instrumentos básicos para realizar chequeos de rutina como básculas o baumanómetros. En algunos casos, el Programa adquiere equipo básico de baja calidad a precios económicos por lo que su tiempo de vida es corto. En este sentido, el periodo que transcurre en la reposición de dichos insumos constituye un vacío que afecta la consecución óptima de atención primaria en salud por parte de las ARS.

Una fortaleza identificada en el Instructivo de Operación para la participación con el ARS, el Comité de salud y las PVR es que las actividades para cada actor se describen de forma clara y precisa, sin embargo, es necesario incorporar tiempos y plazos como una guía de referencia más completa para los responsables. De igual forma, es conveniente ajustar la cobertura del PVR a diez familias como máximo dado que una cantidad mayor representa para este grupo una exigencia en disponibilidad y tiempos (Ver Anexo 7.2.4.1.2)²³.

Entre las debilidades se puede mencionar la ausencia de una figura que represente la Acción comunitaria dentro del EGAS. Sería recomendable la inclusión de un miembro que conecte al SAC con la Estructura delegacional o que la función de gestoría enfocada a la estructura comunitaria se explícita y recaiga en el Supervisor Médico del EGAS²⁴.

Finalmente, es importante considerar normativamente otro mecanismo de incorporación de voluntarios desarrollado en la práctica, es decir la búsqueda intencionada de posibles candidatos por parte del Equipo de Salud o el PAC. El procedimiento debe consistir en identificar al candidato, invitarlo a participar y presentarlo

²² Según datos obtenidos en la encuesta de satisfacción del INSP, de un total de 1199 encuestados, el 33.6 por ciento considera que pertenece a un grupo indígena.

²³ Cálculos realizados a partir de las bases de datos del Programa indican que en promedio por cada 13.8 familias del Universo de Trabajo del Programa se dispone de un PVR, no obstante, hay delegaciones como Coahuila, Baja California, Tamaulipas y Puebla cuya cifra supera el rango de 10 a 15 familias establecido en la normatividad teniendo 16 ó 17 familias por PVR. Para el cálculo se consideró el número de familias de la población universo de trabajo del SISPA, 2007.

²⁴ En este tenor, algunos de los informantes coincidieron en que dicha medida mejoraría la gestión de recursos hacia la organización comunitaria durante las reuniones estatales por medio de concertaciones a los municipios.

formalmente ante la Asamblea comunitaria. De acuerdo con reportes del Programa, hay casos extremos donde las familias de la comunidad ni siquiera identifican a los PVR y, como consecuencia, éstas no realizan las actividades de prevención y promoción a la salud²⁵.

7.2.4.2. Capacitación

El objetivo de este proceso es formar al personal institucional y voluntario en el manejo y promoción de acciones preventivas en salud en el ámbito comunitario. La capacitación se otorga mediante una estrategia en “cascada” que implica tanto la identificación de necesidades de capacitación y de salud por región, como la transmisión del conocimiento por medio de cursos y talleres desde el nivel central hasta el zonal pasando por los EGAS, EM y el Equipo de Salud.

Existen varios documentos normativos aplicables al proceso de capacitación: las ROP 2008 mencionan a los responsables de elaborar y desarrollar los programas de capacitación; los Instructivos de Operación exponen las actividades de capacitación de los Equipos de Conducción; en el caso ARS, se señala su formación en un instructivo de operación; y los Lineamientos para la capacitación a voluntarios 2008 donde se establecen las diferentes modalidades de capacitación para personal institucional y voluntario. En general, se identificaron tres grandes etapas: 1) diseño de los programas de capacitación a partir de la detección de necesidades; 2) impartición de los cursos de capacitación y actualización; y, 3) seguimiento y vigilancia de la adecuada impartición de los mismos.

A nivel central, la Coordinación de Acción Comunitaria programa los temas de capacitación con base en el SISPA, las prioridades en salud, el panorama epidemiológico, y los 35 temas establecidos para apoyar el componente de salud del PDHO. Asimismo, solicita anualmente a las delegaciones la programación de recursos para realizar los cursos de capacitación, y al inicio de cada año asigna el presupuesto y los programas de capacitación, teniendo como estrategia la focalización de grupos y/o la priorización de problemas para eficientar los recursos (Ver Anexo 7.2.4.2.1).

El SAC elabora la carta descriptiva y el programa de capacitación considerando necesidades, presupuesto disponible y panorama epidemiológico. Para esto, organiza reuniones mensuales informativas de capacitación con los supervisores zonales para identificar problemas de salud y necesidades²⁶. De igual forma, en coordinación con los

²⁵ Fuente: Diagnóstico situacional de la Acción Comunitaria 2008

²⁶ Aquellas expresadas por el personal institucional y voluntario.

PAC, solicita a los Equipos de Salud en reuniones regionales, sugerencias para hacer las cartas descriptivas y temarios. Cabe resaltar que los Equipos de Salud también elaboran un programa de capacitación para los voluntarios, y para sí mismos.

Mientras tanto, la Coordinación de Acción Comunitaria diseña y envía a las delegaciones los lineamientos operativos para realizar las capacitaciones y establecer las metas. Por su parte, la Estructura Delegacional envía la solicitud de recursos al área financiera y, posteriormente, recibe de nivel central observaciones al programa de capacitación y autorización del presupuesto.

La capacitación se da en “cascada” a nivel de la Coordinación de Acción Comunitaria hacia personal de acción comunitaria delegacional para actualizarlos en el fomento de prácticas saludables con enfoque de riesgo. La Coordinación de Acción Comunitaria junto con el SAC capacita al PAC y a los voluntarios por medio de talleres delegacionales de Promoción y Prácticas Saludables con el fin de que repliquen el curso mediante talleres zonales. En estos últimos son capacitados los ARS, PVR y/o vocales de salud o educación, para que estos a su vez repliquen los temas abordados en grupos locales integrados principalmente por población abierta, logrando con ello una mayor cobertura. Estos talleres tienen una duración promedio de tres días y se realizan con un presupuesto etiquetado para tal fin. Así mismo, la estrategia operativa incluye también talleres locales, grupos locales y cursos de contraloría social²⁷.

A nivel de Equipos de Salud, los médicos de la UMR son capacitados de manera mensual y las enfermeras cada quince días, teniendo como responsables a la Jefa de Enfermeras, el PAC y el SAC. Asimismo, el PAC mediante reuniones zonales capacita a los equipos de salud en la estrategia de talleres comunitarios. Cabe señalar que el Equipo de Salud también se auto-capacita constantemente mediante la revisión de manuales y normatividad, y participa también en los talleres de contraloría social a nivel local, para replicarlos con el comité de salud y voluntarios. Los médicos pasantes reciben a su ingreso un curso de inducción durante cinco días.

A nivel de localidad, los ARS son capacitados durante 20 días efectivos teniendo como sede el Hospital Rural, y mensualmente por parte de los PAC y la Estructura Delegacional. Los PVR reciben cursos de capacitación durante 3 días efectivos en reuniones regionales por el PAC, para desarrollar la estrategia de talleres comunitarios. Para ello, también se parte de un cronograma de capacitación y cartas descriptivas en

²⁷ IMSS-Oportunidades. Capacitación a voluntarios de la comunidad, 2008

cada delegación validadas por nivel central²⁸. Cabe resaltar que los Equipos de Salud seleccionan a los voluntarios que participarán en dichos cursos.

Las parteras rurales reciben capacitación bimestral y, adicionalmente, son convocadas a reuniones de actualización e intercambio de experiencias una o dos veces al año²⁹. El resto de los voluntarios son capacitados en la comunidad por el Equipo de Salud, para esto programan un día fijo de visita a la semana. Todos los cursos de capacitación y actualización al término se registran en el SISPA³⁰.

Las delegaciones tienen la opción de gestionar más recursos para realizar cursos de capacitación extraordinaria durante el transcurso del año. De igual forma, mediante una carta programática enviada a nivel central especifican los contenidos y la justificación. El SAC también envía al personal operativo a capacitaciones extrainstitucionales u a otras delegaciones del IMSS-Oportunidades.

Finalmente, el EGAS y el EM supervisan y asesoran a los equipos de nivel zonal en el proceso de capacitación y todos a su vez son supervisados por la Coordinación de Acción Comunitaria durante sus visitas a las delegaciones, donde por medio de cédulas determinan nuevamente las necesidades de capacitación.

Las fortalezas del proceso de capacitación son la exploración de necesidades entre el personal institucional, contribuyendo a incrementar el grado apropiación, interrelación y compromiso de los capacitadores; y la flexibilidad de la metodología de capacitación para adaptar o posponer los temas ante alguna contingencia de salud. Cabe aclarar que en el caso de los talleres del PDHO, los temas y los tiempos programados no están sujetos a cambios.

De acuerdo con reportes del Programa, una debilidad del proceso se localiza a nivel zonal. Uno de los encargados de capacitar a los Equipos de Salud son los PAC, sin embargo, el programa del que disponen para capacitar a los Equipos de Salud no siempre se le da cumplimiento en el aspecto de impartición de temas dirigidos a orientar a los voluntarios en el desempeño de sus funciones³¹. En este sentido, sería importante revisar si el problema tiene sus raíces únicamente al nivel del Equipo zonal o si puede ser

²⁸ En cuanto a los PVR se detectó la eventual deserción y, con ello, la pérdida de la inversión hecha en su capacitación. El problema se agudiza cuando el voluntario que deserta había ganado con su permanencia en el cargo un liderazgo fuerte frente a la comunidad.

²⁹ Es difícil inferir el número de parteras capacitadas, el registro se hace por número de participantes y sesiones, lo que implica que una partera pudo haber asistido a más de una sesión.

³⁰ Aproximadamente 73% de los ARS fueron capacitados en 2008. En este cálculo hay que considerar que los ARS pudieron haber asistido a más de un curso, como es el caso de Oaxaca que registra 1,400 ARS activos y 1,977 participantes en actividades de capacitación y actualización.

³¹ IMSS-Oportunidades. Diagnóstico de salud de Acción Comunitaria, 2008

resultado de una inadecuada capacitación o supervisión por parte del EM. Por otro lado, el curso de inducción al puesto de médicos pasantes parece no tener el efecto en el tiempo esperado en cuanto a la sensibilización para el trabajo con voluntarios. Sería aconsejable promover que el médico pasante de salida comparta a los nuevos su experiencia en la comunidad, como una medida de concientización entre “iguales”.

Entre las debilidades se puede mencionar la ausencia de una figura que represente la Acción comunitaria dentro del EGAS, ya que de acuerdo a los informantes, dicha medida mejoraría la gestión de recursos hacia la organización comunitaria durante las reuniones estatales por medio de concertaciones a los municipios. En este caso se propone la inclusión de un SAC en el EGAS, o que la función de gestoría enfocada a la estructura comunitaria recaiga en el Supervisor Médico del EGAS.

En términos normativos, el tema de la capacitación se aborda en las ROP y los Instructivos de Operación, pero junto con otros temas y de forma segmentada, por lo tanto es necesario integrar un documento de capacitación para actores institucionales, EM, EGAS, EASZ y Equipo de Salud semejante a la dirigida a ARS y a parteras rurales³².

7.2.4.3. Comunicación y educación

El proceso de comunicación y educación tiene como objetivo principal lograr un impacto favorable en salud mediante la orientación a familias y comunidades sobre prioridades de salud y enfoques de riesgo. Se caracteriza por involucrar e impulsar a la comunidad de manera activa en la práctica y consolidación de acciones de autocuidado de la salud. Para esto, se capacita y actualiza a los voluntarios para que desarrollen e impulsen estrategias enfocadas a la transmisión de mensajes de salud a nivel individual, grupal y masivo.

Desde el punto de vista normativo, las ROP mencionan escuetamente el Modelo de Comunicación Educativa, y la estrategia de información, educación y comunicación (IEC), profundizando sólo en los principales mecanismos de comunicación, los cuáles se desarrollan también empíricamente en tres niveles: interpersonal, grupal y masiva; y el documento “*Lineamientos de Operación 2008*” de la Coordinación de Acción Comunitaria, abordan la capacitación y la comunicación en salud para el desarrollo de la estrategia de Talleres Comunitarios.

La interpersonal transmite la información de persona a persona mediante visitas domiciliarias. La grupal se apoya en talleres comunitarios y círculos de lectura, los cuales son segmentados por grupos de edad y elaborados a partir del enfoque de riesgo que

³² Instructivo de operación para la capacitación de los ARS de la Unidad IMSS Oportunidades y Lineamientos para el fortalecimiento de la competencia técnica de las parteras rurales, 2008.

presenta la comunidad. Finalmente, la masiva, usa el perifoneo, la pinta de bardas, mantas, carteles, trípticos, la radio y la televisión (Ver Anexo 7.2.4.3.1).

El diagnóstico de salud de la comunidad constituye el elemento primordial para el diseño y ejecución de este proceso, pues permite identificar el *Enfoque de riesgo* por Delegación y comunidad, construir estrategias operativas, y elaborar el programa de metas y acciones para su intervención. De esta forma, la elección de las estrategias a implementar por los PVR depende del panorama epidemiológico, y de la situación de las familias y grupos que tienen bajo su responsabilidad.

A nivel individual, la estrategia consiste en brindar consejería personal sobre aspectos específicos y/o casos identificados durante las visitas domiciliarias. A nivel grupal y/o familiar, se ubican dos estrategias: talleres comunitarios y círculos de lectura. El primero desarrolla los 35 temas del PDHO asociados en 11 bloques, y el segundo, temas relativos a las guías de salud. Es importante mencionar que los talleres comunitarios fomentan la participación interactiva de los asistentes, y se imparten de forma mensual a la población en general, independientemente de que participen en el PDHO³³.

Para el desarrollo de los talleres comunitarios, la Coordinación de Acción Comunitaria establece los lineamientos de cómo llevarlos a cabo, y en especial la meta de voluntarios necesarios. De igual forma, elabora las guías de talleres comunitarios, diseña el programa anual de capacitación y las estrategias, y avala la carta programática que le remiten los equipos delegacionales. Los EM y EASZ organizan los cursos de actualización a PVR con base en las prioridades de salud, y definen las sedes y participantes. Asimismo, los Equipos de Salud elaboran el cronograma y cartas descriptivas, y capacitan a los PVR mensualmente por aproximadamente tres días en la metodología de los talleres comunitarios.

Los PVR desarrollan por lo menos un taller comunitario al mes en función del enfoque de riesgo, problemática de salud e incluso temporadas como el de vacunación. La impartición de éste es de 2 a 3 sesiones con una duración de 90 minutos a 3 horas por reunión, su variabilidad depende de la amplitud y dificultad del tema. En estas reuniones se informa al grupo del número de sesiones, y se define conjuntamente la logística.

Para la elección de los talleres se recomienda comenzar con el tema de trabajo de equipo, y con aquellos correspondientes a la problemática con base en el diagnóstico de salud de la localidad. Al concluir, se realiza el registro bimestralmente en el SISPA del

³³ Con esta estrategia se atiende el componente de salud del PDHO. Para los beneficiarios del PDHO es parte de las corresponsabilidades asistir a estos talleres.

número de talleres y asistentes. Durante las sesiones de los talleres comunitarios se hace también un registro de asistencia en el carnet, y se verifica a nivel de la unidad médica.

Los círculos de lectura orientan a las familias en aspectos de prevención y autocuidado, mediante la lectura en conjunto de las guías de salud. Los PVR definen la estrategia de lectura dependiendo de la temática y las características de las familias. Ésta puede consistir en la segmentación de familias para su aplicación, o a una única familia durante las visitas domiciliarias. Las acciones emprendidas en este rubro son registradas y validadas por el EASZ en el SISPA³⁴.

La Coordinación de Acción Comunitaria diseña la estrategia, coordina y distribuye las guías y las cartillas de salud, para que a su vez sigan el mismo curso a nivel delegacional, zonal y unidades médicas, y finalmente se entreguen a los PVR. El EASZ asesora a los Equipos de Salud sobre el uso de las cartillas y guías de salud, para que estos en su momento capaciten a los voluntarios.

Con respecto al nivel masivo fue referido muy poco en las entrevistas efectuadas. Esta se desarrolla más en coordinación con otras Instituciones en el sentido de difusión de mensajes de salud a través de mecanismos como radio indígena, entre otros. Es importante mencionar que no se ubican indicadores relativos a su funcionamiento en el SISPA (Ver Anexo 7.2.4.3.1.).

En general, se observa un proceso estructurado que contempla diferentes vías de comunicación, sin embargo con un mayor desarrollo en talleres comunitarios. Normativa y operativamente no se ubican consolidados los mecanismos de comunicación, personal y masiva. Esto también se visualiza por la ausencia de registros de seguimiento en el SISPA. En el caso de medios masivos no se cuenta con una asignación de recursos para su ejecución directa.

Respecto a los talleres comunitarios no se menciona como se garantiza la asistencia de la comunidad en general, ni el mecanismo para evaluar la comprensión correcta de los voluntarios, así como de la comunidad o grupo que participa en los talleres³⁵. De igual forma, se observan limitaciones en la interpretación de los registros del SISPA, ya que es difícil inferir la cobertura real de la población. Se observa que muy

³⁴ Con base en el informe ámbito rural del SISPA enero-diciembre 2008 se estima que 26.9% de la población universo de trabajo (UT) participó en un círculo de lectura, y en promedio cada PVR desarrolló 1.5 círculos durante ese mismo periodo. Es importante tener consideraciones debido a que el registro puede estar contabilizando a los mismos participantes en diversos círculos de lectura.

³⁵ Para garantizar la asistencia de los beneficiarios del PDHO se cuenta con el formato S1.

probablemente los mismos participantes asistieron a varios talleres, por lo cual se estarían contabilizando más de una vez³⁶.

Las áreas de oportunidad que presenta el proceso de comunicación es el desarrollo de un manual que mencione las características de los medios de comunicación que se usan y el beneficio de éstos. De igual forma, es importante impulsar el mecanismo de comunicación de persona a persona y el masivo, ya que complementan y refuerzan el conocimiento adquirido en los talleres comunitarios.

7.2.4.4. Promoción de la Salud y Saneamiento

El objetivo de este proceso es promover temas de salud y prevenir riesgos y daños a la salud a través de la transferencia de tecnologías e intervenciones focalizadas en las comunidades. Con este se busca contribuir a la prevención de enfermedades y al fortalecimiento de la corresponsabilidad de la comunidad. Asimismo, constituye una pieza clave en el desarrollo del MAIS, ya que coadyuva a combatir los riesgos a la pérdida de la salud incidiendo en el comportamiento de las personas y promoviendo mejoras en el entorno de la comunidad.

La normatividad aplicable a este proceso se describe en el apartado 8.2.5 de las ROP 2008 e Instructivos de Operación dirigidos a los Equipos de Conducción y grupos voluntarios. Otro documento normativo relacionado es la "Guía para la realización de prácticas educativas en promoción a la salud" donde se describen las estrategias y procedimientos por tipo de acción relacionado con el mejoramiento sanitario, agua limpia, producción de alimentos, entre otras.

A nivel de planeación, el proceso comienza con la elaboración del diagnóstico situacional de salud. Aquí, tanto el EGAS como el EM recorren las localidades para detectar necesidades de saneamiento básico y problemas de morbi-mortalidad. Ambos Equipos se reúnen para integrar la información recabada y elaboran el diagnóstico a nivel delegacional.

En la operación del proceso, se convoca a las familias de las localidades a participar en acciones para promover actitudes saludables y modificar el entorno ambiental. El SAC y el PAC realizan en conjunto prácticas saludables de acuerdo con el presupuesto asignado a nivel central. Entre las actividades que se llevan a cabo se encuentran la educación a las familias y comunidad en la disposición adecuada de la

³⁶ Se calcula que alrededor del 37.5% de la Población UT participaron en algún taller comunitario impartido por Voluntarios. Considerando el número total de talleres comunitarios en comunicación educativa impartidos por el Equipo de Salud, y talleres comunitarios de educación para la salud por Voluntarios, se calcula que el 80% de la población UT participó. Fuente: Elaboración propia con base en Informe Integral Ámbito Rural (no incluye unidades médicas urbanas), por delegación, SISPA enero-diciembre 2008.

basura, control de la fauna nociva y transmisora e instalación de huertos para mejorar su nutrición (Ver Anexo 7.2.4.4.1).

Asimismo, el SAC y PAC orientan a la población en el uso de tecnología apropiada relacionada con sanitarios ecológicos, techos, apertura de ventanas, piso firme, letrinas, estufas y excretas³⁷. El método de orientación se lleva a cabo mediante prácticas demostrativas con el fin de enseñar a la comunidad a construir y manejar el producto. También se encargan de vigilar y promover que las comunidades dispongan de un sistema de cloración del agua y sepan acerca de los diferentes tratamientos de agua a nivel domiciliario.

En colaboración, los PAC, el Equipo de Salud y los PVR realizan pintas de bardas, perifoneo y carteles con el propósito de plantear actividades preventivas o de saneamiento ambiental en la comunidad. Los Equipos de Salud organizan semanalmente asambleas informativas en casas de salud o espacios abiertos, para dar a conocer las acciones próximas de saneamiento ambiental.

Para la adquisición de recursos materiales, el PAC, el Comité de salud y el Equipo de Salud gestionan recursos ante instancias gubernamentales por medio del municipio. Para ello, el PAC diseña, presenta y entrega un Proyecto de Intervención Integral al presidente municipal, para que éste busque financiamiento en otras instancias. Aquí cabe señalar la existencia de otros proyectos productivos elaborados por la comunidad que son validados por los EM y zonales para después enviarlos a la Coordinación para su autorización.

El SAC y PAC también son los encargados de definir, con base en el perfil epidemiológico, a qué comunidad se entregará el apoyo de material y de vigilar y asesorar a la población en el uso del mismo. En este sentido, se señaló que debido a la escasez de recursos, se selecciona y distribuye dicho material entre familias de una misma localidad buscando con ello lograr un mayor impacto³⁸.

El proceso es vigilado anualmente por el SAC quien levanta la cédula de saneamiento básico y compara los datos del SISPA con la realidad sanitaria de las familias muestreadas para medir finalmente la calidad del saneamiento y proponer alternativas de solución en caso de que ésta sea deficiente. Por su parte, el Departamento

³⁷ Para dimensionar la participación de la comunidad, se calcula por ejemplo que aproximadamente 89% de las familias del UT participa en la disposición de excreta y el 92% en disposición sanitaria de basura. El cálculo es con base en las familias UT del SISPA 2007. Si se considera como denominador a jefes de familia adscritos el resultado de la población participante en disposición de excretas baja a 70% y en disposición sanitaria de basura a 73%.

³⁸ Se busca la focalización e integración de acciones a través de la gestión de recursos externos y la vinculación con otras dependencias y órdenes de gobierno.

de Supervisión de la Coordinación de Acción Comunitaria verifica durante las visitas a las delegaciones que las familias estén en el contexto sanitario esperado con base en el reporte que recibe del PAC.

En este proceso, se identificó como una fortaleza la comunicación constante que mantiene la Coordinación de Acción Comunitaria del Programa con la SEDESOL en su rol de agente financiador³⁹. Sin embargo, en general parecen faltar esfuerzos a otros niveles para gestionar recursos ante instancias privadas y organizaciones no gubernamentales.

Por otro lado, la escasez de recursos materiales gestionados constituye un factor de “doble filo” que puede debilitar el proceso. Aún si la asignación está relacionada con base en los problemas epidemiológicos detectados, la entrega sólo a algunos podría derivar ya sea en la búsqueda de más recursos por parte de la comunidad, o en la división de sus miembros.

Cabe mencionar que en Coahuila, en una observación limitada y no representativa, se observó que la mitad de las familias beneficiadas con materiales de construcción (un total de 8 familias) tenían una PVR entre sus miembros. Esta circunstancia sugiere que la entrega de recursos materiales podría estar siendo usada también como un mecanismo para motivar y retener al personal voluntario.

Lo anterior se relaciona estrechamente con una debilidad del Programa, pues la asignación de recursos para la aplicación de tecnologías en salud está autorizada únicamente para llevar a cabo prácticas demostrativas. Dado lo anterior, el seguimiento a las acciones de intervención focalizada emprendidas por el Programa pasa a depender de una eficiente gestión de recursos externos, de no ser así, la inversión del Programa no trasciende.

En este mismo sentido, otro elemento que debilita el proceso se relaciona a la asignación formal de la figura responsable de estructurar los “Proyectos de Intervención Integral”⁴⁰. En la práctica, es el PAC es quien lleva a cabo dicha tarea habiendo recibido previamente asesoría de nivel central, por lo tanto sería recomendable incluirla explícitamente en el Instructivo de Operación⁴¹.

³⁹ Cuando por medio de la presidencia municipal, algún PAC registra un Proyecto para gestionar recursos ante SEDESOL, la Coordinación del Programa IMSS-Oportunidades se comunica vía telefónica solicitando darle seguimiento al mismo. Cuando el proyecto es aprobado, la Coordinación de Acción Comunitaria es quien recibe la noticia en primer término y la comunica posteriormente al Equipo zonal.

⁴⁰ Estos proyectos se mencionan en la “Guía para la realización de prácticas educativas de promoción a la salud 2008” sin especificar la persona responsable de diseñarlo.

⁴¹ En este instructivo de operación para las actividades del EASZ no se hace referencia a la función del PAC como responsable del diseño de los Proyectos de Intervención Integral.

7.2.4.5. Contraloría social

El proceso de contraloría social tiene como objetivo crear una cultura de la denuncia y demanda para que los ciudadanos sean libres de exigir sus derechos y contribuyan a que las instituciones les otorguen mejores servicios. De igual forma, es indispensable para una mejor gestión gubernamental, y manejo transparente, eficaz y legal de los recursos públicos.

Las estrategias para promover e instrumentar la Contraloría Social son otorgar información a la población, capacitar y dar asesoría, realizar acciones de organización social para el cuidado y vigilancia, ofrecer atención ciudadana, y dar seguimiento y evaluación necesaria.

Aunque este proceso no cuenta con un documento específico de procedimientos, son diversos los documentos que mencionan actividades relacionadas con la contraloría social. En las ROP se describen básicamente las actividades que deben realizar el PAC y el vocal de control y vigilancia, así como también los canales de expresión ciudadana. También se cuentan con instructivos de operación de los niveles de conducción y grupos voluntarios, en los cuales se mencionan algunas actividades específicas⁴².

El proceso contempla actividades de recepción, seguimiento y solución a las quejas y denuncias de la población en los diferentes niveles local, zonal y delegacional. Su importancia radica en la vinculación institucional con la estructura voluntaria, y en cubrir las necesidades demandadas de la comunidad de manera que si no es posible a nivel local, se puedan buscar alternativas en los diferentes niveles.

En la contraloría social, el vocal de control y vigilancia, integrante del Comité de Salud, desempeña un papel sustancial al ser el encargado de la llave del buzón. También por ser responsable de abrirlo y registrar las quejas y las denuncias emitidas, y por último de darle seguimiento a nivel de la UMR y HR. Por otro lado, el Equipo de Salud realiza la instalación de los buzones y carteles de información en las UMR y HR, los carteles presentan información sobre la descripción de los servicios que se ofrece en las unidades (Ver Anexo 7.2.4.5.1).

Como parte de la contraloría social, se lleva a cabo también la promoción y la difusión de medios por los cuales la comunidad puede presentar sus recomendaciones, quejas o denuncias: escrita, por medio del buzón, o personal asistiendo a los comités de

⁴² Hay consideraciones generales del proceso en los "Lineamientos para la Organización de Talleres de Promoción de Prácticas Saludables Delegacionales, Zonales, Grupos Locales y Cursos de Contraloría Social".

salud y vía telefónica o electrónica. La promoción y difusión se realiza por medio de capacitación, asesoría, acciones de organización social, y carteles⁴³.

En general, el proceso consiste en la apertura mensual del buzón en presencia del vocal de control y vigilancia y Equipo de Salud. En esta reunión se hace la lectura de las quejas, se clasifican y se levanta un acta de registro. Si las quejas pueden ser resueltas a nivel local, se busca la persona que emitió la queja para darle seguimiento, en caso contrario se canalizan al equipo de zona. Con respecto a este último punto, se ubican dos vías alternas, por un lado las quejas y denuncias son registradas en una libreta, la cual es revisada durante la supervisión para darles seguimiento a través de una visita domiciliaria. Por otro lado, las quejas y las denuncias son reportadas directamente por el Equipo de Salud al EASZ.

El EASZ recibe, atiende y da respuesta a las quejas. Sin embargo, si hay alguna que no le sea posible resolver la canaliza al SAC del EM, quien a su vez le da respuesta a la queja. Finalmente, éste informa la solución al Equipo de Salud, y éste respectivamente al vocal de vigilancia. Este último, por medio de una asamblea la comunica a la población, y realiza el registro en el SISPA.

Si bien existe todo un proceso de atención a las quejas y demandas de la población a nivel localidad, es importante fortalecer la parte de la promoción de la contraloría social, pues no pareciera ser parte fuerte de este proceso, ya que es poca la referencia sobre la utilización de difusión y carteles⁴⁴.

Se percibe también la falta de procedimientos a seguir en cada nivel, los responsables conocen sus actividades desde la apertura del buzón hasta el envío de las quejas que no pueden ser atendidas, pero no mencionan la vinculación con las otras áreas y niveles. Hay una falta de claridad de a quiénes se tienen que enviar, qué tipo de quejas, quiénes son los responsables de recibir y de dar seguimiento, debilitando con esto el seguimiento que se debe de dar a las quejas y denuncias de la población. De hecho en los instrumentos operativos, se presentan actividades aisladas poco claras de los diferentes responsables, así como de derivación, seguimiento y tiempos para que la respuesta sea oportuna.

⁴³ De acuerdo con datos obtenidos de la encuesta de satisfacción del INSP, aproximadamente 86% de los entrevistados (1,299), ubicó un cartel de los servicios y el 85% de ellos reconoció que la unidad cuenta con un buzón para depositar quejas y sugerencias.

⁴⁴ De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción INSP 2009, (N=1,299) aproximadamente 2.7% ha depositado una queja o sugerencia en el buzón, lo cual es un porcentaje muy bajo que no permite cumplir con el objetivo de crear una cultura de denuncia, y contribuir a la mejora de los servicios, objetivo del proceso de contraloría social. Adicionalmente, cabe mencionar que el 13% de las personas que han hecho uso del buzón tenían como motivo de queja la falta de medicamentos y el 3% se refirieron a la mala atención del personal.

Esta problemática de no describir las quejas que pueden ser atendidas a diferentes niveles, deja libre que las quejas que son exclusivas de las actitudes médicas sean resueltas a nivel local, sin que se lleve un seguimiento de manera resolutive de las mismas. Aunado a esto, se identificó como otra debilidad el que nivel central sólo de un seguimiento de cuantificación de quejas clasificadas, restando importancia al panorama de las problemáticas, y a la formulación de soluciones en los diferentes niveles, local, zonal, delegacional.

Otra de las debilidades son los mecanismos que se utilizan para que la comunidad presente sus quejas y denuncias. El buzón no es efectivo para aquella población que no sabe leer y escribir⁴⁵. Además, en los documentos revisados no se percibe la denuncia de persona a persona como un mecanismo. En cuanto a la vía telefónica y medio electrónico está sujeto a las características de la población, ya que si la comunidad es marginada, las posibilidades de que cuenten con teléfono son pequeñas y mucho menor de que cuenten con medios electrónicos.

Con respecto al mecanismo del buzón, no se mencionan las características de éste y los lugares donde debe ser colocado. Considerando que se señala “el seguimiento por medio de visitas domiciliarias”, no se encuentran argumentos que confirmen si el paciente que hace una queja o denuncia deba registrar sus datos, lo cual aún cuando esto fuera cierto se podría generar una menor tasa de respuesta de la población.

En general, se recomienda el diseño de un documento que haga explícito el proceso, los niveles involucrados y las responsabilidades correspondientes. De igual forma, las características del buzón, así como de otros mecanismos, y la papelería correspondiente.

7.2.5. Gestión

El macro-proceso de Gestión se caracteriza por monitorear el Programa en la consecución de los objetivos estratégicos a través de la verificación de cumplimiento de procedimientos orientados a la conducción y operación del programa. Este macro-proceso es de vital importancia porque juega tres papeles, el primero se vincula a la detección de posibles ventanas de oportunidad; el segundo a la reorientación de las acciones mediante la asesoría durante la ejecución del proceso de supervisión-asesoría; y el tercero, por generar información para la planeación y ejecución del programa.

⁴⁵ De acuerdo con la encuesta de satisfacción, un poco más del 20% de la población no tiene conocimientos para realizar una lectura o escritura; y el 33.6% considera pertenecer a un grupo indígena.

7.2.5.1. Vigilancia Epidemiológica

El proceso de vigilancia epidemiológica se encarga del monitoreo constante de la salud de la población. Su objetivo es identificar la problemática de las familias beneficiarias para disminuir o eliminar riesgos a la salud. De esta forma, contribuye a la atención oportuna de brotes y enfermedades mediante el suministro de información actualizada. Como marco normativo están las ROP, el Instructivo para la Operación de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y la Cédula de Identificación de Sistemas de Información del Programa IMSS Oportunidades.

La vigilancia epidemiológica es de suma importancia en el diseño del diagnóstico situacional de la población, y por lo tanto para la planeación, el desarrollo de intervenciones más focalizadas y la toma de decisiones oportunas. Para esto, tiene como principales acciones: 1) notificación inmediata de casos y brotes de enfermedades; 2) notificación semanal de casos nuevos de enfermedades; 3) atención a la población en situaciones de emergencia epidemiológica y de desastres; e, 4) implementación de las acciones de control de enfermedades de interés para la salud pública.

El proceso contempla en cada uno de sus niveles (local, zonal, delegacional, central) actividades de concentración, validación y análisis de la información con la finalidad de planear acciones de prevención y control. Como principal fuente de información tiene el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), el cual permite conocer la morbilidad a nivel zonal, delegacional y nacional.

A nivel local, el proceso comienza con la evaluación y clasificación del paciente, tanto en la UMR como en el HR. Primero, los usuarios son clasificados como pacientes de primera vez o subsecuente. Segundo, los padecimientos son registrados en el formato SISPA SS-01P. Por último, se clasifican a los pacientes que serán caso para estudios epidemiológicos o de notificación inmediata (Ver Anexo 7.2.5.1.1).

Si es un brote se hace la notificación inmediata a todos los niveles en menos de 24 horas, utilizando el sistema de radio, teléfono o internet. Se toman decisiones a cada nivel comenzando por el cerco epidemiológico implementado por el médico responsable de la UMR u HR. Finalmente, se hace una investigación y monitoreo de la enfermedad hasta que el padecimiento sea descartado.

Las hojas de registro diario son concentradas por el médico, al final de la semana las clasifica y las registra en el formato SUIVE. Después el médico valida y analiza la información generada, de tal manera, que le permita tomar decisiones y planear acciones de prevención y control a nivel local. Los informantes señalaron que posteriormente esta

información es enviada al HR para que el Coordinador de Vigilancia Epidemiológica concentre la información. Cabe resaltar que este actor es el responsable de concentrar la información de las UMR's de la zona, así como la del HR. También es el encargado de validar, analizar la información, y planear las actividades correspondientes.

En el caso del HR, los médicos son los encargados de llenar los formatos para alimentar el sistema, para esto se coordinan constantemente con el área de archivo clínico y en específico con el analista. Este personaje concentra toda la información y la envía al EM para que éste evalúe la congruencia de los datos.

Una vez que es validada y analizada la información se envía a nivel zonal al EASZ. A este nivel también se concentra, valida y analiza, y se integran los canales endémicos para planear acciones de prevención y control de los padecimientos transmisibles. La información de las UMR's es enviada a los EM y a los EGAS, mientras que la información concentrada de los HR's es enviada a la región o a la delegación.

En el nivel delegacional, la información es validada por el analista de los EM y/o EGAS, y junto con el supervisor médico se analiza la información para después ser enviada a nivel central y subirse al sistema SUAVE. A este nivel se integran igualmente los canales endémicos y se planean acciones.

Por último, el nivel central desarrolla las mismas actividades de concentración, validación, análisis e integración de canales endémicos, de tal manera que se ofrezca a todos los niveles la información del panorama epidemiológico. La información generada sirve para planear, identificar prioridades y realizar acciones de promoción, prevención y protección de enfermedades. Esta información se actualiza mes con mes, generando a nivel central informes de morbilidad y tasas de mortalidad a nivel nacional y delegacional.

La principal fortaleza del proceso radica en el sistema que manejan de envío de la información por medios electrónicos. Sin embargo, es necesario concentrar mayores esfuerzos en comunidades alejadas e incomunicadas, dado que se carece de un procedimiento de comunicación a nivel normativo u operativo para la notificación inmediata.

En el aspecto normativo, no existe una total vinculación entre los documentos y las actividades, sobre todo en lo referente a la integración de procedimientos y responsables, dejando esto solamente a la experiencia operativa. En este mismo sentido se encuentra que mientras para el HR hay un instructivo, a nivel de UMR no se cuenta con uno. Es

importante subsanar este vacío considerando que es en este espacio donde se genera una considerable rotación de pasantes anual e incluso semestral⁴⁶.

Con respecto a los destinatarios de la información se encuentra que falta una mayor congruencia. A nivel local, la información de las UMR puede ser enviada tanto al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica como directamente al EASZ. A nivel delegacional, la situación es similar, ésta puede ser enviada a los EM como directamente al EGAS. Esto limita el seguimiento y genera una probable duplicidad de tareas o sub reportes de la información⁴⁷.

En cuanto a los documentos para el registro de la información a nivel de las UMR y HR, no se encuentran referencias a la utilización de formatos para estudio de caso y estudio de brote. Considerando la notificación inmediata, no se menciona qué tipo de acciones se deben tomar en cada nivel, ni quién o quiénes deberán dar atención inmediata en caso de emergencia, y qué tipo de atención de acuerdo al nivel.

Es importante verificar la capacitación en el uso correcto de las herramientas, y en el proceso general. Especialmente en el caso de pasantes en las UMR, pues se detecta una carencia en este aspecto de acuerdo a los informantes. De igual forma, considerando el exceso de actividades del personal tanto a nivel UMR como de HR, es importante eficientar los procedimientos para el cumplimiento del objetivo.

En general, se recomienda elaborar instructivos específicos para el proceso. Esto permitirá que se realicen oportunamente las actividades, sin que exista una duplicidad de labores o toma de decisiones que se contrapongan. En cuestión de recursos materiales, sería recomendable reemplazar equipos de cómputo, para mayor oportunidad y fluidez a la información en todos los niveles⁴⁸.

7.2.5.2. Supervisión-Asesoría

El proceso de Supervisión-Asesoría tiene como objetivo contribuir a la calidad de la atención con un enfoque de trato digno a los oportuno-habientes verificando el cumplimiento de actividades y procedimientos en la atención, promoción y conducción de los servicios preventivos y curativos, así como acciones comunitarias que se proporcionan en las unidades de atención. De esta forma, las acciones se enfocan en detectar deficiencias en la ejecución del programa, brindar asesoría *in situ*, y a su vez re-orientar, re-forzar e incluso formular compromisos y planes de mejora.

⁴⁶ Aproximadamente el 39% del personal médico en UMR son pasantes de medicina. Cálculo propio con base en datos de Ocupación por delegación QNA 18-2008.

⁴⁷ Según la Cedula de Identificación de Sistema de Información del Programa IMSS Oportunidades, hace referencia al envío de la información por parte del EM al EGAS.

⁴⁸ Los informantes reportaron deficiencias en los equipos de cómputo que concentran la información.

Las referencias normativas principales son las ROP y los Instructivos de Operación de los equipos de conducción. En el caso del nivel central se cuentan con algunos documentos relativos a la metodología⁴⁹. En general, se establece que son tres las principales fases: Planeación-Programación, Ejecución, y Control y Seguimiento (Ver Anexo 7.2.5.1.). Mediante revisión de documentos y entrevistas se constató la operación de ésta en los diferentes niveles de conducción. Dada la similitud del proceso en los diferentes niveles, se aborda operativamente como uno solo.

En la etapa de planeación-programación se definen las unidades de atención a supervisar, mediante la formulación de un pre-diagnóstico que parte del panorama epidemiológico y de los resultados de supervisiones anteriores⁵⁰. Los sistemas de información utilizados son SISPA, PROVAC, SUAVE, SISMOR y SEHO. Aunado a esto, se elabora el cronograma anual de supervisión y la logística con base en los mayores problemas de salud y rezagos de procesos. Para formalizar la entrada a las delegaciones, sólo en el caso de nivel central, se envía a la delegación un oficio una semana antes de la supervisión.

Considerando el nivel central y delegacional se observa como diferencia sustantiva en esta etapa, el enfoque del pre-diagnóstico. El primero aplica una metodología de trazadores para identificar las problemáticas de salud, y por ende servicios médicos objeto de supervisión (Ver Anexo 7.2.5.2.); y el segundo continúa con un enfoque de prioridades de salud (Ver Anexos 7.2.5.3. y 7.2.5.4).

En la etapa de ejecución, el equipo de supervisión visita el HR y UMR con base en el cronograma, y evalúa de forma separada las áreas correspondientes por disciplina. Para esto, aplica instrumentos de la evaluación de calidad de atención, Cédulas de Supervisión y Encuestas de Satisfacción, los cuales se concentran en: evaluar conducción y documentos relativos a equipos de otros niveles de supervisión; y evaluar la calidad y procesos de atención médica y vinculación con acción comunitaria.

En general, la aplicación de las cédulas son directa observacional e indirecta o documental. La técnica depende de la presencia de casos-pacientes: 1) Directa observacional, el área médica argumenta los casos en presencia de pacientes; y/o los pacientes responden preguntas sobre su tratamiento y calidad de atención; e 2) Indirecta o documental, si la muestra de pacientes no es significativa, se revisan expedientes. Para

⁴⁹ Los documentos son: a) Coordinación de Supervisión Operativa, Metodología de Aplicación Encuesta de Opinión de la Atención Médica y Cédulas por trazadores; y b) Coordinación de Acción Comunitaria, Nuevo Enfoque de Supervisión 2008 y Cédulas por trazadores.

⁵⁰ En los diferentes niveles se detecta conocimiento insuficiente en la formulación del prediagnóstico, al no existir un consenso de su contenido.

esto, se hace una selección sistemática o aleatoria de los registros clínicos; y/o de expedientes de pacientes en descontrol.

Adicionalmente se aplican encuestas de satisfacción de IMSS-Oportunidades, oportunidades y PREVENIMSS con una muestra de 30 ó 50 pacientes. El nivel central lo hace en la visita anual, y a nivel HR, bimestralmente considerando los tres servicios de atención consulta externa, urgencias y hospitalización.

De forma simultánea se brinda asesoría, y se establecen compromisos y planes de mejora por área específica. Una diferencia entre los niveles es que hay una retroalimentación entre los equipos de supervisión excepto el conformado por Nivel Central, concentrándose solamente en los Equipos de Salud.

En la etapa de control y seguimiento, los equipos de conducción capturan las cédulas y matrices en bases electrónicas, y nivel central en una plataforma electrónica denominada "Sistema Electrónico de Supervisión Integral". Posteriormente a esta actividad los departamentos involucrados analizan las matrices, generan una concentradora, y obtienen un tablero de control. La característica principal de éste es que presenta el desempeño mediante la semaforización de los resultados.

Al igual que en las otras etapas de supervisión-asesoría hay diferencias entre niveles. En el nivel central se presentan los resultados al Delegado y a la Titular del programa, y en el delegacional solamente al Delegado. En el caso del nivel central, se presenta la problemática, y se envía un oficio a cada delegado para formalizar el seguimiento. Finalmente, las áreas respectivas generan una base de compromisos, y alimentan la página concentradora con resultados de la supervisión para que los otros niveles puedan tener acceso a estos.

La institucionalización del proceso es un buen acierto como mecanismo de monitoreo, sobre todo por las características que conlleva de asesoría. Sin embargo, su consolidación es mayor en el nivel central que en los otros niveles de conducción, por esta razón es necesario evaluar a detalle y reforzar su replicación en los otros niveles.

La principal fortaleza del proceso operativo es la estandarización de las fases y los procedimientos en los diferentes niveles de supervisión. Sin embargo, es necesario también estandarizar y simplificar los instrumentos, así como su procesamiento, de tal forma que permitan ver las fallas de los procesos. Asimismo, es importante capacitar, considerando el grado de desconocimiento sobre su funcionamiento, y la percepción de algunos responsables de un supuesto "sentido repetitivo" provocando bajo interés en su aplicación.

Considerando las etapas de supervisión-asesoría se señala control y seguimiento como una etapa más, y no como un proceso independiente como es mencionada en otro apartado de las ROP. De igual forma, se pretende por un lado definir la funciones específicas de cada nivel de conducción en supervisión-asesoría y, por otro lado, las características y procedimientos en el proceso en general, provocando confusión e incluso fragmentación en la definición de responsabilidades y actividades.

En este mismo sentido hay falta de congruencia entre la propia normatividad existente, se menciona en las ROP que los EM deben visitar 6 UMR de forma mensual y un HR, y en el instructivo de operación mencionan que son 5 UMR mensual, y un HR bimestralmente. Asimismo, es importante resaltar que se encuentran variaciones en el número de supervisiones efectuadas a los HR por los distintos niveles, e incluso ausencia de ellas en algunos HR⁵¹.

Con respecto a la integración de la información, normativamente no se especifica la sistematización de las cédulas a nivel delegacional para ser integradas y evaluadas por el nivel central. De igual forma, no se identifican mecanismos de comunicación e integración de resultados de supervisión en un informe integral que esté vinculado con el nivel central. Considerando que el nivel central sólo hace una visita anual a cada delegación es necesario buscar esta vinculación para eficientar los recursos y efectuar un monitoreo más constante. De igual forma, se debe buscar ésta brindando asesoría al EGAS y EM como lo hace con los Equipos de Salud.

Hay diferencias en la conceptualización y definición de este proceso. Por un lado, se encuentra el nivel central aplicando una supervisión-asesoría enfocada en una metodología de “trazadores”, y brindando asesoría sólo a instancias operativas; y por otro lado, el nivel delegacional aplicando una supervisión “tradicional” con base en las prioridades de salud. Cabe resaltar en este aspecto que la metodología se concentra solamente en explicar teórica-conceptualmente trazadores, siendo indispensable la construcción de una correspondiente al programa. Con este tipo de metodología se podría estar asumiendo el riesgo de marginar focos de atención en lugares específicos, caracterizándose como restrictiva en su ejecución. Considerando que muy probablemente

⁵¹ En el 2008 se registra un promedio nacional de 5 supervisiones del EM a un HR durante el año. De los 69 HR se encontró que al menos un HR no ha sido sujeto a supervisión. Se infiere que al menos 4.3% de los HR cuentan con 12 supervisiones al año, y menos del 25% de los HR tiene como máximo 4 supervisiones al año. Al nivel del cuerpo de gobierno del HR se registra un promedio nacional de 8 supervisiones durante el año. De los 69 HR se encontró que al menos 3 HR no han sido supervisados por sus cuerpos de gobierno. Se infiere que al menos 33% de los HR cuentan con 12 supervisiones al año, y menos del 25% de los HR tiene como máximo 5 supervisiones al año.

las ventajas sean en términos de costos podría darse en “cascada” en el aspecto de niveles de conducción.

Las entrevistas reflejan que se cuenta con una mayor experticia a nivel central sobre los métodos o técnicas para aplicar las cédulas y que tienen claro cuando aplicarlas, sin embargo esto no se encuentra plasmado en un documento⁵². Esta ausencia en el sentido normativo puede entorpecer el proceso en otros órdenes como el delegacional al no haber un manual o documento consolidado (Ver Anexo 7.2.5.2.5.).

Con respecto al análisis de calidad de la atención médica y la acción comunitaria no existe un documento que permita revisar la metodología de análisis. De igual forma carece de un rigor estadístico, y desconocimiento en las personas responsables de llevar a cabo la supervisión operativa, principalmente en el nivel delegacional. Estas personas simplemente llenan las cédulas y las capturan. En este sentido, se recomienda: (i) elaborar un documento metodológico de análisis de la calidad de la atención médica, y sobretodo que sustente la asignación y valoración de escalas de medición, (ii) realizar reuniones con expertos en el área de la calidad de los servicios de salud donde se presente este documento metodológico para validarlo y, en su caso, modificarlo, y (iii) dar a conocer esta metodología de análisis a los supervisores.

Finalmente, se recomienda que los resultados y los compromisos de la supervisión-asesoría se den a conocer a la población beneficiaria como medida de seguimiento y demanda por parte de éstos. La información puede pegarse en las unidades con un formato fácil de entender en la lengua local semestralmente.

7.2.5.3. Control y Seguimiento

El proceso de control y seguimiento tiene como objetivo monitorear, analizar y evaluar continuamente las acciones que son llevadas a cabo, y en su caso detectar oportunidades de mejora e implementar estrategias. La finalidad es garantizar la calidad de atención integral, la suficiencia y la oportunidad de los recursos, y el impacto en la salud de la población beneficiaria.

El proceso al igual que el de supervisión- asesoría es replicado en todos los niveles de conducción, y para su ejecución considera diversos indicadores tales como: resultados y compromisos de las reuniones de análisis de la operación del programa, así como de las diferentes supervisiones; Indicadores de PDHO y PASH; tableros de gestión y evaluación; y metas presupuestales.

⁵² Hay un esfuerzo de integrar un documento normativo, aunque de manera parcial, en la Coordinación de Acción Comunitaria “Metodología de Supervisión de Acción Comunitaria 2008”.

Normativamente se encuentra especificado en las ROP, y en los instructivos de operación del EASZ, EM, EGAS y Cuerpo de Gobierno, donde son señaladas las funciones para cada integrante que conforman los diferentes niveles de conducción y operación del programa.

En la operación, el proceso de control y seguimiento es identificado y reconocido a nivel central, delegacional, zonal y hospitalario. Efectivamente este se enfoca en monitorear el desempeño del programa, el cumplimiento de los compromisos derivados de las distintas supervisiones, mediante la coordinación de los diferentes niveles, y de aquellos relacionados a las metas e indicadores de desempeño y gestión (Ver Anexo 7.2.5.6).

Considerando la existencia de niveles de conducción y operación en un sentido micro a macro nivel, se identifica una vinculación recurrente de los diferentes equipos por medio de reuniones. El propósito de éstas es dar seguimiento a los compromisos y resultados generados en reuniones previas y en aquellas generadas en un nivel anterior de conducción. Estas se caracterizan principalmente por tener como participantes por lo menos a un representante, ya de sea del EASZ o del EM, lo cual depende en gran medida del supervisor que esté dirigiendo y coordinando la reunión.

A nivel hospitalario el Comité Médico Técnico-Administrativo (COMETA) conformado por el cuerpo de gobierno, efectúa diariamente una reunión de aproximadamente 10 a 15 minutos, para abordar problemáticas concretas relacionadas a la calidad de atención médica; una semanal, donde participan los coordinadores médicos del HR, para ver pendientes de la semana o avances de los compromisos; y finalmente una reunión mensual cuyo objeto es la retroinformación con todo el personal de la unidad sobre las situaciones y avances diversos del HR.

A nivel zonal se da una reunión mensual que es ejecutada por el Comité Médico Técnico-Administrativo Zonal (COMETAZ), en la cual participan el HR, cabeza de varias unidades de atención, el EASZ y un representante del EM. En ésta se tratan problemas relacionados a los servicios proporcionados en la zona, así como el monitoreo a los diversos indicadores.

A nivel delegacional, se considera como mecanismo de monitoreo la elaboración de escritos dirigidos a la estructura delegacional, para la atención de necesidades y compromisos detectados en los niveles de operación del programa.

Con respecto al monitoreo de indicadores PASH, matrices por prioridades y cumplimiento de metas, se detecta parcialmente que en todos los niveles se efectúa y se

elaboran compromisos para su consecución. Regularmente, en las reuniones a nivel delegacional, se enfocan solamente a una evaluación de resultados con base en los indicadores de atención médica y acción comunitaria.

El nivel central se concentra en el seguimiento de los compromisos derivados de las supervisiones-asesoría efectuadas principalmente por el equipo conformado por sus respectivas áreas. Aunado a esto, también considera como parte del monitoreo el desempeño de las delegaciones con respecto a los indicadores PASH, PDHO y metas presupuestales. A las delegaciones con menor desempeño les remite oficio solicitando su atención y respuesta a los niveles de cumplimiento de dichos indicadores. Las delegaciones en respuesta giran también un oficio explicando las razones, y en ocasiones construyen argumentos para su corrección.

Finalmente, es importante mencionar que el seguimiento para el cumplimiento de los compromisos se identifica la existencia, mediante entrevistas, de un formato a nivel del EGAS que tiene por objeto llevar un control de cumplidos y no cumplidos. Para esto, se documentan durante las visitas trimestrales a los HR, y en una o dos veces al año en el caso de las UMR. Independientemente de su propio sistema, los EASZ tienen la responsabilidad de informarles de forma constante de su nivel de cumplimiento. Cabe resaltar que se menciona que con un 70% de cumplimiento, se clasifica el compromiso como no cumplido, procediendo al llenado del formato con nuevas fechas y responsables.

Para conclusión del proceso en general, se presenta por escrito a la estructura delegacional bimestralmente los compromisos que se generaron, concentrándose fundamentalmente en resultados del programa (Ver cuadro 7.2.5.6.)

En general, el proceso de control y seguimiento se caracteriza por especificar en teoría por niveles de conducción y operación los mecanismos y la interrelación entre los equipos de salud, EM, EGAS, estructura delegacional y central. Sin embargo, en la operación es inexistente la interrelación entre los equipos delegacionales y algunas estructuras delegacionales, concretándose solamente a “escritos”.

Adicionalmente se encuentra que la formulación y solución de compromisos a nivel delegacional depende en gran medida del grado de “aceptación” de la estructura delegacional e “integración” de los equipos de IMSS-Oportunidades. Se infiere a través de las entrevistas que la percepción de áreas de algunas estructuras delegacionales con respecto a los equipos es más en el sentido de “apoyo”. Los EM y EGAS no son vistos como parte de la estructura, y con éstas características son atendidas sus demandas en cuestión de apoyos y recursos.

En este mismo sentido, cabe resaltar que las reuniones a nivel delegacional entre EM, EGAS y algunas estructuras delegacionales dejaron de llevarse a cabo desde hace aproximadamente 5 años, limitando la atención general al desarrollo del programa. Como práctica paralela a esta situación los equipos delegacionales tienen que acudir a cada una de las áreas y hacer el respectivo seguimiento.

Con respecto a la formulación y seguimiento de indicadores expresan que existe poca información a nivel local que permita detectar problemáticas, y por ende, desarrollar estrategias efectivas. Es por esta razón, que es necesaria la construcción de indicadores a niveles zonales que permitan a los EM brindar servicios de asesoría.

En cuanto a indicadores a nivel hospitalario, la percepción de éstos es que se concentran más en aspectos cuantitativos que en cuestiones de calidad, lo que limita la generación de información relevante para la detección de problemáticas en este aspecto.

Con la finalidad de mejorar el desempeño de este proceso se recomienda mejorar la comunicación con la estructura delegacional. El mecanismo puede ser por medio de la calendarización de reuniones y horarios específicos. Como indicador de seguimiento se sugiere diseñar uno que permita validar su consecución por medio del cotejamiento de documentos electrónicos de forma aleatoria por parte de nivel central.

8. Discusión de los resultados

8.1. Hallazgos generales

El programa se apega en la mayoría de sus procesos a lo estipulado en las ROP 2008. Las diferencias sustantivas no se encuentran en la existencia de los procesos y acciones en los diversos niveles, sino en la operación, procedimientos y grado de aplicabilidad en cada contexto. Las acciones planteadas en el programa son del conocimiento y dominio de los diferentes niveles de programa, encontrando solamente que el proceso de adscripción no es muy claro para los equipos delegacionales del programa, incluso en términos del concepto.

Algo importante de señalar es que si bien los procesos se llevan a cabo se encuentran fragmentados, es decir los resultados generados en cada proceso parecieran quedarse sólo al nivel de operación, sin verse una vinculación estructural sólida considerando todos los niveles, en especial el central.

Con relación a la parte de documentos formales como manual de organización, instructivos y documentos formales afines a la operacionalización de los procesos, se detecta una ventana de oportunidad para el programa. Considerando la estructura organizacional de IMSS-Oportunidades se sugiere orientar esfuerzos en este sentido, y aprovechar la experiencia de su personal para la documentación de los procesos con el apoyo de un consultor externo especialista en la materia.

Otro factor de relevancia para la operación de algunos de sus procesos es la comunicación e integración con la estructura delegacional del IMSS. En las ROP y en los instructivos de operación de los equipos se señala la dependencia jerárquica directa de éstos con respecto al Jefe de Prestaciones Médicas y al Delegado, implicando esto que la operación del programa está en función de esta estructura. A partir de las entrevistas con los equipos delegacionales se pudo percibir que la relación es en el sentido de “apoyo” más que en el de colaboración, y en esa misma línea la atención a las demandas presentadas son atendidas. Se sugiere retomar las reuniones de la estructura delegacional y los equipos con una mayor intervención del nivel central en el aspecto de gestión y monitoreo.

De esta forma, los tres retos más importantes identificados para el Programa son:

- i) la necesidad de documentar los procedimientos mediante los cuales se llevan a cabo los procesos, de manera que estos se implementen de forma estandarizada y homogénea;
- ii) en este mismo sentido, el segundo aspecto se refiere a la calidad de los servicios de salud que proporciona el Programa, y que de acuerdo a los resultados

obtenidos es un área de oportunidad, para la cual un primer abordaje es moverse hacia la estandarización de la atención con el uso sistemático de guías clínicas u otros documentos estandarizados; y iii) reforzar la vinculación entre los niveles de conducción con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de manera eficiente.

En general, se pueden señalar los siguientes resultados para el programa:

- El IMSS-Oportunidades tiene 30 años de operación y una buena parte del personal entrevistado lleva más de 15 años trabajando en el Programa. Por tanto, resulta claro que uno de los activos más importantes del Programa es el capital humano. Esta experiencia ganada en la operación permite, a los responsables del Programa a nivel central, delegacional y zonal, estar en una situación en la cual pueden identificar las áreas de oportunidad y mejora de sus propios procesos.
- El IMSS-Oportunidades atiende más de 10 millones de personas con un presupuesto ejercido de 6.4 mil millones de pesos. En términos per cápita, el Programa destinó alrededor de 620 pesos por cada persona adscrita. Esta cifra ubica al IMSS-Oportunidades por debajo de la SSA (1,540), IMSS (2,695) e ISSSTE (2,724)⁵³. Comparando Por tanto, los resultados del programa se han alcanzado considerando el contexto de disparidad de recursos hacia la población objetivo del mismo, y seguramente en respuesta a la operación del Modelo de Atención Integral a la Salud.
- El IMSS-Oportunidades tiene avanzado un programa de ampliación de la infraestructura que potencialmente puede beneficiar a familias en condiciones de vulnerabilidad económica y que, adicionalmente, impactará en el beneficio social de las comunidades más allá de la atención médica y la acción comunitaria. En este sentido, el Programa tiene una oportunidad para llevar a cabo una evaluación de impacto, tanto de la atención médica como de la acción comunitaria, y la protección financiera en salud.
- El Programa tiene una “Ruta Crítica para Mejorar la Mortalidad Materna”, que es un documento bien orientado y claro. En este sentido, se sugiere presentar este documento con expertos en la materia de diversas instituciones, a fin de revisar y

⁵³ Estos datos de las instituciones corresponden con datos 2007, toda vez que no se dispone de la información 2008.

evaluar los procesos y resultados de la implementación de esta ruta en todos los niveles de conducción y ejecución para identificar áreas de mejora.

- En 2008, el Programa desarrolló una estrategia de capacitación nunca antes vista en la historia del IMSS-Oportunidades, al menos en los últimos diez años. El Programa debe seguir en esa línea de capacitación y enfocándose en temas relacionados con enfermedades cardiovasculares y atención materno-infantil.
- El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) responde adecuadamente a las necesidades de salud de la población objetivo. La base de personal comunitario (Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales) de más de 200 mil personas permite que el MAIS esté afianzado en las localidades donde opera el Programa. Estos recursos tienen que ser capacitados y entrenados permanentemente para la detección y seguimiento de embarazadas, y otro tipo de padecimientos para hacer más efectivo al Programa en sus ámbitos de atención médica y acción comunitaria.
- El IMSS-Oportunidades, con carácter general, desarrolla sus procesos de conformidad con lo estipulado en las ROP 2008 y otros documentos normativos. No obstante, la evaluación permitió observar que no hay procedimientos de ejecución de los procesos que se apliquen de manera homogénea y estandarizada en cada una de las delegaciones sino que, cada una de ellas, operacionaliza sus procesos a partir de la experiencia de su personal. Esto evidentemente genera una innecesaria heterogeneidad que afecta la calidad de los servicios que se ofrecen, y que puede incluso incrementar la inequidad entre las poblaciones.
- La supervisión-operativa es un mecanismo de “autoevaluación” del Programa. En general, este tipo de mecanismos tienden a generar resultados poco críticos, con tendencia a la autocomplacencia. Por tanto, el IMSS-Oportunidades podría buscar mecanismos de validación externa, sobretodo en niveles de conducción delegacionales y zonales que realizan permanentemente esta actividad. Estos pueden ser: (i) el intercambio de equipos de supervisión entre las delegaciones, y (ii) la inclusión de ONG´s, instituciones académicas, dependencias de gobierno, otros proveedores de salud como testigos o la misma comunidad que acompañen la supervisión-operativa (y firmen la misma cédula) y verifiquen la calidad de los

servicios de salud, y que además puedan dar seguimiento a los compromisos delegacionales.

- La población además de utilizar los servicios del IMSS-Oportunidades, hace uso de otros proveedores, particularmente la SSA y los privados. Estos dos proveedores cobran por sus servicios y expone a las familias a incurrir en gasto excesivos por motivos de salud. En este sentido, el Programa debe investigar las razones por las cuales la población decide atenderse en otros establecimientos y, además que realicen un estudio de adherencia y sentido de pertenencia al Programa mismo.

Cuadro 8.1.1. Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de los Procesos

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
PLANEACION	PLANEACION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporación de todos los niveles de conducción y operación en la planeación en la normatividad, e incluso de la estructura comunitaria. ▪ Existencia de un componente inercial en el proceso, es decir, los operadores del Programa hacen su trabajo a pesar de la ausencia de elementos normativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca referencia en las ROP. ▪ Falta de documentos normativos y formatos que guíen la elaboración del Diagnóstico Situacional de Salud (DSS) y el Plan Anual de Trabajo (PAT). ▪ Ausencia del nivel central en el proceso (se enfoca únicamente al diseño de metas presupuestales y acciones prioritarias en salud). ▪ Falta del DSS y PAT en las unidades de salud. ▪ Normativamente hay desvinculación en la elaboración de documentos de planeación entre niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ --- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ---
ABASTO E INFRAESTRUCTURA	LICITACION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso centralizado que se realiza conjuntamente con el IMSS Régimen Obligatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia de las unidades médicas hacia los almacenes delegacionales en cuanto al abasto de insumos. ▪ Debilidades en los procedimientos de detección de necesidades y los consumos promedio mensuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ---- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difícil acceso a algunas UMR para abasto de insumos y medicamentos debido a la geografía de la región.
OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD	ADSCRIPCION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso bien descrito en las ROP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de mecanismos de traspaso de costos del Seguro Popular (sólo se han establecido convenios en este sentido en Chihuahua y Oaxaca). ▪ Normativamente falta de definición del concepto de adscripción. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ --- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ---
	ATENCION MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevado número de consultas médicas (20 millones). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horarios restringidos en unidades médicas de primer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia de los almacenes regionales para el

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La atención del personal es calificada como buena por los usuarios de los servicios de salud. ▪ Incremento en la capacitación del personal de salud. ▪ Existencia de albergues comunitarios anexos a Hospitales Rurales. ▪ Realización de acciones de monitoreo y referencia de pacientes por parte de médicos, enfermeros y trabajadores sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debilidad en la calidad de la atención reflejada en tiempos de espera. ▪ No todas las unidades médicas del Programa cuentan con las áreas físicas establecidas en las ROP. ▪ En la normatividad (ROP) no se especifica el tipo de de mobiliario y equipo médico con que debe disponer las unidades médicas. ▪ Insuficiente abasto de medicamentos del cuadro básico en algunas UMR. En el caso de insumos y materiales de curación, la situación es parecida. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ abasto de medicamentos e insumos. ▪ Bajo porcentaje de profesionales de la salud que entienden alguna lengua indígena. ▪ Incremento de la morbilidad en la población y, consecuentemente, de la demanda de servicios al Programa. ▪ Uso simultáneo de otros servicios de salud por parte de los oportuno-habientes que limita el correcto seguimiento de los mismos a cargo de IMSS-Oportunidades. ▪ Parteras rurales no incorporadas al Programa que atienden embarazos de alto riesgo sin haber recibido capacitación.
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de una amplia estructura comunitaria (ARS, PVR, parteras rurales y terapeutas tradicionales) ▪ Existencia de un formato de derivación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SISPA no resulta muy entendible para analizar este proceso. ▪ Insuficiente provisión de formatos de derivación. ▪ Falta de instructivo de operación o manual que norme las acciones a realizar para este proceso. ▪ Deficiencias en información con respecto a detectar la eficacia de las derivaciones remitidas por la estructura de voluntarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formación de médicos: poca sensibilización al trabajo con voluntarios.
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redes de colaboración establecidas entre el 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia de personal voluntario en relación con 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones preventivas en salud paralelas por parte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuerte arraigo a costumbres y

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		<p>personal operativo y las autoridades municipales para la gestión de apoyos económicos y/o materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de incentivos morales (entrega de reconocimientos) y motivación directa a los grupos voluntarios por parte del personal institucional. 	<p>el número de familias por localidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitada cobertura de Promotores de Acción Comunitaria considerando el número de LAIS y la población en ellas. Bajo rendimiento y motivación de algunos Promotores de Acción Comunitaria. Retraso en la entrega de recursos financieros del nivel central a las delegaciones (para contratación de Equipos de salud) Escasez de medicamentoS e instrumentos básicos para realizar chequeos de rutina por parte de la ARS. Ausencia de una figura que represente la Acción comunitaria en el Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento. 	<p>de otros programas sociales en comunidades donde actúa IMSS-Oportunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de parteras rurales y médicos tradicionales que acceden a interactuar con el Programa. 	<p>tradiciones en comunidades mayoritariamente indígenas que limitan el acceso al Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Construcción de unidades y hospitales de otras instancias de salud cercanas a las de IMSS-oportunidades (esto puede limitar la corresponsabilidad de los oportuno-habientes al Programa, así como operación de la estructura voluntaria).
	CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Acciones coordinadas para la identificación de necesidades sentidas de capacitación entre el personal institucional. Capacitación institucional entre delegaciones de (intercambio de experiencias) 	<ul style="list-style-type: none"> Eventual deserción del Programa por parte de Promotores Voluntarios Rurales que habían sido capacitados. Los Promotores de Acción Comunitaria disponen de un programa para capacitar a los Equipos de salud, sin embargo, no siempre se da cumplimiento a la impartición de temas dirigidos a orientar a los voluntarios en el desempeño de sus funciones 	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de otras instituciones de salud o académicas donde el personal de IMSS-Oportunidades se capacita. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos pasantes no sensibilizados para el trabajo con los grupos voluntarios.
	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Existen diversos documentos que sustentan el desarrollo del proceso. Uso de distintas vías de 	<ul style="list-style-type: none"> Poca utilización de las vías de comunicación educativa personal y masiva No se percibe alguna manera de evaluar que la 	<ul style="list-style-type: none"> Participación de radiodifusoras en acciones de promoción a la salud a través de la CNDI. 	<ul style="list-style-type: none"> ---

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		<p>comunicación que se complementan entre sí: personal, grupal y masiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboración de la comunidad para la realización de talleres. ▪ Desarrollo estructurado de los procedimientos para la elaboración de los talleres. 	<p>comunidad o grupo que participa en los talleres haya comprendido y retenido la información</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un documento que detalle en orden cronológico las actividades, responsables, tiempos y materiales de la comunicación y educación. ▪ No existe información que muestre los mecanismos para desarrollar estrategias personales y de medios masivos. 		
	<p>PROMOCIÓN, SALUD Y SANEAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de mecanismos de gestión de recursos por medio de otras instituciones. ▪ Capacitación de nivel central a Promotores de Acción Comunitaria para estructurar Proyectos de Intervención Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normativamente, no está registrada la función de diseñar Proyectos de Intervención integral por parte de los PAC. ▪ Asignación de recursos enfocada solamente para el desarrollo de prácticas demostrativas en la aplicación de tecnología en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación constante y cercana entre IMSS-Oportunidades y otras instituciones para la gestión de apoyos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistencia por parte de algunas familias a aplicar tecnologías en salud por motivos de arraigo a usos y costumbres. ▪ El desarrollo de proyectos de intervención integral depende de la gestión, la aprobación y la asignación de presupuesto de otras instituciones y órdenes de gobierno
	<p>CONTRALORIA SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de quejas en presencia de distintos actores sobre todo representantes de la comunidad. ▪ Existencia de cursos de fortalecimiento a la participación de la comunidad en contraloría social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca claridad en la operación sobre los procedimientos a seguir una vez que se abre el buzón. ▪ A nivel central no se perciben mecanismos de seguimiento para contraloría social. ▪ Ausencia de un documento normativo que describa con precisión los procedimientos de contraloría social, ni que 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ --- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ---

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
			<p>describa los responsables y su vinculación.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe un formato homogéneo de buzón para todas las delegaciones. 		
GESTION	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> Cumple con el objetivo normativo de conocer la situación de salud de la población. Uso de medios electrónicos para el envío de flujo de información para la toma de decisiones oportuna. Se dispone de una infraestructura sólida para este proceso a nivel nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> En la operación, falta de precisión en la definición de los destinatarios de la información. No se menciona un procedimiento normativo u operativo para comunidades alejadas e incomunicadas sobre canales de comunicación a emplear. Exceso de actividades a cargo de médicos, tanto en UMR como HR, que puede desembocar en errores de captura u omisión de datos. No existe una vinculación entre los documentos y las actividades que deben realizar los responsables de la vigilancia epidemiológica y que permitan ver la integración de procedimientos. Falta de información normativa para médicos pasantes una vez que ingresan al servicio. Normativamente no se mencionan los documentos necesarios para el registro de la información a nivel de las UMR y HR, formatos para estudio de caso y estudio de brote (SUIVE 2-200 y SUIVE 3-2007). La parte normativa carece de una estructura clara de los pasos a seguir cronológicamente, así como personajes 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones con otras instituciones de salud para la retroalimentación de información epidemiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> ----

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
			<p>establecidos para cada actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de definición en algún documento normativo del tipo de acciones a nivel comunitario que se deben tomar en caso de brote. 		
	SUPERVISION Y ASESORÍA	<ul style="list-style-type: none"> Asesoría y retroalimentación brindadas en forma paralela a la supervisión. El manejo de una metodología de supervisión estandarizada en los tres niveles de conducción. Uso del Tablero de control. Definición clara de funciones y objetivos para la etapa de control y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Las ROP son el único documento normativo de referencia para este proceso. Falta reforzar la capacitación sobre la aplicación y llenado adecuado de cédulas y para el análisis de los datos. Falta de adecuación entre algunos procedimientos normativos establecidos a nivel central y la operación a nivel delegacional. Control y seguimiento se considera como una etapa más y no como un proceso independiente. A nivel normativo, no en todas las etapas de este proceso están explícitos los responsables y, por tanto, tampoco se identifican mecanismos de comunicación. En las ROP no se hace referencia a la sistematización de las cédulas a nivel delegacional. El monitoreo del nivel central hacia las delegaciones carece de suficiente constancia en el tiempo (se realiza una visita anual). Se carece de un manual que señale objetivos, 	<ul style="list-style-type: none"> Se dispone del apoyo de otras instituciones de salud y académicas que complementan el proceso asesoría en temas especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> Difícil acceso para efectuar la supervisión en ciertas UMR por su ubicación geográfica.

MACROPROCESO	PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
			<p>alcances, limitaciones, instrumentos, aplicación y análisis de las cédulas de supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la normatividad no es muy clara la forma de elaborar el pre-diagnóstico situacional. ▪ Ausencia de integración de la base de datos generada por las cédulas aplicadas por el nivel delegacional. ▪ Inconsistencias de información entre la propia normatividad (p. ej. número de UMR a visitas) 		
	<p>CONTROL Y SEGUIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formalización mediante acta de acuerdos y compromisos adquiridos por los distintos niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de integración entre la estructura delegacional y los EGAS e EM para el cumplimiento de compromisos. ▪ Poca información a nivel local para detectar problemáticas y establecer indicadores. ▪ En Hospitales Rurales, preferencia por indicadores cuantitativos, descuidando cuestiones de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ----- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de organización de reuniones por parte de la Estructura delegacional.

8.2. Limitaciones del estudio

8.2.1. Problemas en campo

Debido a las limitaciones temporales para el levantamiento de los datos, no se pudo captar la percepción de todos los actores institucionales, entre ellos los Equipos de nivel zonal y los Equipos de salud. Asimismo, tampoco se entrevistó a integrantes de la red de voluntarios del Programa.

Una limitante que se presentó durante el desarrollo de las entrevistas en la reunión de Oaxtepec fue el registro del nombre y puesto de los informantes antes de que los participantes concedieran la entrevista, lo que en términos metodológicos introdujo un sesgo potencial en las respuestas, al romperse la confidencialidad.

Otra circunstancia en el trabajo de campo que limitó el posterior análisis de los datos fue la imposibilidad de prever el momento de llegada de las delegaciones a la sede donde se llevaría a cabo la reunión nacional. La llegada de varias delegaciones de forma simultánea no permitió al equipo evaluador entrevistar a tres delegaciones completas, lo que nos permitió realizar un análisis comparativo completo.

8.2.2. Acceso a documentos

Por la dinámica implicada en la revisión documental del Programa, que de la lectura de los documentos surgía la necesidad de consultar otros adicionales, no fue posible contar con toda la información posible al momento de preparar el informe. Por otra parte, la decisión metodológica de considerar para el contexto normativo únicamente documentos formales, parte del material de gabinete proporcionado se consideró para el análisis operativo y no en el sentido normativo por considerar que éste no cuenta con las características de aprobación del nivel central.

8.2.3. Limitaciones de la muestra

La evaluación contempló el levantamiento en campo de un cuestionario de unidades de salud, de pacientes y de profesionales de la salud (médicos y enfermeras). La principal limitación es que ninguna de estas encuestas fue representativa de nivel delegacional pero sí representativa del IMSS-Oportunidades. Por tanto, no se pueden extrapolar los resultados de las unidades visitadas a lo que acontece en nivel delegacional.

Referencias

Argüelles, Antonio y José Antonio Gómez. (1999) Hacia la reingeniería educativa. Conalep-Noriega Editores-INAP.

Harbour, Jerry L. (1995) Manual de trabajo de reingeniería de procesos, Panorama Editorial, México, D. F.

Hammer., Michael y James Champy (1995) Reingeniería, Norma, Bogotá, Colombia.

Hammer., Michael (1990) "Reengineering work: don't automate, obliterate", en Harvard Business Review, Julio-Agosto.

McGowan, Robert (1995) "Cultura, Climate and Total Quality Management: Measuring Readings for Change", en Public Productivity y Management Review. Vol 18, Núm4, verano.

McGowan, Robert (1995) "Total Quality Management; lessons from Business and Government", en Public Productivity Review.

Pacheco Llanes, Luis F., (1996) "Re-ingeniería de Procesos en sistemas Flojamente Acoplados"; ponencia presentada e el coloquio internacional Aprendizaje Tecnológico, Desarrollo Económico e Innovación, México, D.F. septiembre.

Pegnato, Joseph (1997) "Is a Citizen a customer?", en Public Productivity y Management Review. Vol. 20, Num 4, June.

Schoenberger, Richar J. (1994) "Human Resource Management Lessons from a decade of Total Quality Management and Reengineering", California management review.

Vincent K. Omachonu y Joel E. Ross (1995). Principios de la Calidad Total. Ed. Diana, México.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada para nivel central

OBJETIVOS

Definir la operación del programa mediante la identificación de los principales procesos, procedimientos, insumos, productos, áreas, niveles y/o actores que conllevan al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el sistema de vigilancia epidemiológica y la participación de las áreas, niveles y actores en este proceso. De igual forma, definir la funcionalidad de la información y la relevancia para otros procesos.
- Identificar el proceso en general de supervisión de programa, en especial planeación, ejecución y coordinación con los diversos niveles
- Identificar aspectos del proceso de atención médica a partir de las actividades ejecutadas en el departamento de salud reproductiva.
- Identificar cuáles son los procedimientos administrativos más comunes para la compra de los apoyos, obtener la percepción de los responsables sobre la ley de adquisiciones, mecanismos normativos para la adquisición, así como su percepción de suficiencia de los recursos y los mecanismos de reporte de indicadores.

INFORMANTES

- Titular del programa
- Coordinadora de Acción Comunitaria

- División de Planeación, Sistemas e Información.
- División de seguimiento Evaluación y control de presupuesto
- Coordinador de Supervisión Operativa.
- Jefe Depto. de Educación y Capacitación para la Salud.
- Jefe Depto. de Promoción de la Salud Comunitaria.
- Jefe Depto. Supervisión Acción Comunitaria.
- Jefe Depto. de Difusión
- Jefe Depto. de Evaluación
- Jefe Depto. Recursos Materiales y Servicios Generales.
- Jefe Depto. de Recursos Financieros.
- Jefe del Depto. de Salud Reproductiva
- Jefe Depto. de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
- Jefe Depto. Supervisión 1ro y 2do Nivel.

PREGUNTAS DEL PROGRAMA EN GENERAL

1. ¿Cuál es su visión general del programa IMSS-Oportunidades?
2. ¿Hacia dónde va el programa?
3. ¿Cuáles han sido los principales logros del programa?
4. Si bien IMSS-Oportunidades no selecciona beneficiarios, pero si de alguna forma localidades sede y de influencia. ¿Cómo es el mecanismo o indicador para la ubicación de estos servicios?
5. ¿Cuáles son las diferencias sustantivas en cuantos aspectos administrativos y operativos de los servicios de salud proporcionados por IMSS-Oportunidades e IMSS?
6. En las ROP se dice que el programa busca reducir las causas y riesgos de la pérdida de la salud y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. En este sentido dos preguntas:
 - a. ¿Qué está haciendo el programa para reducir las causas y riesgos de la pérdida de la salud?
 - b. ¿Qué está haciendo el programa para reducir el empobrecimiento de la población por motivos de salud?
7. Del control y seguimiento ejercido en los niveles de conducción y operativo se desprenden compromisos de atención y solución, ¿Cuáles aspectos o factores no

- dependen de la estructura institucional de IMSS-Oportunidades? En ese sentido ¿Cuáles han sido las acciones emprendidas?
8. Se han hecho evaluaciones externas básicamente de resultados, ¿De qué manera han servido estas para la mejora del programa?
 9. En la operación de los servicios de salud, dónde identifica las principales fortalezas y áreas de oportunidad del programa.
 10. En relación con la acción comunitaria, donde identifica las principales fortalezas y áreas de oportunidad del programa.
 11. ¿Qué cambios administrativos, operativos e incluso tecnológicos reforzarían el modelo de atención integral?
 12. ¿Cuál ha sido su experiencia en la vinculación con otras dependencias (SSA, SPS, SAGARPA, SEDESOL)?
 13. ¿Cuáles son los principales retos del programa?
 14. ¿Cómo enfrentar estos retos?
 15. Con relación al SPS tenemos entendido que se han firmado convenios marco. ¿En qué consisten estos convenios? ¿Ayudarán a la población beneficiaria? ¿Identifica obstáculos?
 16. ¿Existen convenios con otras dependencias?
 17. Considera que la población está plenamente consciente de sus derechos y obligaciones para con el programa.
 18. ¿Qué buenas prácticas se han detectado en otros niveles o unidades y que favorezcan la operación del programa?
 19. Desde su área de importancia, como tomadora de decisiones, ¿Qué importancia tiene el tablero de control para estos fines?

PROCESO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

1. Describa en términos generales el proceso de planeación del programa IMSS-Oportunidades, y ¿cómo interviene su área?
 - a. Fechas de inicio y terminación del proceso
 - b. ¿Qué actores participan?
 - c. ¿Cuál es la labor de cada actor y cómo se vinculan en el proceso?
 - d. ¿Cuál es la dinámica del proceso?
 - e. ¿Qué productos se obtienen del proceso?

- I. Existencia del Diagnóstico situacional (ver y solicitar una copia)
- II. Existencia del Plan Anual de Trabajo (ver y solicitar una copia)
2. ¿Cuándo terminan de elaborar el diagnóstico situacional?
3. ¿Cuándo terminan de elaborar el plan anual de trabajo?
4. Existen documentos normativos para guiar los procesos de presupuestación y adquisición de bienes materiales, biológicos, medicamentos, etc. ¿Cuáles son?
5. En las ROP se dice que tienen que proteger contra gastos catastróficos y empobrecedores, ¿Qué entienden por estos conceptos? y ¿Qué hace el programa para evitar estos gastos catastróficos y empobrecedores?
6. ¿Cómo se realiza la priorización de necesidades de salud?
7. ¿Cómo se determinan las necesidades de insumos, medicamentos, equipamiento e infraestructura que requiere el programa para su operación?
8. ¿Cómo y cuando se dan a conocer el diagnóstico situacional y el plan anual de trabajo a los operadores del programa (médicos, enfermeras, promotores de salud, auxiliares de acción comunitaria, parteras, etc.)?
9. Para la operación y alcances del programa es necesario contar con los recursos humanos, físicos y presupuestales adecuados y suficientes. En su opinión ¿los recursos humanos, físicos y presupuestales son suficientes? ¿En qué proporción deberían aumentar estos recursos para el programa alcance mayores logros?
10. ¿Cómo se solicitan los recursos financieros y materiales que requieren las acciones de salud reproductiva para operar en las unidades de salud?
11. Sobre la rendición de cuentas, me puede explicar ¿qué mecanismos emplean para este fin'.
 - a. Existen informes del programa (ver y solicitar una copia)
 - b. Existen metas del programa
 - c. Existe documentos físicos (ver y solicitar una copia de ellos)
 - d. A quien le reportan las metas del programa
 - e. Con qué periodicidad reportan las metas del programa
 - f. Como dan a conocer a los beneficiarios los avances del programa
 - g. Como dan a conocer a las enfermeras, médicos, parteras, promotores los avances del programa
12. En las ROP se menciona que el IMSS-Oportunidades tiene que vincularse con otras dependencias de la administración pública para realizar acciones. ¿Cuáles de las siguientes dependencias que le voy a mencionar se vincula al programa?

- a. Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 - b. Secretaría de Salud Federal
 - c. Secretarías de Salud Estatales
 - d. Secretaría de Desarrollo Social
 - e. Sistema de Protección Social en Salud
 - f. Programa Desarrollo Humano Oportunidades
 - g. SAGARPA
 - h. Instituto de Servicio Social y Seguridad de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
 - i. *Otro_____
13. ¿Estas dependencias participan directa e indirectamente en el proceso de planeación? ¿Cómo?

PROCESO: ADSCRIPCIÓN

Ahora le voy a hacer preguntas con respecto a la incorporación de la población al programa IMSS-Oportunidades:

1. ¿Cómo es el proceso de incorporación de las familias al programa?
 - a. ¿Quién otorga las Tarjetas de Adscripción a las Unidades de Salud?
 - b. ¿Quién entrega las cartillas nacionales de salud?
 - c. ¿Quién elabora el expediente clínico?
 - d. ¿Quién captura la información en el SISPA?
 - e. ¿Cada cuándo se actualiza el SISPA?
2. ¿Cómo se hace la integración de la comunidad al programa?

PROCESO: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Con respecto a la Promoción, prevención y protección ¿Cuáles son los mecanismos y/o acciones utilizados para la detección de enfermedades?

1. ¿Cuáles son las principales causas de detección de enfermedades?
2. ¿Existen documentos normativos para la promoción, prevención y protección a los cuales tienen que sujetarse el personal de salud?
3. ¿Qué mecanismos emplean para monitorear que el personal de salud se apege a esta normatividad?
1. ¿Qué funciones asigna al personal de salud, digamos promotores, parteras, etc.?

2. ¿Cuáles son las principales actividades que realiza su área en materia de atención médica?
3. ¿Existen documentos normativos para el tratamiento en primero y segundo nivel a los cuales tienen que sujetarse el personal de salud?
4. ¿Qué mecanismos emplean para monitorear que el personal de salud se apegue a esta normatividad?
5. Existe algún sistema de indicadores para su seguimiento, ¿Cuáles son las fuentes de información?
6. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrentan los médicos y enfermeras de primer nivel para realizar sus funciones?
7. ¿Cuáles son las principales ventajas que enfrentan los médicos y enfermeras para realizar sus funciones?
8. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta el personal de salud en el segundo nivel para realizar sus funciones?
9. ¿Cuáles son las principales ventajas que enfrenta el personal de salud en el segundo nivel de atención para realizar sus funciones?
10. ¿Cuáles es la importancia de las parteras en la comunidad?
11. ¿Cuáles son las principales actividades que realiza de promoción prevención y protección en la comunidad?
 - a. Para grupos de 10 a 19 años
 - b. Para mujeres de 20 a 59 años
 - c. Para hombre de 20 a 59 años
 - d. Para adultos de 60 a y más
12. ¿Cuáles son las principales actividades que realiza para la atención de prioridades en salud sexual y reproductiva
13. ¿Cuáles son los principales padecimientos detectados en salud sexual y reproductiva?
14. ¿Se otorgan cursos de capacitación sobre salud reproductiva a personal de 1er y 2do nivel de atención?
15. ¿En qué consisten estas capacitaciones?
16. ¿Con qué periodicidad se llevan a cabo?
17. Existe una normatividad para llevar a cabo las acciones en salud reproductiva (NOM para atención del embarazo por ejemplo)

18. ¿Cuáles son las fortalezas que enfrentan las UMR en materia de salud reproductiva?
19. ¿Cuáles son las limitaciones que enfrentan las UMR en materia de salud reproductiva?
20. ¿Cuáles son los retos que enfrentan las UMR en materia de salud reproductiva?

Planificación familiar

1. ¿Qué actividades realizan para otorgar consejería en salud reproductiva y planificación general?
2. ¿Cuál es el proceso para la entrega de métodos de planificación familiar?
3. ¿Por qué tipo de método de planificación han sido referidos los pacientes y por quien son referidos?
4. ¿Qué tipo de método de planificación familiar han requerido referencia a según nivel?
5. ¿Qué tipo de métodos de planificación se otorgan en su unidad medica?

Atención prenatal, del puerperio y del recién nacido

1. ¿Cuál es el proceso para la identificación de las mujeres embarazadas?
2. ¿Por quién se realiza este?
3. ¿Cuál es el proceso cuando llega una mujer embarazada por primera vez a la consulta?
4. ¿Qué medidas de seguimiento y/o tratamiento realiza cuando la paciente cursa con embarazo de alto riesgo?
5. ¿Qué medidas de seguimiento y/o tratamiento realiza cuando el recién nacido presenta complicaciones?
6. ¿Cuál es el seguimiento que se realiza a las mujeres después del embarazo?

Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil

1. ¿Cuál es el procedimiento para el diagnóstico del estado de nutrición de los niños?
2. ¿Quién o quienes realizan la detección del estado de nutrición de los niños?
3. ¿Qué medidas de seguimiento y/o tratamiento se realiza con estos pacientes?
4. ¿Cuál es la orientación que se le otorga a la madre o al cuidador del niño sobre el manejo del niño desnutrido?

5. ¿Cuál es la principal causa por lo que se requiera referencia a otro nivel?
6. ¿Cómo se maneja el proceso de contrarreferencia en este tipo de pacientes?

Preguntar sobre la vinculación con la partera rural.

PROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. ¿Cuál es su opinión sobre el sistema de referencia y contra referencia?
2. ¿Existe un adecuado apego a este sistema por parte de ARS y PVR?
3. ¿Se realizan capacitaciones para el mejor manejo de referencia de pacientes por parte de los grupos voluntarios?
4. ¿Se realizan estas actividades de acuerdo a lo estipulado?
5. ¿Se realiza contrarreferencia de estos pacientes a estos grupos voluntarios?

PROCESO: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. ¿Cuál es el objetivo de la Vigilancia Epidemiológica?
2. ¿Cuáles son los procedimientos del sistema de vigilancia que se llevan a cabo en el Hospital Rural, y quién es el responsable?
3. ¿Cuáles son los procedimientos del sistema de vigilancia que se llevan a cabo en la Unidad Médica Rural?
4. ¿Cuáles son las actividades de vigilancia que se coordinan con voluntarios?
5. ¿Cuáles son los productos específicos generados?
6. ¿Qué áreas del programa requieren la información generada, y cuál sería el uso de ésta?
7. ¿Cómo funciona el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en su ámbito de competencia (actividades y tiempo)?
8. ¿A través de que sistemas y/o documentos lleva a cabo el sistema de vigilancia epidemiológica?
9. ¿Quién y cómo le proporciona la información, y en qué tiempo?
10. ¿Cuáles son las características del sistema de información?
11. ¿Cuáles son las características de la Plataforma única de información, y qué área la administra?

12. ¿Qué cambios normativos y/u operativos podrían impulsarse para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica?
13. ¿Cuál es el proceso a seguir cuando se detecta un caso de notificación inmediata o brote?
14. ¿Cuáles son las acciones que se realizan en la población en situación de desastres?

PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN

1. ¿Qué sistemas de información se administran en su área y/o interviene y/o monitorea? Me puede describir brevemente como funcionan cada uno de ellos
2. ¿Cómo se coordina con las áreas y/o los niveles para la operación de estos sistemas?
3. ¿Cuántos sistemas de salud de información tiene el programa?
 - a. Para adscripción
 - b. Para expediente clínico
 - c. Para atención médica primer nivel
 - d. Para atención médica segundo nivel
 - e. Para quejas de usuarios
4. Me puede describir brevemente cómo funcionan cada uno de ellos
5. ¿Quiénes son los responsables de la recopilación de la información?
6. ¿Qué tipo de análisis estadístico se realizan a partir de los sistemas de información
7. ¿Cuáles son las fortalezas de los sistemas de información que maneja el programa?
8. ¿Cuáles son las debilidades o áreas de oportunidad de los sistemas de salud?

PROCESO: CONTRALORÍA SOCIAL

1. ¿Cómo opera el registro y/o documentación de las observaciones emitidas por los oportuno-habiente?
2. ¿Cómo funciona el mecanismo de respuesta a esas observaciones?
3. ¿Qué mecanismo permite a los diversos niveles y áreas dar seguimiento a la contraloría social?

4. ¿A qué adjudicaría la solución o falta de solución de las diversas problemáticas expresadas?
5. ¿Qué papel desempeñan a nivel central para el funcionamiento de la contraloría social?
6. ¿Qué cambios normativos y/u operativos considera que mejorarían el sistema de contraloría social?

PROCESO: SUPERVISIÓN

1. ¿Cuál es el objetivo de la supervisión?
2. ¿Cuáles son las áreas de interés de supervisión?
3. ¿Cómo funciona el sistema de supervisión en general? y ¿Cuál es la temporalidad de ésta?
4. ¿Cómo es la coordinación entre los diferentes niveles para realizar el diagnóstico situacional de ámbitos geográficos a supervisar?
5. ¿Qué indicadores, metas de estructura, procesos y resultados se utilizan comúnmente para determinar el diagnóstico?
6. ¿Cómo y quiénes definen los niveles y puntos de supervisión?
7. ¿Cuáles son los instrumentos principales de supervisión?
8. ¿Qué área y/o actores elaboran los instrumentos de la evaluación de la calidad de la atención?
9. ¿Quiénes y cómo aplican los instrumentos de la evaluación de la calidad de la atención?
10. ¿Qué área y/o actores analizan los instrumentos de evaluación de la calidad de la atención?
11. ¿Qué actividades de supervisión de operación del programa se lleva a cabo en su nivel de competencia? ¿En qué tiempo se realiza cada una de las actividades?
12. ¿Qué actores están involucrados en la supervisión?, y ¿cómo es la coordinación entre estos?
13. ¿Cuáles serían los productos específicos que se derivan de la supervisión?
14. ¿Quién son los clientes internos de los productos de supervisión, y ¿cuál sería su utilización?
15. ¿Cuáles son los pasos que se siguen cuando se detecta alguna problemática?

16. ¿Qué cambios normativos considera que podrían hacerse para mejorar la supervisión del programa y/o sus actividades de supervisión?

SUPERVISIÓN OPERATIVA

1. ¿Cuál es el objetivo de la supervisión operativa?
2. ¿Qué productos específicos se derivan?
3. ¿Cuál es la estrategia que se implementa para el análisis de los resultados?
4. ¿Quiénes son los clientes internos para esta información y cuál es su uso?

PROCESO: CONTROL Y SEGUIMIENTO

1. ¿Cómo es el sistema de control y seguimiento del programa?
2. ¿Cómo es la coordinación y responsabilidad de los diferentes niveles?
3. ¿Quiénes diseñan las metas e indicadores del programa, y con base en qué?
4. ¿Cuál es el proceso que se sigue para el evaluar el cumplimiento de las metas?
5. ¿Cómo funciona el tablero de control?
6. ¿Qué área es la responsable de monitorear el tablero de control?
7. ¿Quiénes son los responsables de validar la información?
8. ¿Qué actividades realizan para monitorear el tablero, y cuál es la temporalidad?
9. ¿Qué indicadores o aspectos del monitoreo permiten identificar puntos centrales de atención y/o problemáticas?
10. ¿Cuáles son las actividades que se siguen para abordar los puntos centrales de atención identificados?
11. ¿En qué tiempo se realizan las actividades para abordar los puntos centrales de atención identificados?
12. ¿Quiénes son los actores clave que dan seguimiento a la atención de los acuerdos de mejora?
13. ¿Cuáles son las actividades de seguimiento a las áreas de atención de los acuerdos de mejora y en qué tiempo?
14. ¿Cuáles serían los productos específicos del sistema de control y seguimiento?
15. ¿Quiénes son los clientes internos y externos de los productos específicos del sistema de control y seguimiento?

16. ¿Qué aspectos normativos considera que dificultan el control y el seguimiento del programa y/o sus actividades de supervisión?

PROCESO: ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

1. ¿Cuáles son los procedimientos institucionales y comunitarios para integrar comités de salud y/o voluntarios?
2. ¿Cómo está organizada la comunidad para desarrollar las acciones de salud y prevención del programa? (comunicación, funciones y/o actividades de los integrantes y tiempos)
3. ¿En qué se diferencia el trabajo de los Voluntarios Rurales de Salud, Voluntarios Promoción de Salud y el Comité de Salud?
4. ¿Cuáles son los mecanismos para detectar la función efectiva de los voluntarios, Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales?
5. ¿Cuáles serían los procedimientos para cubrir a los voluntarios, Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios de Salud inactivos?
6. ¿Qué cambios normativos y/u operativos considera que mejorarían el sistema de integración comunitaria?

PROCESO: CAPACITACIÓN

1. ¿Quiénes y cómo diseñan la estrategia y programas de capacitación?
2. ¿En qué consiste la capacitación impartida a través de talleres delegacionales y zonales?
3. ¿Cuál es el sistema de monitoreo y evaluación de la capacitación en cascada en las comunidades?

Formación, Capacitación y Actualización de Voluntario en Asistencia Rural (ARS)

1. ¿Cuál es el objetivo de que existan Asistentes Rurales de Salud en las comunidades?
2. ¿Cuáles son las actividades que realizan los ARS, y en qué tiempo?

3. ¿Cuáles son las modalidades de capacitación y contenidos para asistentes rurales?
4. ¿Cuánto tiempo se capacita a los Asistentes Rurales de Salud?
5. ¿Cuál es porcentaje de rotación de los Asistentes Rurales de Salud y en qué periodo)?

Formación, Capacitación y Actualización de Voluntario en Promoción Rural (PVR)

1. ¿Cuál es el objetivo de que existan promotores voluntarios rurales en las comunidades?
2. ¿Cuáles son las actividades que realizan los PVR?
3. ¿Cómo y quiénes capacitan al Promotor Voluntario Rural?
4. ¿En qué aspectos se diferencia la capacitación del PVR a la impartida al ARS?
5. ¿Cómo y con qué frecuencia se llevan a cabo las sesiones de actualización para los PVR?

Vinculación con parteras rurales

1. ¿Cómo es el proceso de capacitación dirigido a las parteras rurales, considerando diseño, ejecución y evaluación?
2. ¿Cuáles son los tiempos y periodicidad de las capacitaciones?

PROCESO: COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

1. ¿Cuál es el objetivo de realizar actividades de promoción y educación a la salud?
2. ¿A través de qué estrategias y/o acciones se realiza educación para la salud?
3. ¿Qué actores están involucrados, y cuáles son sus actividades?
4. ¿A quiénes se orienta la educación para la salud?

Talleres comunitarios

1. Describa la estrategia de talleres comunitarios considerando responsables, actividades y beneficiarios.

2. ¿Cómo monitorean que toda la población de influencia haya recibido por lo menos un taller?
3. ¿Quiénes llevan a cabo los círculos de lectura de la guía de PREVENIMSS?

Complementación para la Salud con la Medicina Tradicional

1. ¿Cómo se complementa la atención médica institucional con la tradicional?
2. ¿Qué tipo de capacitación se imparte a los médicos tradicionales?
3. ¿Cómo es la comunicación de los médicos tradicionales con el equipo médico para la referencia y contrarreferencia de pacientes?

Vinculación con parteras rurales

1. ¿Cuál es la estrategia de comunicación y educación con las parteras rurales?
2. ¿Cómo es el proceso de incorporación, coordinación y seguimiento a las parteras rurales, en caso de existir?
3. ¿Cómo es la comunicación de las parteras rurales con el equipo médico para la referencia y contrarreferencia de pacientes?

PROCESO: PROMOCIÓN SALUD Y SANEAMIENTO

Atención a las Prioridades en Salud

1. ¿Cuál es la diferencia en las funciones del ARS y PVR en el sentido de atención a prioridades de salud?
2. ¿Hay un sistema que permita contrastar entre los casos que realmente requerían derivación y no, por parte de los ARS? En caso afirmativo, ¿Cuál?

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan en el modelo de atención integral al adolescente?

Prevención del cáncer cérvico uterino y mamario

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan para la detección oportuna y prevención de CaCu y CaMa?

Prevención de la Desnutrición Infantil

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan para la detección oportuna y prevención de desnutrición infantil?
2. ¿En qué consiste la promoción para el desarrollo de huertos o granjas?

Prevención de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan para la prevención y control de la diabetes e hipertensión?

Vacunación Universal

1. ¿Cómo es la participación de la comunidad para la realización de estas actividades?

Prevención y Control de la Tuberculosis

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan para la prevención y detección de la tuberculosis?

Saneamiento ambiental

1. ¿Cuáles son las acciones que se realizan para el saneamiento ambiental?
2. ¿Cómo es la estrategia de mejoramiento sanitario de la vivienda?
3. ¿Cómo es la mecánica de asignación de recursos por familia para el mejoramiento sanitario de la vivienda?
4. ¿Qué tipo de compromisos asume la familia beneficiaria de mejoramiento sanitario de la vivienda?

PROCESO: COMPRA Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS E INFRAESTRUCTURA

1. Describa los procedimientos que se sigue para la adquisición de insumos, biológicos y medicamentos
 - a. Si Utilizan informes, documentos o reportes internos para determinar la cantidad y tipo (ver y pedir una copia)
 - b. ¿Cuál es el porcentaje de licitaciones?
 - c. ¿Cuál es el porcentaje de adquisiciones?
2. Describa el procedimiento que se sigue para la ampliación, mantenimiento y construcción de nuevas unidades de salud
 - a. Utilizan informes, documentos o reportes internos (ver y pedir una copia)
3. ¿Qué opinión tiene sobre la Ley de Adquisiciones?
 - a. ¿Contribuye a la eficiencia o ineficiencia del procedimiento de adquisición de bienes?
4. ¿Existen documentos que permitan conocer el tipo de especificaciones sobre las condiciones de entrega y transportación de los insumos, biológicos y medicamentos?
5. ¿Cómo determinan la cantidad de insumos, biológicos, medicamentos que deben entregar a los almacenes delegacionales en un periodo de tiempo?
 - a. Existen documentos
 - b. Calendario de entrega
6. Cómo determinan la cantidad de insumos, biológicos, medicamentos que deben entregar a las unidades de salud en un periodo de tiempo
 - a. Existen documentos
 - b. Calendario de entrega
7. ¿Cada cuándo abastecen a las unidades de salud de insumos y qué procedimientos se utilizan para solicitar los insumos
8. ¿Cómo abastecen de insumos a las unidades médicas rurales de difícil acceso?
9. En sus indicadores de gestión manejan porcentajes de suministro de insumos, medicamentos, biológicos. ¿Cómo miden estos indicadores? ¿Cuáles son sus fuentes de información?
10. En su opinión ¿cuáles son las fortalezas o beneficios del procedimiento de adquisición de insumos?

11. En su opinión ¿cuáles son las áreas de oportunidad (debilidades) del procedimiento de adquisición de insumos?
 - a. ¿Qué propondría para mejorar?
12. En su opinión ¿cuáles son las fortalezas o beneficios del procedimiento de abasto de insumos?
13. En su opinión ¿cuáles son las áreas de oportunidad (debilidades) del procedimiento de abasto de insumos?
 - a. ¿Qué propondría para mejorar?
14. ¿Existen retrasos en la entrega de insumos? ¿A qué pueden atribuirse?
15. Describa el estado que guardan las vehículos encargados del transporte de insumos a los almacenes y a las unidades de salud
 - a. ¿Son suficientes?
 - b. ¿Son adecuados (modelos)?
 - c. ¿Con qué frecuencia renuevan la flotilla?
 - d. ¿Cuántos vehículos nuevos adquieren por año?
16. Describa el estado que guardan los almacenes
 - a. ¿Son suficientes?
 - b. ¿Son funcionales?
17. ¿Con qué frecuencia se da mantenimiento a las unidades de salud y quien hace esta actividad?
18. ¿Con qué frecuencia se da mantenimiento al equipo médico y quien hace esta actividad?
19. Describa el procedimiento para que la gente pueda acceder a los servicios de salud
 - a. ¿Cómo identifican a la población que además de pertenecer al programa IMSS-Oportunidades está incorporada a otros programas sociales o instituciones de seguridad social?

PROCESO: DIFUSIÓN

1. ¿Cuál es el sistema de difusión del programa?
2. ¿Cuál es el objetivo de la difusión?
3. ¿Cuáles son los mecanismos de difusión?
4. ¿A qué nivel se da la difusión del programa?
5. ¿Mediante qué indicadores se puede monitorear la difusión del programa?

6. ¿Cuál es el contenido principal de la difusión y cuál es su temporalidad?

OPERACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Actividades y/o trámites que obstaculizan procesos o actividades

1. ¿Ha habido algún problema con la operación del programa relacionado con actividades y/o procesos? (Continuar sobre este tema si es positivo, en caso contrario pasar a buenas prácticas)
2. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió el problema?
3. ¿Quiénes participaron o intervinieron directamente en el problema (organismos y/o dependencias internas y/o externas)?
4. ¿Qué actores estuvieron específicamente involucrados en el problema (cargo (opcional), unidad administrativa, orden de gobierno)?
5. ¿Cuáles son las principales consecuencias de este problema?
6. ¿Cómo se puede medir la incidencia del problema en los resultados de las actividades (especifique 3 impactos concretos)
7. ¿Cómo se podría solucionar el problema (especifique 3 posibles soluciones)
8. ¿Qué tipo de apoyo se necesitaría para resolver el problema?

Desarrollo de iniciativas fortalecedoras (replicables y sostenibles en el tiempo)

1. ¿Se han desarrollado iniciativas innovadoras que contribuyan a facilitar y/o mejorar la operación del programa?
2. ¿Cómo y cuándo surgió la "buena práctica"?
3. ¿Quién promovió la buena práctica? (pregunte por nombre de organismos y/o dependencias internas y/o externas)
4. ¿Qué situación en concreto llevó a desarrollar la "buena práctica"? (origen, circunstancia y momento)
5. ¿Esta experiencia de "buena práctica" continúa realizándose? Si ya terminó, ¿cuándo?
6. ¿Quiénes participan o intervienen directamente en la "buena práctica"? (Nombre o denominación Organizaciones, comunidades, dependencias de gobierno)

7. ¿En qué consiste esta experiencia identificada como "buena práctica"?
8. ¿Por qué se considera que es una "buena práctica"? (Especifique 5 razones)
9. ¿Cuáles son los objetivos que persigue la "buena práctica"?
10. ¿Cómo se puede medir la incidencia de la "buena práctica"? (Especifique 3 impactos concretos)
11. ¿Cómo se puede monitorear el desarrollo de la "buena práctica"? (Especifique 3 medidas concretas de seguimiento)
12. ¿Qué actividades componen la "buena práctica"? (Especifique 5 actividades)
13. ¿Quiénes son los principales beneficiados de la "buena práctica"?
14. ¿Qué tipo de beneficios reciben? (Mencione al menos 3 beneficios concretos)
15. ¿Cuáles son las principales fortalezas de la "buena práctica"? (Mencione al menos 3 aspectos relevantes)
16. ¿Qué acuerdos, si los ha hecho, tiene con otros actores para el éxito de la "buena prácticas"? (Mencione al menos 3 actores involucrados)
17. ¿Qué actores están específicamente involucradas en la "buena práctica"? (Mencione al menos 3 nombres, institucionales u organizaciones)
18. ¿Cuáles son los principales problemas que ha enfrentado la "buena práctica"? (Mencione al menos 3 obstáculos)
19. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido para el desarrollo de la "buena práctica"? (Técnico, capacitación, económico, informativo, etc.)
20. ¿De parte de qué instituciones o actores ha recibido este apoyo? (Mencione al menos 3 actores o instituciones)

Anexo 2. Guía de entrevista semi-estructurada para nivel delegacional

GUÍA PARA ENTREVISTA PARA NIVEL DELEGACIONAL

INFORMANTES CLAVE

Supervisor Administrativo del EGAS
 Supervisor Médico del Equipo de Gestión Asesoría y Seguimiento.
 Supervisor Administrativo del Equipo Multidisciplinario.
 Supervisor Médico Delegacional del Equipo Multidisciplinario
 Supervisor de Acción Comunitaria del Equipo Multidisciplinario

Director del Hospital Rural
Jefa de Enfermeras del Hospital Rural
Administrador del Hospital Rural.
Jefe de Conservación de la Unidad

OBJETIVO

Definir la operación del programa a nivel delegacional mediante la identificación de los principales procesos, procedimientos, insumos, productos, áreas, niveles y/o actores que conllevan al cumplimiento de los objetivos estratégicos. La finalidad de la entrevista es: 1) identificar las actividades sustantivas y relaciones con otras áreas y/o niveles, responsabilidad de procesos o posición que guarda; 2) Explorar procesos y/o actividades "normativas" previamente identificadas; e 3) Identificar cambios que se requieren en el aspecto normativo, cuestionando si lo estipulado se adapta al contexto en forma y tiempo.

PREGUNTAS

ACTIVIDADES PRINCIPALES

1. En términos generales, me puede describir ¿cuáles con las principales actividades que realiza en su área? (objetivo, descripción, actores, manuales de operación, insumos, productos)
2. ¿Cuál es la vinculación o coordinación que tiene con los otros niveles (central, Delegacional y zonal) y áreas del programa (Planeación, gestión, atención medica, acción comunitaria)

PROCESO: PLANEACIÓN

- **Diagnóstico Situacional.**

1. ¿En su área de competencia cuentan con diagnostico situacional de salud?
2. ¿Cómo y quiénes participan en la elaboración del diagnostico de salud?
3. ¿En qué consiste el Diagnóstico Situacional de Salud? (características; priorización de necesidades de salud y materiales; y tiempos de inicio y fin)
4. ¿Qué insumos utilizan para la realización e integración del diagnostico de salud? (sistemas de información; productos de otras áreas, etc.)
5. ¿Cuál es el uso que se le da y que productos se obtienes a partir del diagnostico de salud?
6. ¿Quiénes y cómo participan en su elaboración?
7. ¿Qué productos se obtienen, y qué uso se le da?

- **Plan Anual de Trabajo.**

1. ¿En su área de competencia cuentan con un plan de trabajo anual?
2. ¿Cuáles son los planes de trabajo en caso de existir varios? (indagar si existe uno sólo y si existen varios dependiendo del área)
3. ¿Qué insumos/información/documentos utilizan para la integración del plan de trabajo? (sistemas de información; productos de otras áreas, etc.)
4. ¿Quiénes y cómo participan en su elaboración?

5. ¿Cuáles son los mecanismos para evaluar el avance y/o cumplimiento del plan/planes de trabajo?
6. ¿Cuál es la vinculación que existe con otras áreas y niveles para la elaboración del diagnóstico de salud y el plan de trabajo?
7. ¿Cuál es el proceso mediante el cual se da a conocer el plan de trabajo a las enfermeras de los HR y UMR?
8. ¿Cuáles son los mecanismos para evaluar el avance y/o cumplimiento del plan de trabajo?

- **Medición del desempeño del programa.**

1. ¿Cuáles son los indicadores de desempeño? (características)
2. ¿Cómo participa en el diseño, cumplimiento y control de metas presupuestales? (grado de vinculación con otras áreas; es generadora, controladora y/o receptora de los reportes)
3. ¿Cómo es su participación en la presupuestación de metas programáticas de productos biológicos e insumos para los HR y UMR?
4. ¿Cómo se involucra al personal institucional/voluntarios para lograr el cumplimiento de las metas?
5. ¿Cómo es la vinculación con otras áreas y niveles para el cumplimiento de las metas? (es generadora, controladora y/o receptora de los reportes)
6. ¿Cuál es la periodicidad con la que se realiza el reporte de metas y a quién se le realiza?

- **Detección de necesidades materiales.**

1. ¿Cómo se determinan las necesidades de insumos, medicamentos, material de curación y consumo, ropa hospitalaria, instrumental e infraestructura?
2. ¿Cómo se integra, valida y gestiona los requerimientos? (mecanismos, responsables, vinculaciones con otros niveles para su aprobación)
3. ¿Cómo se determina, valida y redistribuye el presupuesto?

PROCESO: PRESUPUESTO

- **Identificación de necesidades y gestión**

1. ¿Cómo se elabora del presupuesto del programa a nivel central?
2. ¿Cómo se elabora del presupuesto del programa a nivel delegacional?
3. ¿Existen manuales de operación para las áreas administrativas?
4. ¿Cómo se elabora el diagnóstico de necesidades de insumos, biológicos y medicamentos que requieren las unidades de salud de su zona de supervisión?
5. ¿Cuál el procedimiento para que lleguen los recursos financieros a las unidades de salud?
6. ¿Cuál el procedimiento para que lleguen los insumos, biológicos y medicamentos a las unidades de salud?
7. ¿Cuáles son los sistemas de información presupuestales que se manejan?
8. ¿Qué flexibilidad tiene en el ejercicio de los recursos con respecto a los lineamientos del nivel central?
9. ¿Cómo se calculan los indicadores financieros y de recursos para el tablero de control?

PROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. ¿Cómo funciona el sistema de vigilancia en su área de competencia? (objetivo, procedimiento, vinculación con UMR, HR y otros niveles)
2. ¿A través de que sistemas y/o documentos lleva a cabo la vigilancia epidemiológica?
3. ¿Cuáles son las características del sistema de información? (identificación del sistema de información)
4. ¿Qué cambios normativos mejorarían la vigilancia epidemiológica?
5. ¿Cuál es el proceso a seguir cuando se detecta un caso de notificación inmediata o brote?

PROCESO: SUPERVISIÓN

1. ¿Cuáles son los tipos de supervisión que se llevan a cabo en su nivel de competencia? (identificar niveles, objetivo, participación, coordinación, temporalidad y características de cada uno)
2. ¿En qué consiste la metodología de supervisión, y quién la define? (instrumentos, definición de áreas, responsables, tiempos y productos específicos).
3. ¿Cómo y quiénes definen los niveles y puntos de supervisión?
4. ¿Qué actores están involucrados en la supervisión, y cómo es la coordinación entre estos?
5. ¿Cuáles son los pasos que se siguen cuando se detecta alguna problemática?
6. ¿Con qué periodicidad se realizan supervisiones en las UMR y HR?
7. ¿Qué cambios normativos considera que mejorarían la supervisión?

PROCESO: ADSCRIPCION

- **Proceso de incorporación de las familias al programa.**
- **Proceso de incorporación de la comunidad al programa.**

1. ¿Cómo es la incorporación de la comunidad al programa, y qué sistema de información se maneja?
2. ¿Cómo y quiénes operan las Tarjetas de Adscripción?
3. ¿Cómo opera el SISPA (considerando actualización)?
4. ¿Cómo y quién captura la información en el SISPA?

PROCESO: CAPACITACION

1. ¿Quiénes y cómo diseñan la estrategia y programas de capacitación?
2. ¿Qué elementos consideran para definir los programas/cursos de capacitación?
3. ¿Cómo se vinculan con otros niveles de conducción para la formulación y/o ejecución de programas de capacitación?
4. ¿Cómo y con qué frecuencia se llevan a cabo las sesiones de actualización para enfermeras de los HR y UMR?

5. ¿Quiénes son los responsables de otorgar estas capacitaciones al equipo de enfermería de los HR y a las auxiliares del área médica de las UMR?
6. ¿Cuál es la relación que existe con los ARS y los promotores voluntarios que están en cada unidad médica?

PROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia? (características, actores involucrados, documentos, mecanismos en general, y efectividad)

PROCESO: CONTRALORIA SOCIAL

1. ¿Cuáles es la vinculación que existe de su área de competencia con contraloría social?
2. ¿Quiénes son las personas que normalmente son las responsables de darle seguimiento a las observaciones o quejas realizadas por los oportuno-habientes?
3. ¿Cuáles son los mecanismos que se utilizan para la canalización de observaciones o quejas?
4. ¿Cuáles son los mecanismos para dar respuesta a esas observaciones?
5. ¿A qué adjudicaría la solución o falta de solución de las diversas problemáticas expresadas?
6. ¿Qué cambios normativos y/u operativos considera que mejorarían el sistema de contraloría social?
7. ¿Cuales con las áreas de oportunidad que usted considera que existan en este proceso?
8. En este sentido, ¿Qué práctica propia de la comunidad permite el funcionamiento del sistema?

PROCESO: CONTROL Y SEGUIMIENTO

1. ¿Cómo es el sistema de control y seguimiento en su nivel de competencia?
2. ¿Qué sistemas de información y/o registros utiliza, y cuál es el objetivo?
3. ¿Cuáles son los indicadores y/o metas que consideran para aplicar el control y seguimiento? (diseño de indicadores y/o metas)
4. ¿Cuáles son las actividades de seguimiento a los compromisos de mejora y en qué tiempo?
5. ¿Qué cambios normativos considera que mejorarían el control y el seguimiento del programa?

PROCESO: ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

- **Consolidación de la estructura voluntaria.**

1. ¿Qué actividades en general realiza para la incorporación y funcionamiento de los voluntarios y comunidad?
2. ¿Cuáles son los mecanismos para detectar la función efectiva de los voluntarios, Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales?

3. ¿Cuáles serían los procedimientos para evitar la baja y/o cubrir a los voluntarios, Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios de Salud inactivos?
4. ¿Qué cambios normativos y/u operativos considera que mejorarían el sistema de integración comunitaria?

PROCESO: COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

- **Estrategias de comunicación y educación para la integración comunitaria.**

1. ¿Cuáles son las actividades enfocadas a educación para la salud?
2. ¿Qué actores están involucrados, y cuáles son sus actividades?
3. ¿A qué grupos van dirigidas?
4. ¿En qué medida los temas tratados en los talleres comunitarios corresponde con el panorama epidemiológico de la zona?

- **Complementación para la Salud con la Medicina Tradicional**

1. ¿Cuáles son las actividades de complementación con la medicina tradicional? (objetivo, capacitación, referencia, seguimiento, etc).

- **Vinculación con parteras rurales**

2. ¿Cómo es el proceso de incorporación, coordinación y seguimiento a las parteras rurales, en caso de existir?

- **Saneamiento ambiental**

1. ¿Cuáles son las acciones de comunicación y educación que se realizan para el saneamiento ambiental? (vinculación y responsables)

PROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia? (características, actores involucrados, documentos, mecanismos en general, y efectividad)
2. ¿Cuáles son los retos a los que se han enfrentado para la consolidación de este sistema? (indagar prácticas de los médicos, posible inexistencia de este sistema y creación de otro tipo de mecanismos a nivel comunitario y/o equipo médico)

CAMBIOS NORMATIVOS

1. En general, ¿Qué cambios normativos y/u operativos se requieren para la mejor operación del programa? (considerando las necesidades de la población objetivo: servicios de salud curativos y preventivos, y acciones de tipo comunitario)

OPERACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Actividades y/o trámites que obstaculizan procesos o actividades

¿Ha habido algún problema con la operación del programa relacionado con actividades y/o procesos? (Continuar sobre este tema si es positivo, en caso contrario pasar a buenas prácticas)

- ¿Cuándo, cómo y por qué surgió el problema?
- ¿Quiénes y cómo participaron en el problema?
- Consecuencias de este problema, e impactos en los resultados de las actividades.
- Medidas que se tomaron o se deben tomar para solucionar el problema
- Tipo de apoyo para resolver el problema

Desarrollo de iniciativas fortalecedoras (replicables y sostenibles en el tiempo)

¿Se han desarrollado iniciativas innovadoras que contribuyan a facilitar y/o mejorar la operación del programa?

- ¿Cómo y cuándo surgió la "buena práctica"?
- ¿Qué situación originó la buena práctica?
- ¿Quién promovió la buena práctica?
- ¿Quiénes participaron?
- Descripción general de la buena práctica
- Objetivos de la buena práctica y permanencia en el tiempo
- Impactos de la buena práctica y medidas concretas de seguimiento
- Beneficiados de la buena práctica
- Problemas que ha enfrentado la buena práctica

Anexo 3. Guía General para Grupos Focales

OBJETIVO

Obtener información de las actividades y procesos que realiza en su área de competencia, así como en aquellos conducidos por otros niveles del programa.

INFORMANTES CLAVE

Supervisor de Acción Comunitaria del EM
 Supervisor Administrativo del EM
 Supervisor Médico Delegacional del EM
 Director de Hospital Rural, (Cuerpo de Gobierno HR)

Ejes temáticos	Temas de interés	Preguntas
PRINCIPALES ACTIVIDADES	Procesos en general	1. En términos generales, ¿Cuáles son las principales actividades que realiza en su nivel de competencia? (descripción, manuales de operación) 2. ¿Cómo se coordinan con los otros niveles de conducción administrativa del programa, tanto de nivel central como de régimen Obligatorio? 3. ¿Qué pueden licitar nivel delegacional?
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	Organización Comunitaria	1. ¿Cuáles son las actividades que realiza para la integración y consolidación de la participación de los Asistentes Rurales de Salud y Promotor Voluntario Rural?
FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN	Organización Comunitaria	Capacitación institucional (PAC) y formación de ARS y PVR 1. ¿Cuál es la metodología que se utiliza para la capacitación dirigida a Promotores de Acción Comunitaria(PAC)? (diseño, ejecución y evaluación) 2. ¿Cuál es la metodología que se utiliza para la capacitación dirigida a Asistentes Rurales de Salud (ARS)? (diseño, ejecución y evaluación) 3. ¿Cuál es la metodología que se utiliza para la capacitación dirigida a Promotores Voluntarios Rurales (PVR)? (diseño, ejecución y evaluación) 4. ¿Cuál es la metodología que se utiliza para la capacitación dirigida a equipos de salud en temas de acción comunitaria? (diseño, ejecución y evaluación)

Ejes temáticos	Temas de interés	Preguntas
SUPERVISIÓN-ASESORÍA	Supervisión en su nivel (responsables, vinculaciones, insumos y productos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son los tipos de supervisión que se llevan a cabo en su nivel de competencia? (identificar niveles, temporalidad y características de cada uno) 2. ¿En qué consiste la metodología de supervisión, y quién la define? (objetivo, instrumentos, definición de áreas, responsables, tiempos y productos específicos). 3. ¿Cómo se elabora el diagnóstico situacional de ámbitos geográficos a supervisar? (identificar indicadores, metas de estructura, procesos y resultados se utilizan comúnmente para determinar el diagnóstico, coordinación) 4. ¿Cuáles serían los productos específicos que se derivan de la supervisión? 5. ¿Quién son los usuarios de la información de supervisión, y cuál sería su utilización?
	Supervisión vinculada con otro nivel (responsables, vinculaciones, insumos y productos)	<p>Supervisión Área de Acción Comunitaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es su participación en la supervisión que realiza el área de acción comunitaria (nivel central)? (implementación, responsables) 2. ¿Quiénes y cómo integran y analizan la información derivada de la supervisión comunitaria? 3. ¿Qué cambios normativos considera que mejorarían la supervisión del programa?
		<p>Supervisión Operativa</p> <p>En la parte de área médica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo se elabora el diagnóstico situacional de ámbitos geográficos a supervisar? 2. ¿En qué consisten los instrumentos de la evaluación de la calidad de la atención? (diseño, responsables, aplicación, análisis) 3. ¿Quiénes aplican, integran y analizan las cédulas-encuestas a beneficiarios? (productos específicos) 4. ¿Cómo evalúan la calidad de la atención médica? <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo supervisa el nivel central el ejercicio del presupuesto? 2. ¿Cuál es el objetivo de la supervisión? 3. ¿Cuáles son los instrumentos principales de supervisión? 4. ¿Cuáles son las principales fortalezas de las áreas de administración delegacionales? 5. ¿Cuáles son las principales áreas de oportunidad de las áreas de administración delegacionales?

Ejes temáticos	Temas de interés	Preguntas
CONTROL Y SEGUIMIENTO	Control y seguimiento a nivel HR/UMR	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo es el sistema de control y seguimiento en su nivel de competencia? (uso de sistemas de información y/o registros) 2. ¿Cuáles son los indicadores y/o metas que consideran para aplicar el control y seguimiento? (diseño de indicadores y/o metas) 3. ¿Cuál es el proceso que se sigue para el evaluar el cumplimiento de indicadores y/o metas? (características y temporalidad) 4. ¿Cuáles son las actividades de seguimiento a los compromisos de mejora y en qué tiempo? 5. ¿Qué cambios normativos considera que mejorarían el control y el seguimiento del programa y/o sus actividades de supervisión? 6. Considerando los resultados de la vigilancia epidemiológica ¿Cuáles son las acciones que se emprenden en cuestión de control y seguimiento?
	Control y seguimiento a nivel inter-hospitalario	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué consiste el sistema de control y seguimiento intra e inter-hospitalario y/o zonal?
	Control y seguimiento considerando la intervención de otros niveles	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo es el sistema de control y seguimiento en su nivel de competencia? (coordinación y responsabilidad de los diferentes niveles) 2. ¿Cómo y quiénes diseñan las metas e indicadores del programa? (nivel de aplicación) 3. ¿Cuál es el proceso que se sigue para el evaluar el cumplimiento de los indicadores y/o metas? (características y temporalidad) 4. ¿Cómo funciona el tablero de control en su ámbito de competencia? (diseño, monitoreo, responsables, temporalidad) 5. ¿Cuáles son las actividades que se siguen para abordar los puntos centrales de atención identificados? (compromisos, responsables y tiempos) 6. ¿Qué cambios normativos considera que mejorarían el control y el seguimiento del programa?
PRESUPUESTO	Identificación de necesidades y gestión	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo se elabora del presupuesto del programa a nivel central? 2. ¿Cómo se elabora del presupuesto del programa a nivel delegacional? 3. ¿Existen manuales de operación para las áreas administrativas? 4. ¿Cómo se elabora el diagnóstico de necesidades de insumos, biológicos y medicamentos que requieren las unidades de salud de su zona de supervisión? 5. ¿Cuál el procedimiento para que lleguen los recursos financieros a las unidades de

Ejes temáticos	Temas de interés	Preguntas
		<p>salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Cuál el procedimiento para que lleguen los insumos, biológicos y medicamentos a las unidades de salud? 7. ¿Cuáles son los sistemas de información presupuestales que se manejan? 8. ¿Qué flexibilidad tiene en el ejercicio de los recursos con respecto a los lineamientos del nivel central? 9. ¿Cómo se calculan los indicadores financieros y de recursos para el tablero de control?

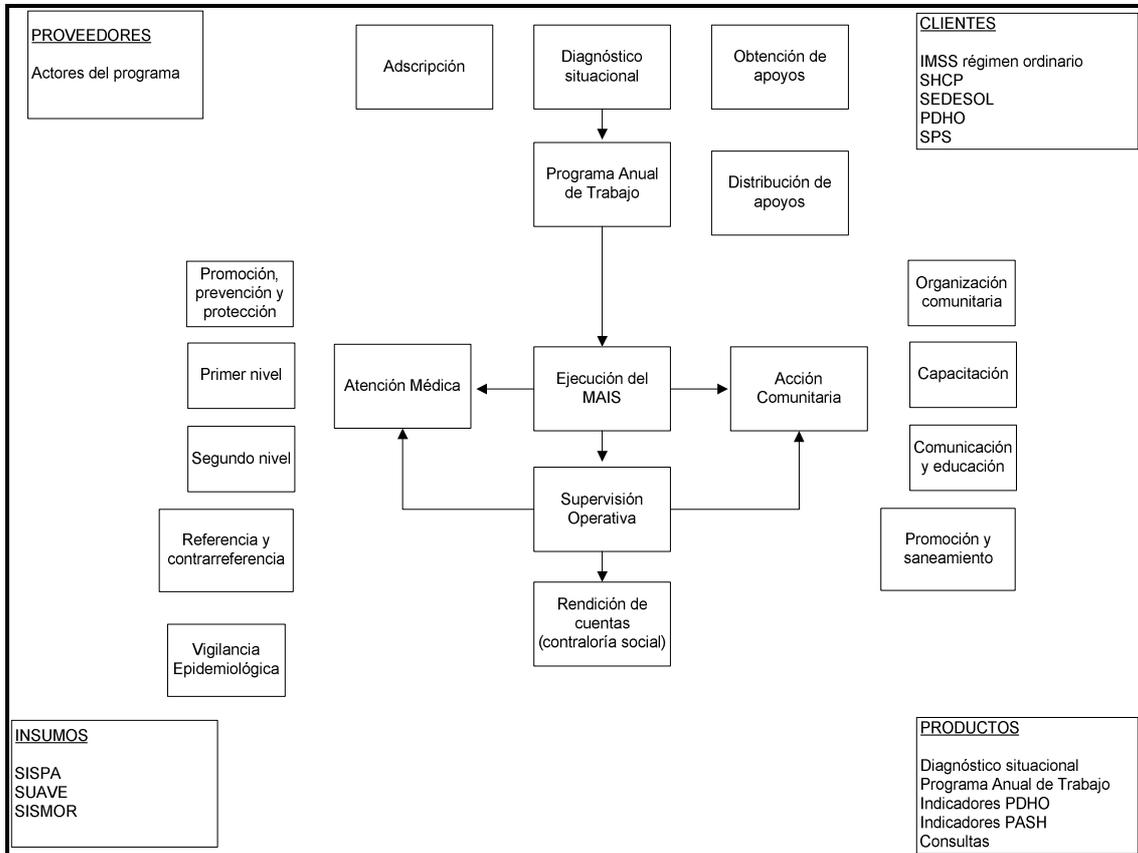
Anexo 4. Muestra de Unidades de Atención

DELEGACIÓN	NIVEL	UNIDAD DE ATENCIÓN
MICHOACAN	UMR	VENUSTIANO CARRANZA
BAJA CALIFORNIA	UMR	EL PORVENIR (GUADALUPE)
CHIAPAS	UMR	LOS LUCEROS 2A. SECCION
MICHOACAN	UMR	COLESIO
DURANGO	UMR	SAN FRANCISCO JAVIER
CHIAPAS	UMR	RODOLFO FIGUEROA
PUEBLA	UMR	SANTIAGO ATZITZIHUACAN
PUEBLA	UMR	CHIGNAUTLA
SAN LUIS POTOSI	UMR	LA TAPONA
VERACRUZ SUR	UMR	XONOTLA
VERACRUZ NORTE	UMR	HUEYTEPEC
CHIHUAHUA	UMR	SAN PEDRO DE CHINATU (RANCHERIA SAN PEDRO)
VERACRUZ NORTE	UMR	SAN MIGUEL
TAMAULIPAS	UMR	EL ESMERIL
CHIAPAS	UMR	NUEVO FRANCISCO LEON
PUEBLA	UMR	SAN JUAN XIUTETELCO
PUEBLA	UMR	FRANCISCO I. MADERO
VERACRUZ NORTE	UMR	EL OJITAL
PUEBLA	UMR	SAN JOSE MIAHUATLAN
DURANGO	UMR	SAN JOSE DE VIBORILLAS
MICHOACAN	UMR	TIPITARO
MICHOACAN	UMR	LOMBARDIA
OAXACA	UMR	CUYAMECALCO VILLA DE ZARAGOZA
VERACRUZ NORTE	UMR	CRUZ VERDE
VERACRUZ NORTE	UMR	MACEDONIO ALONSO
CHIAPAS	UMR	SUCLUMPA
COAHUILA	UMR	PURISIMA
VERACRUZ NORTE	UMR	COYOLILLO
MICHOACAN	UMR	SAN ANDRES CORU
ZACATECAS	UMR	PROGRESO DE ALFONSO MEDINA (COLONIA PROGRESO)
MICHOACAN	UMR	COCUCHO
MICHOACAN	UMR	QUIRINGUICHARO (LA HACIENDA)
DURANGO	UMR	LOS GAVILANES
OAXACA	UMR	SAN ANTONIO NDUAYACO
SAN LUIS POTOSI	UMR	TOCOY
MICHOACAN	UMR	PAREO
CHIAPAS	UMR	CHICOASEN
VERACRUZ SUR	UMR	SAYULA DE ALEMAN
VERACRUZ NORTE	UMR	LA REDONDA
COAHUILA	UMR	GUADALUPE VICTORIA
SAN LUIS POTOSI	UMR	SAN JOSE (SAN JOSE DE LAS FLORES)
COAHUILA	UMR	NUEVA UNION
HIDALGO	UMR	HERMOSILLO MONTE NOBLE
CHIAPAS	UMR	OSUMACINTA

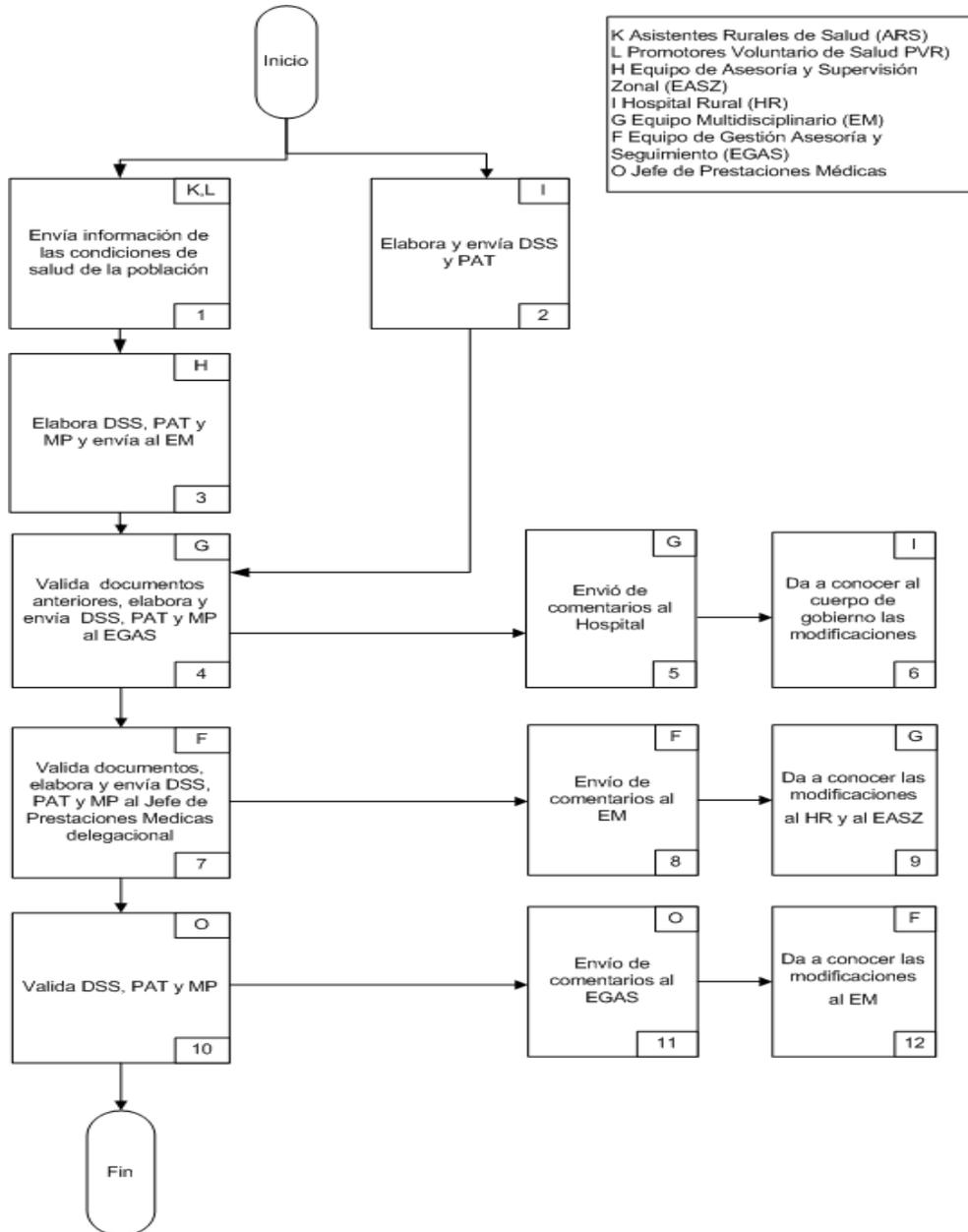
DELEGACIÓN	NIVEL	UNIDAD DE ATENCIÓN
SAN LUIS POTOSI	UMR	TEZONTLA
HIDALGO	UMR	PEYULA
VERACRUZ NORTE	UMR	CUHUIXANATH
CHIAPAS	UMR	TENANGO
OAXACA	UMR	SAN JUAN TONALTEPEC
SINALOA	UMR	CHINOAMPO
MICHOACAN	UMR	COENEO DE LA LIBERTAD
CHIAPAS	UMR	ZARAGOZA LA MONTAÑA
VERACRUZ SUR	UMR	HUAZUNTLAN
BAJA CALIFORNIA	UMR	EJIDO CUCAPAH INDIGENA
PUEBLA	UMR	SAN FELIPE TEPATLAN
VERACRUZ NORTE	UMR	PLAN DE ARROYOS
HIDALGO	UMR	OTLAMALACATLA
MICHOACAN	UMR	LA IBERICA (LA GOTERA)
MICHOACAN	UMR	MOJARRAS (SAN CARLOS)
VERACRUZ NORTE	UMR	RANCHO NUEVO
VERACRUZ NORTE	UMR	LA ESTANZUELA
MICHOACAN	UMR	ATECUCARIO DE LA CONSTITUCION (ATECUARIO)
OAXACA	UMR	MALPICA
MICHOACAN	UMR	EL FRESNO DE LA REFORMA
NAYARIT	UMR	SAN LEONEL
CAMPECHE	UMR	MELCHOR OCAMPO
CHIHUAHUA	UMR	EL TASCATE
CHIAPAS	UMR	AZTLAN (RANCHO NUEVO)
OAXACA	UMR	SAN CRISTOBAL AMATLAN
PUEBLA	UMR	MEXCALCUAUTLA
YUCATAN	UMR	TEKIT
SINALOA	UMR	EL HUAJOTE
OAXACA	UMR	SAN JUAN GUICHICOVI
CHIAPAS	UMR	DR. RODULFO FIGUEROA (TIERRA BLANCA)
CHIAPAS	UMR	LAZARO CARDENAS
SAN LUIS POTOSI	UMR	BLEDOS
HIDALGO	UMR	BONDOJITO
YUCATAN	UMR	LOCHE
PUEBLA	UMR	SAN BERNARDINO CHALCHIHUAPAN
VERACRUZ NORTE	UMR	XOCOCATL
NAYARIT	UMR	EL VENADO
CHIAPAS	UMR	TILA
CHIAPAS	UMR	NICHTEEL
COAHUILA	UMR	SANTA FE
MICHOACAN	UMR	TAIXTAN
BAJA CALIFORNIA	UMR	EJIDO YUCATAN
MICHOACAN	UMR	PASO DEL MUERTO
SAN LUIS POTOSI	UMR	SANTA RITA DEL SOTOL
CHIAPAS	UMR	JIQUIPILAS
PUEBLA	UMR	SAN JUAN EPATLAN
CHIHUAHUA	UMR	LLANO GRANDE

DELEGACIÓN	NIVEL	UNIDAD DE ATENCIÓN
CHIAPAS	UMR	JET-JA
OAXACA	UMR	SANTA CATARINA MECHOACAN
PUEBLA	UMR	AHUACATLAN
CHIAPAS	UMR	YALTEM
OAXACA	UMR	SAN JUAN TEPANZACOALCO
TAMAULIPAS	UMR	QUINTERO
MICHOACAN	UMR	RANCHO VIEJO
TAMAULIPAS	UMR	PROFESOR GRACIANO SANCHEZ
MICHOACAN	UMR	SAN MIGUEL TECACHO (TECACHO)
OAXACA	UMR	SAN PEDRO SINIYUVI
CHIAPAS	UMR	NUEVA VICTORIA
CHIAPAS	UMR	HUIXTAN
SINALOA	UMR	SAN JOSE DEL LLANO
MICHOACAN	UMR	COPITERO
OAXACA	UMR	SANTA ANA ZEGACHE
CHIAPAS	UMR	LAZARO CARDENAS
OAXACA	UMR	SANTA CATARINA YOSONOTU
MICHOACAN	UMR	EL CHAUZ
OAXACA	UMR	CHAHUITES
CHIAPAS	UMR	PABLO L. SIDAR
PUEBLA	UMR	SAN BARTOLO TEONTEPEC
OAXACA	UMR	SANTA MARIA MAGDALENA TILTEPEC
CHIHUAHUA	UMR	SAN JOSE DE GUACAYVO
SINALOA	UMR	TOBOBAMPO
SAN LUIS POTOSI	HR	CHARCAS
SINALOA	HR	EL FUERTE
PUEBLA	HR	ZACAPOAXTLA
HIDALGO	HR	IXMIQUILPAN
VERACRUZ SUR	HR	ZONGOLICA
HIDALGO	HR	HUEJUTLA DE REYES
TAMAULIPAS	HR	CIUDAD TULA
CHIAPAS	HR	SAN FELIPE ECATEPEC
OAXACA	HR	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ
CHIHUAHUA	HR	GUACHOCHI
VERACRUZ SUR	HR	COSCOMATEPEC DE BRAVO
DURANGO	HR	VICENTE GUERRERO
MICHOACAN	HR	TUXPAN
HIDALGO	HR	METEPEC
HIDALGO	HR	ZACUALTIPAN

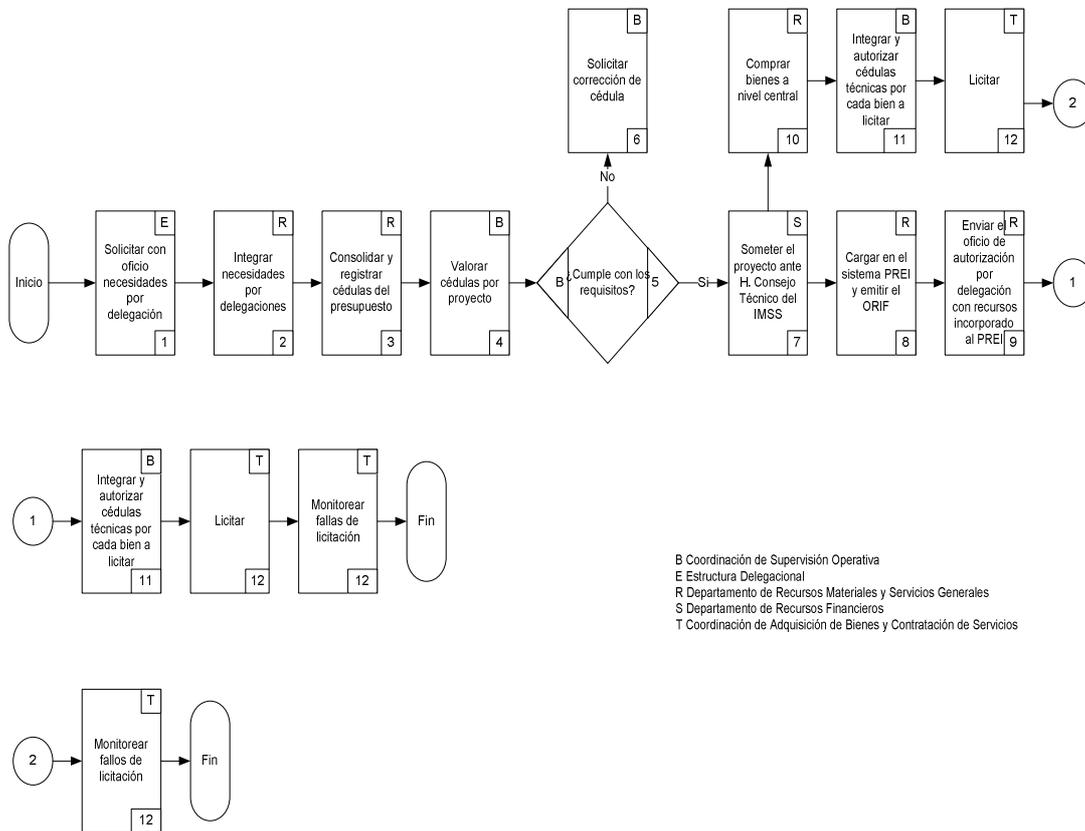
Anexo 7.1.1. Esquema general de operación del programa IMSS-Oportunidades



Anexo 7.2.1.1. Flujograma del proceso de planeación

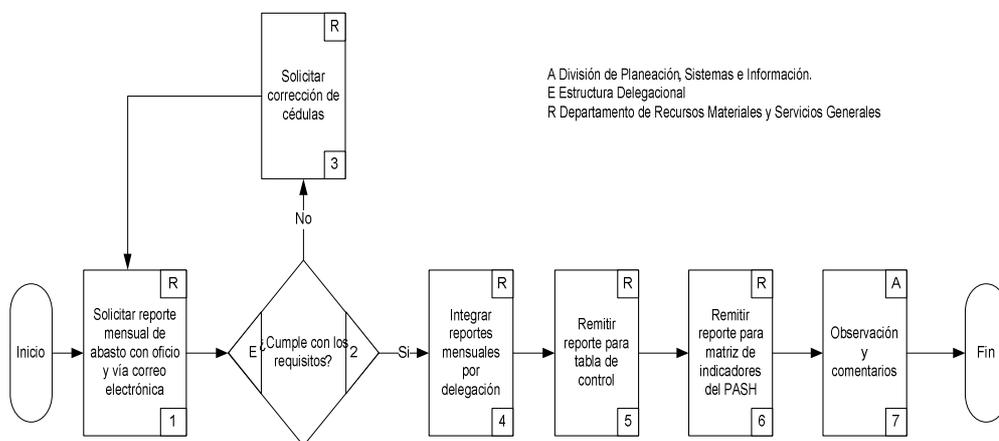


Anexo 7.2.2.1.1. Flujoograma del proceso de adquisición de mobiliario y equipo médico



Fuente: Programa IMSS-Oportunidades

Anexo 7.2.2.2.1. Flujoograma del proceso de adquisición de medicamentos y otros insumos



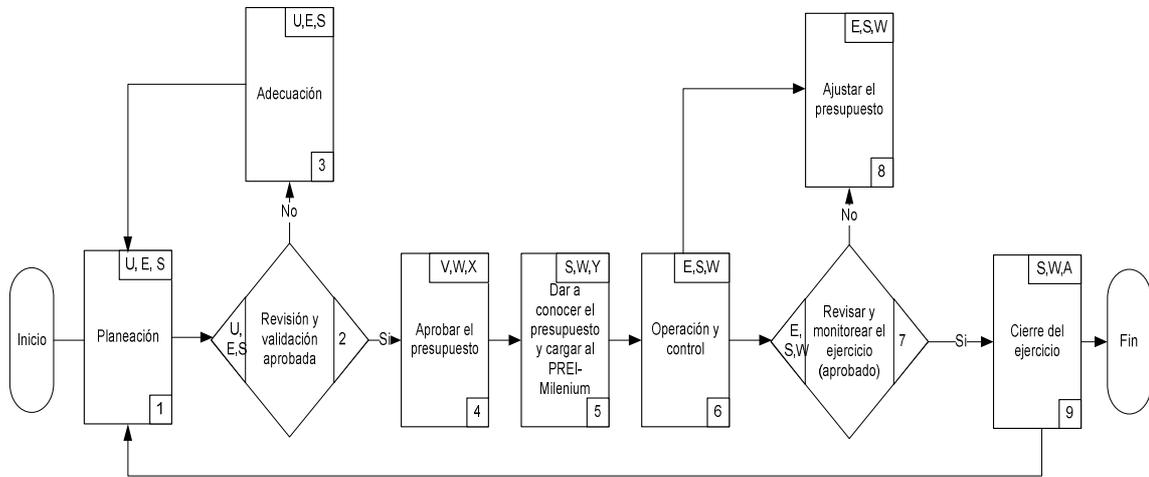
Fuente: Programa IMSS-Oportunidades

Anexo 7.2.2.2.2. Indicadores de Suministro de Material de Curación, Biológicos, Material Radiológico y de la Laboratorio

Indicador	Valor (%)
Porcentaje de abasto de medicamentos	92.2
Porcentaje de abasto de biológicos	94.1
Porcentaje de abasto de material de curación	89.7
Porcentaje de abasto de material de laboratorio	74.4
Porcentaje de abasto de material radiológico	90.8

Fuente: SISPA, 2008.

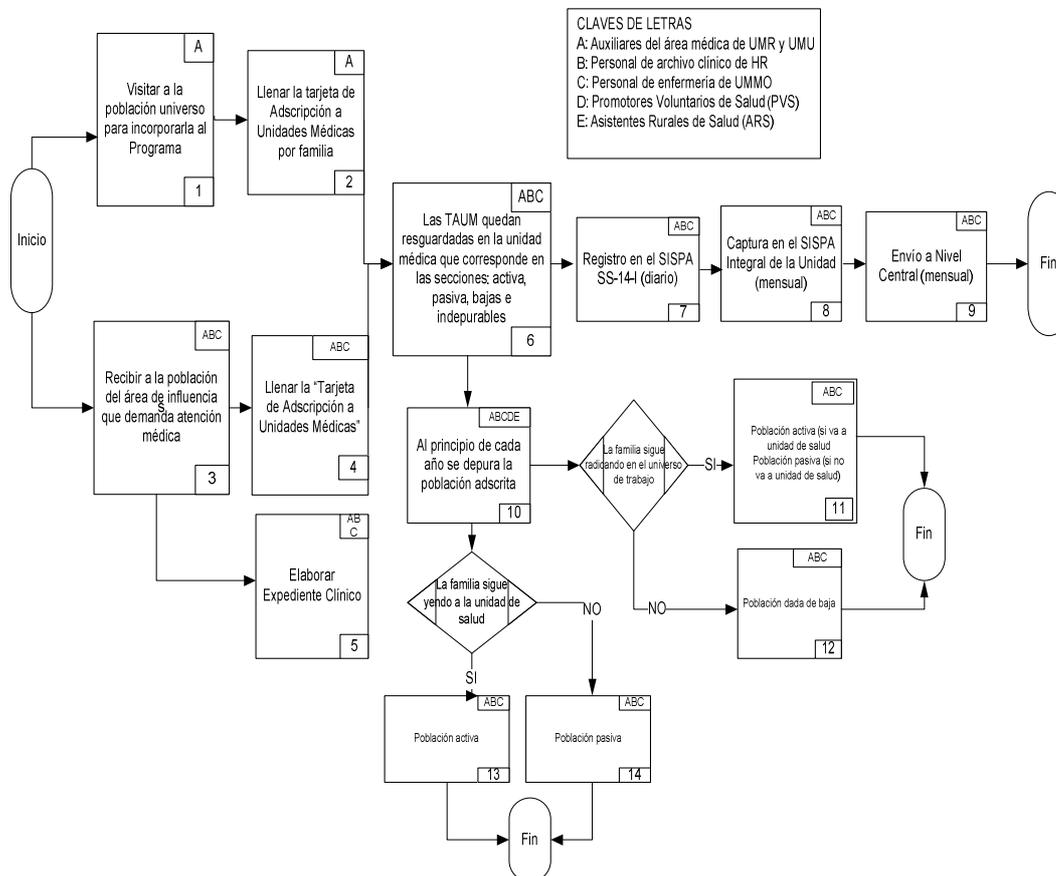
Anexo 7.2.2.3.1. Flujoograma de elaboración del presupuesto



A División de Planeación, Sistemas e Información.
 E Estructura Delegacional
 S Departamento de Recursos Financieros
 U Coordinaciones de la Unidad
 V Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)
 W Dirección de Finanzas del IMSS (DF)
 X Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
 Y Honorable Consejo Técnico (HCT)

Fuente: Programa IMSS-Oportunidades

Anexo 7.2.3.1.1. Flujoograma del proceso de adscripción



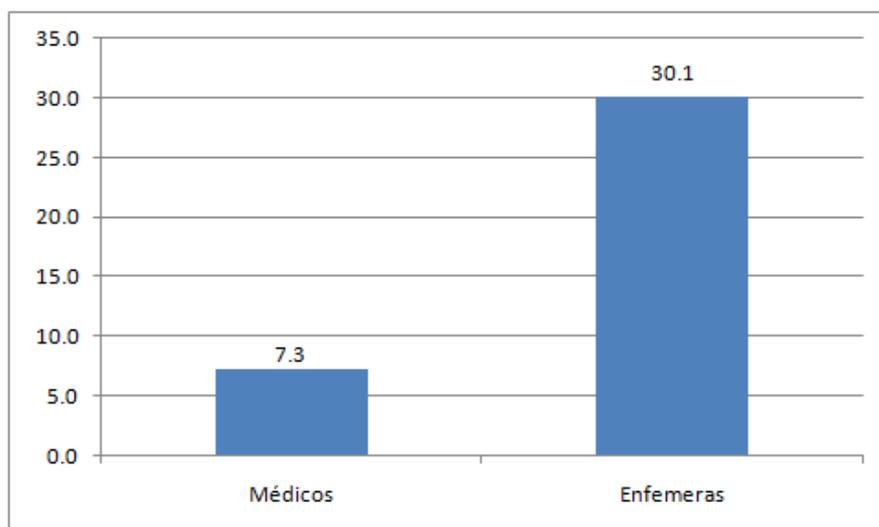
Anexo 7.2.3.2.1. Nivel de escolaridad de los usuarios de los servicios de salud

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	214	19.1	19.1
Preescolar o Kinder	29	2.6	21.7
Primaria	568	50.7	72.4
Secundaria	238	21.3	93.7
Preparatoria o bachillerato	58	5.2	98.8
Carrera técnica o comercial	6	0.5	99.4
Profesional o superior	7	0.6	100.0

Anexo 7.2.3.2.2. Tipo de transporte utilizado para llegar a las unidades de salud

Tipo de transporte	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Caminando	1,018	78.3	78.3
Transporte público	143	11.0	89.3
Bicicleta	17	1.3	90.6
Taxi	13	1.0	91.6
Coche propio	80	6.2	97.8
Otro	28	2.2	99.9

Anexo 7.2.3.1.2. Porcentaje de médicos y enfermeras que entiende alguna lengua indígena



Anexo 7.2.3.2.4. Distribución porcentual del nivel de estudios de los médicos y enfermeras después de estudiar medicina

Escolaridad	Médicos	Enfermeras
Especialidad	2.3	1.0
Subespecialidad	0.9	0.0
Diplomado	11.2	2.5
Maestría	0.9	0.0
Ninguno	77.6	92.0
Otro	2.3	4.5

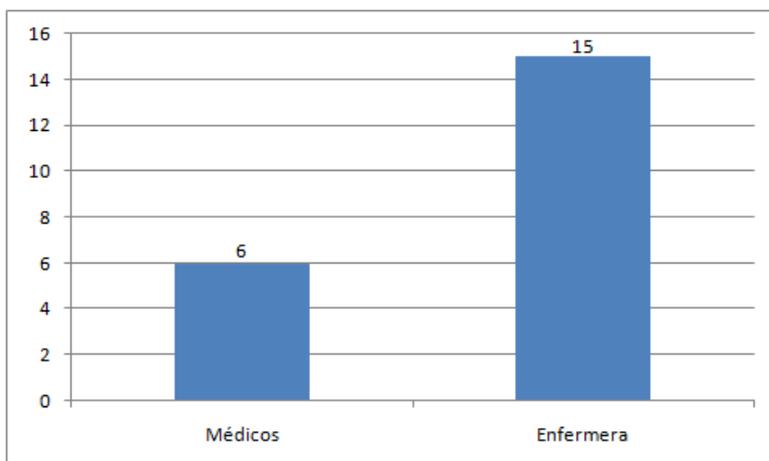
Anexo 7.2.3.2.5. Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados en los últimos años

Año	Médicos	Enfermeras
Sin capacitación	36.6	37.9
1989	0.0	0.5
1998	0.0	1.0
2000	0.5	0.5
2001	0.0	0.5
2002	0.0	0.0
2003	1.2	0.5
2004	1.7	2.5
2005	2.2	1.0
2006	4.5	3.0
2007	8.2	8.1
2008	40.8	35.9
2009	4.2	8.6

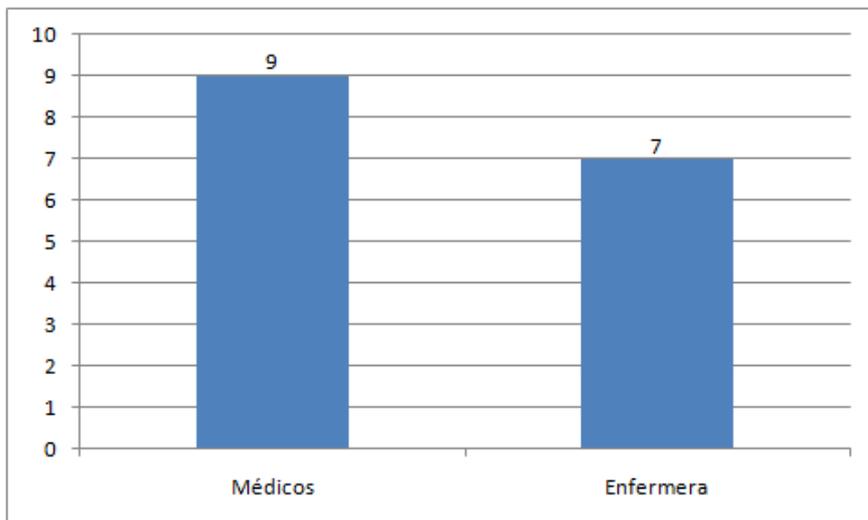
Anexo 7.2.3.2.6. Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados según especialidad médica e inducción a Oportunidades

Especialidad	Médicos	Enfermeras
Atención del embarazo	48.6	31.5
Atención del niño	48.2	39.7
Oportunidades	86.5	86.4

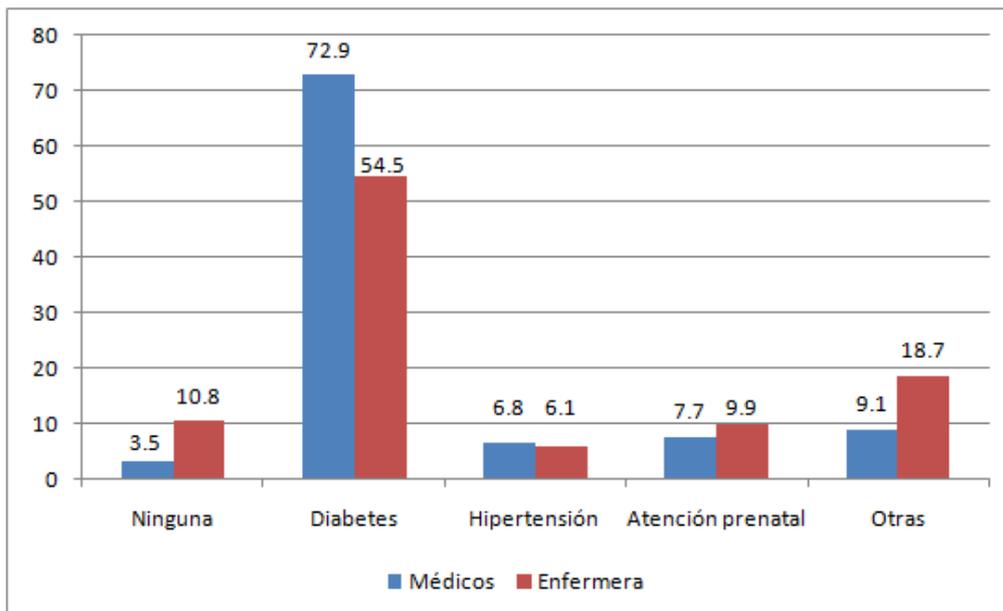
Anexo 7.2.3.2.1.2.1. Antigüedad promedio del personal de salud del Programa



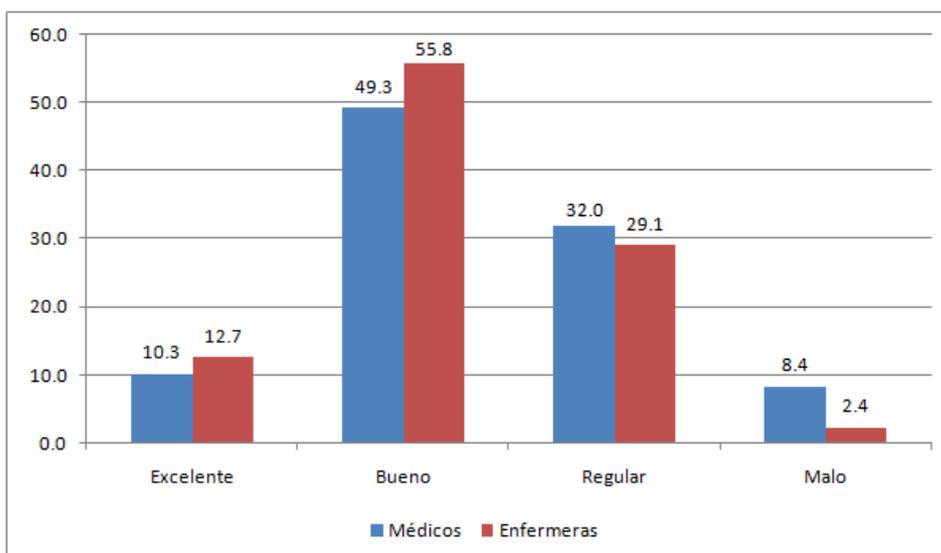
Anexo 7.2.3.2.1.2.2. Horas promedio diario de trabajo del personal de salud en las unidades de salud



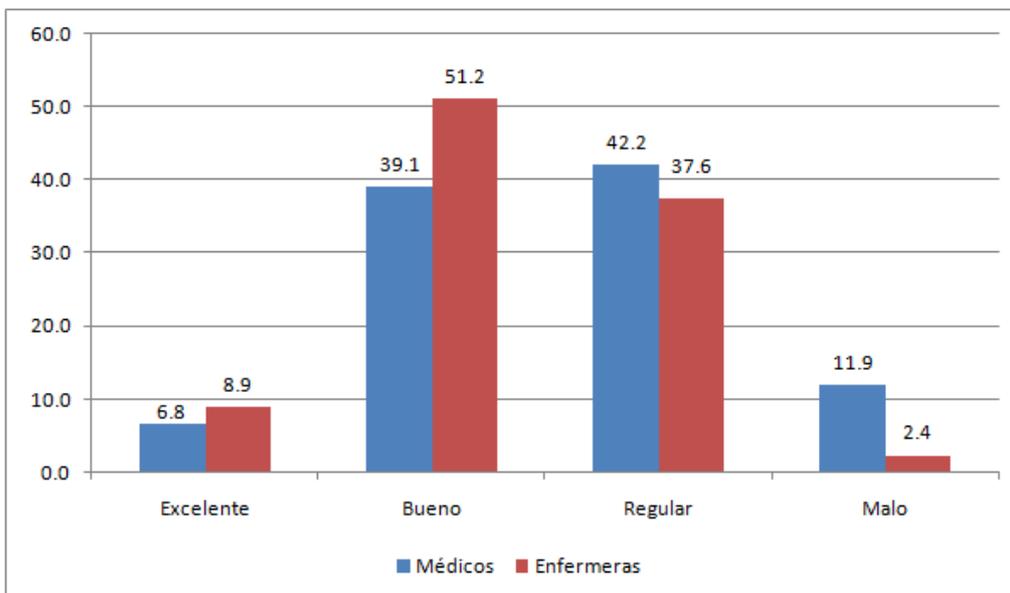
Anexo 7.2.3.2.1.2.3. Guías clínicas utilizadas frecuentemente por los médicos y enfermeras del programa



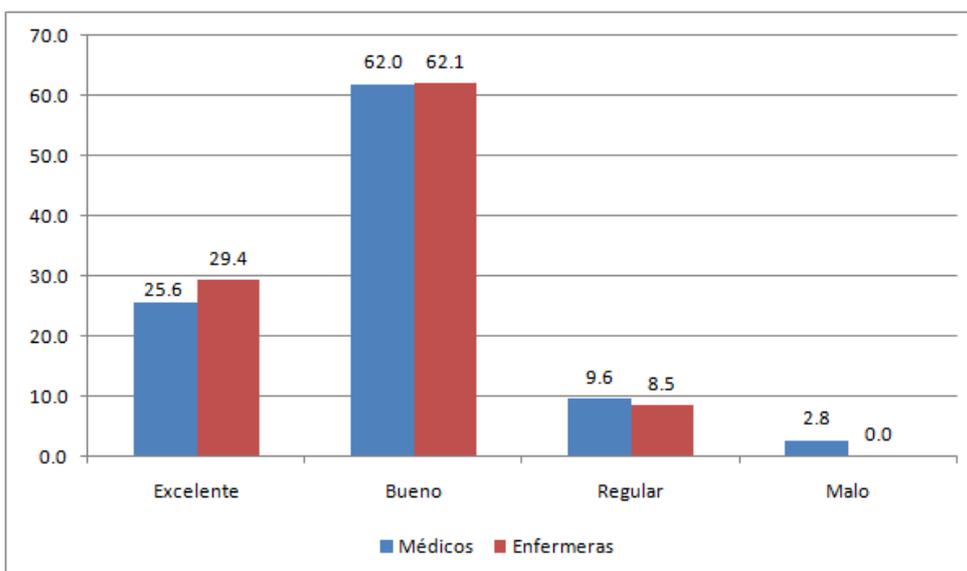
Anexo 7.2.3.2.1.2.4. Percepción del personal de salud con la infraestructura de las unidades de salud



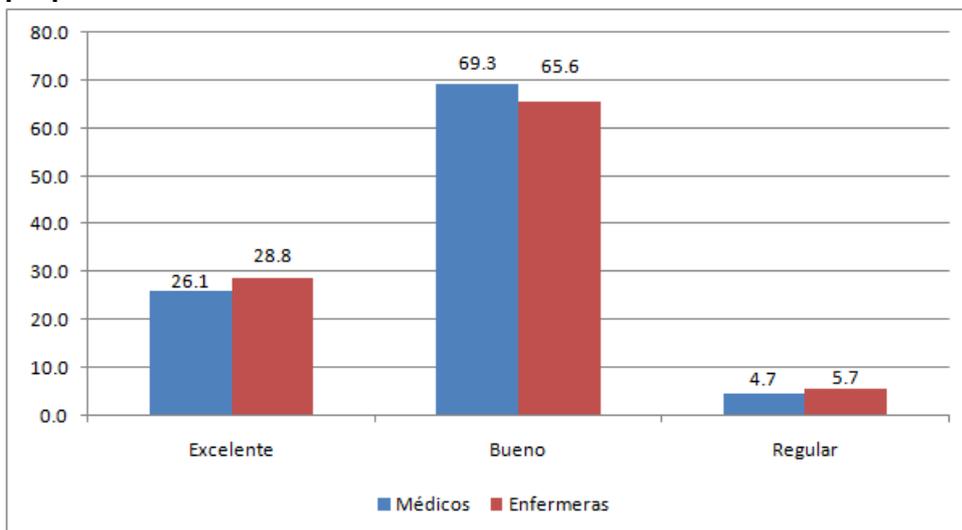
Anexo 7.2.3.2.1.2.5. Percepción del personal de salud con los insumos de las unidades de salud



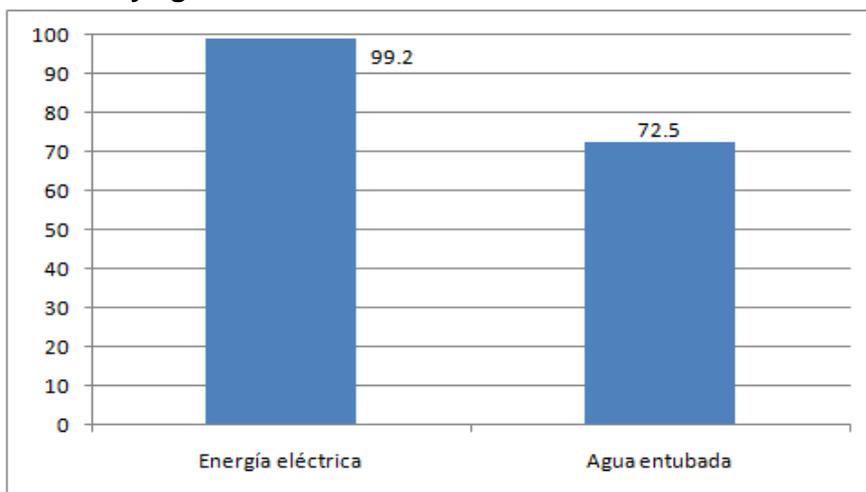
Anexo 7.2.3.2.1.2.6. Percepción del personal de salud con respecto a la labor del personal de las unidades de salud



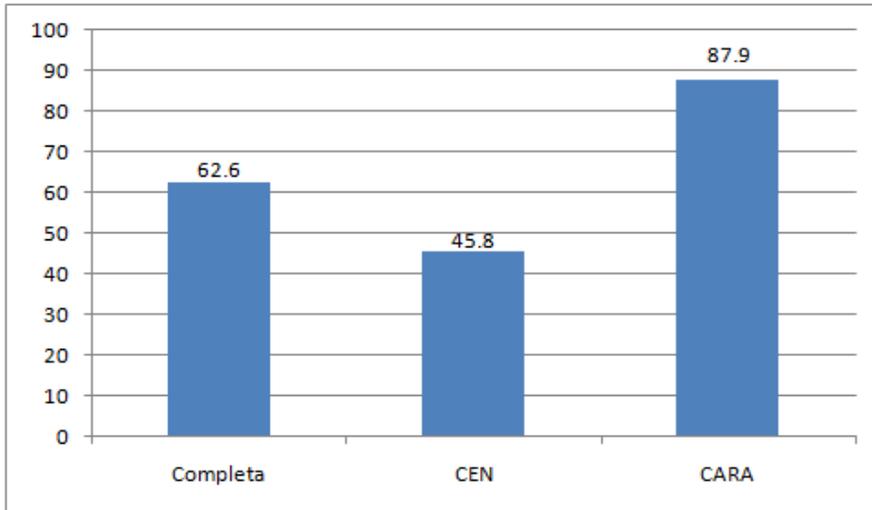
Anexo 7.2.3.2.1.2.7. Percepción del personal con los servicios de salud proporcionados



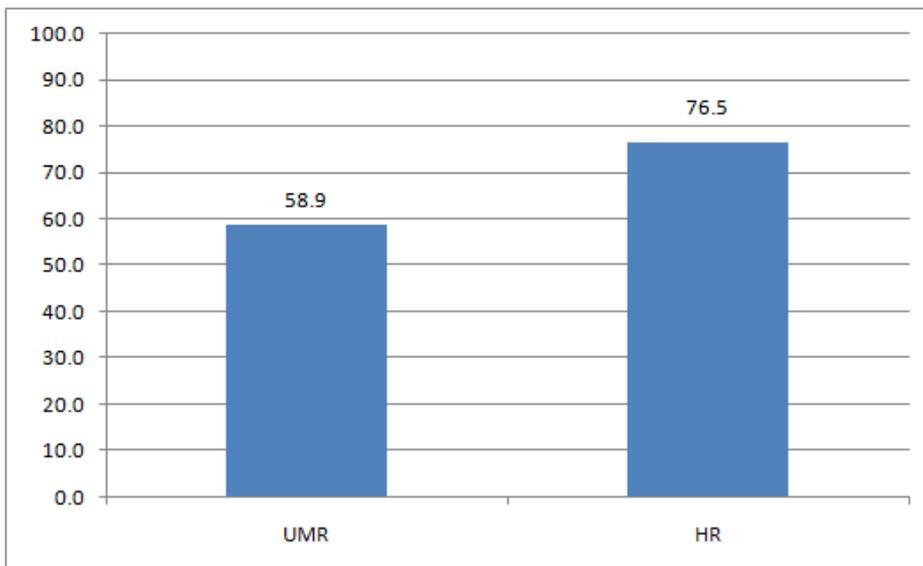
Anexo 7.2.3.2.1.3.1. Porcentaje de unidades médicas con disposición de energía eléctrica y agua entubada



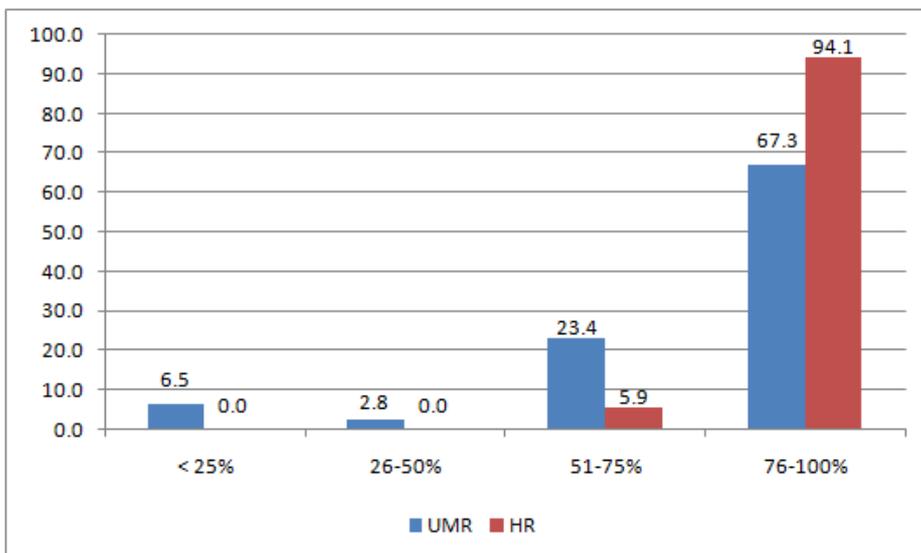
Anexo 7.2.3.2.1.3.2. Áreas físicas de las UMR



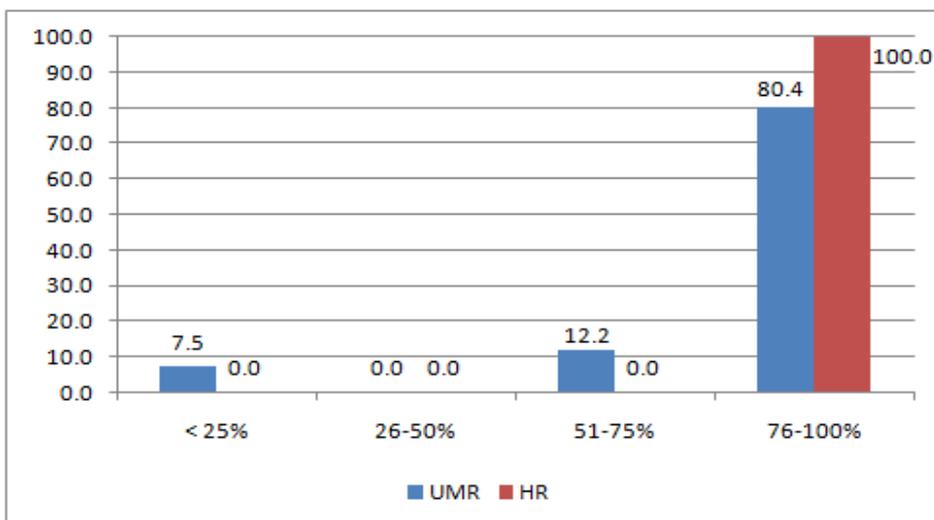
Anexo 7.2.3.2.1.3.3. Porcentaje de unidades médicas con mobiliario y equipo completo



Anexo 7.2.3.2.1.3.4. Porcentaje de abasto de medicamentos en unidades médicas



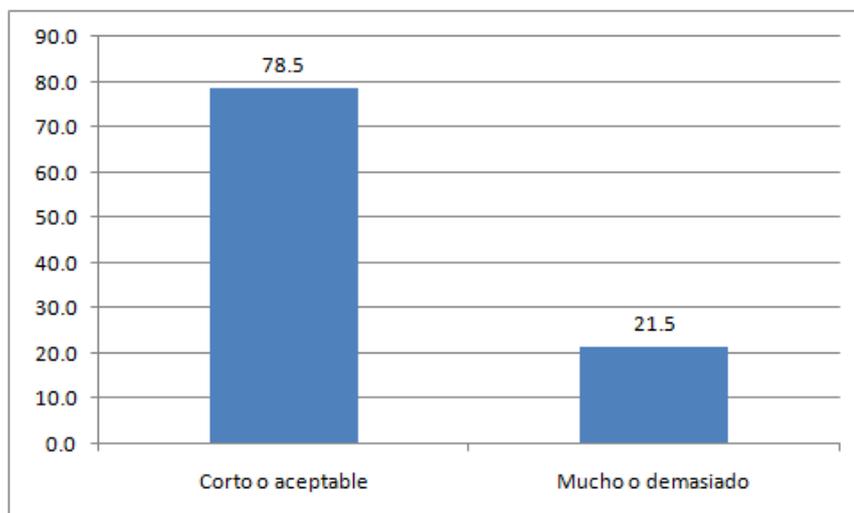
Anexo 7.2.3.2.1.3.5. Porcentaje de abasto de insumos en unidades médicas



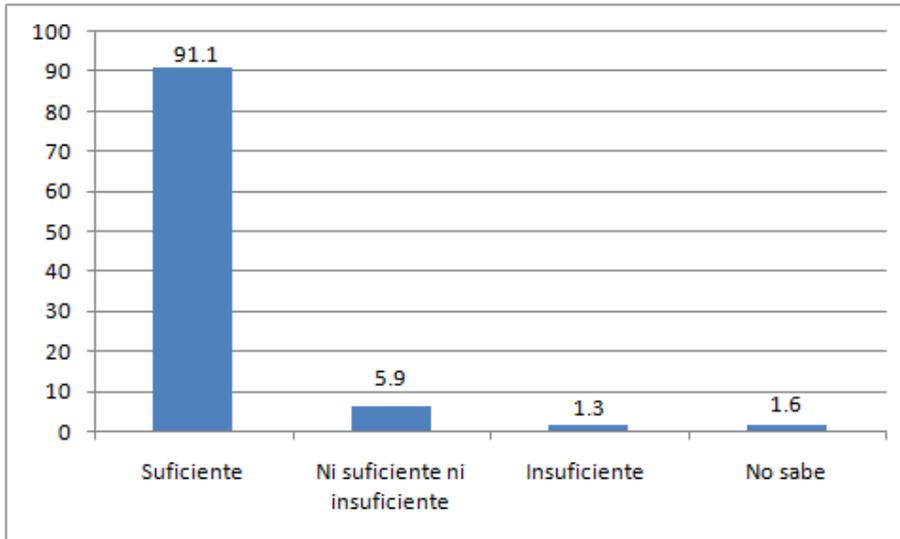
Anexo 7.2.3.2.7. Principales problemas detectados en las Unidades Médicas y Hospitales Rurales.

Unidad Médica Rural	Hospital Rural
Calidad de la atención	Certificación de corresponsabilidades
Disponibilidad de medicamentos	Disponibilidad de medicamentos
Cantidad y manejo de formatos	Calidad de la atención
Certificación de corresponsabilidades	Otros problemas
Manuales de operación	ROP
Dotación de equipo e insumos	Dotación de equipo e insumos

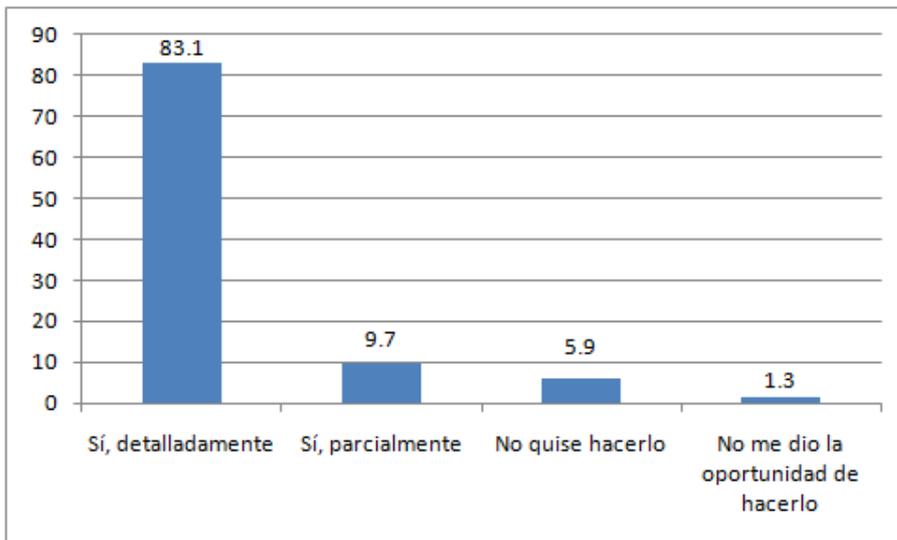
Anexo 7.2.3.2.1.4.1. Calificación del tiempo de espera antes de entrar a consulta



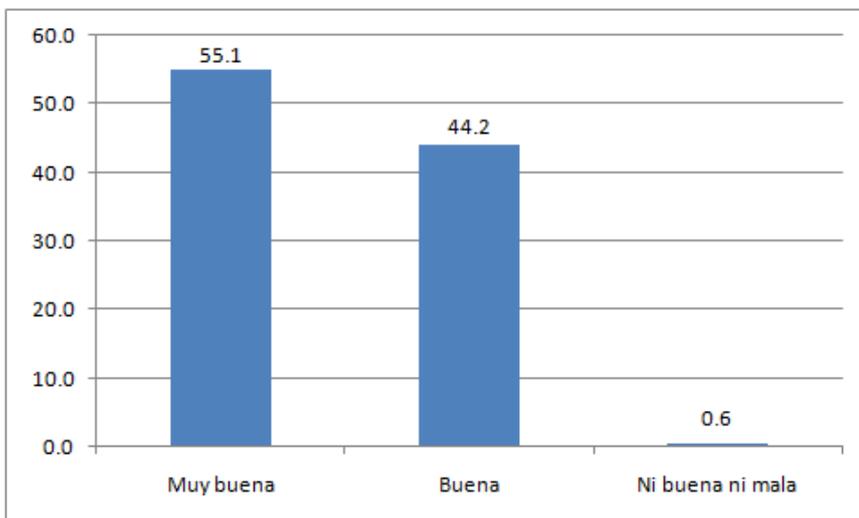
Anexo 7.2.3.2.1.4.2. Calificación del tiempo de consulta



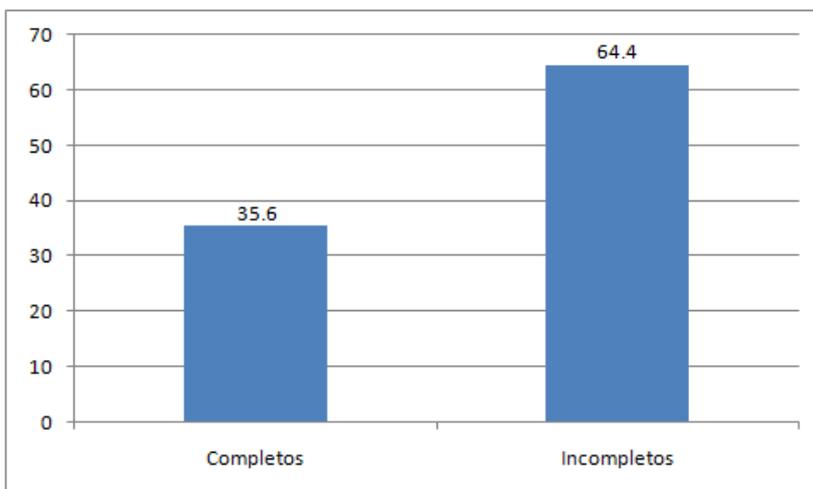
Anexo 7.2.3.2.1.4.3. Porcentaje de pacientes que reporta haber detallado al médico su estado de salud



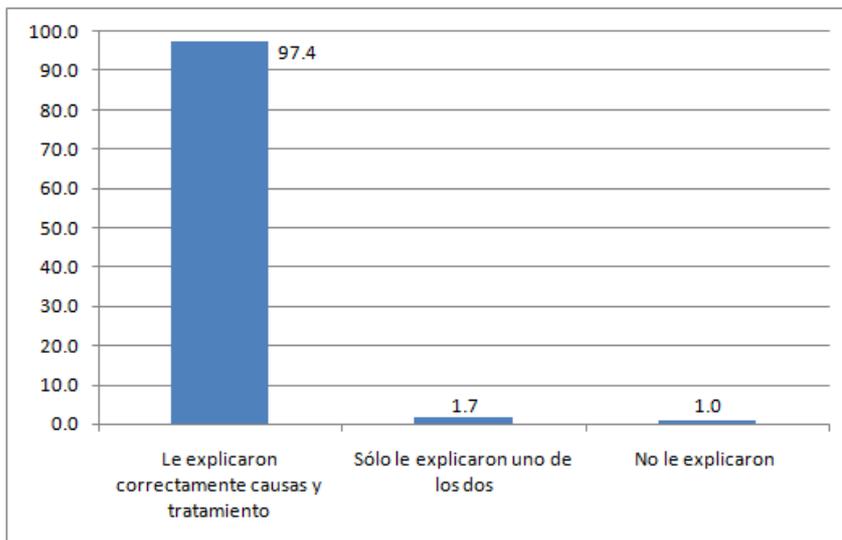
Anexo 7.2.3.2.1.4.4. Calificación de los pacientes sobre la privacidad de la consulta



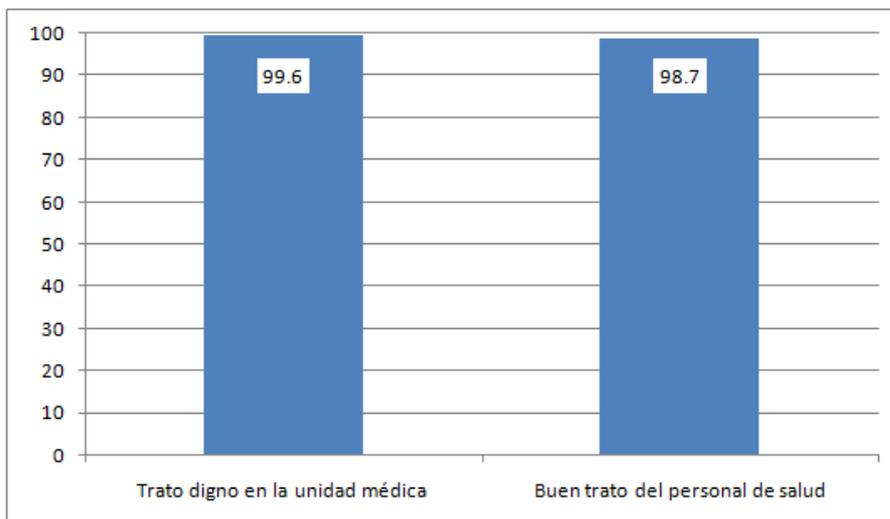
Anexo 7.2.3.2.1.4.5. Porcentaje de pacientes con procedimientos completos previo a la consulta



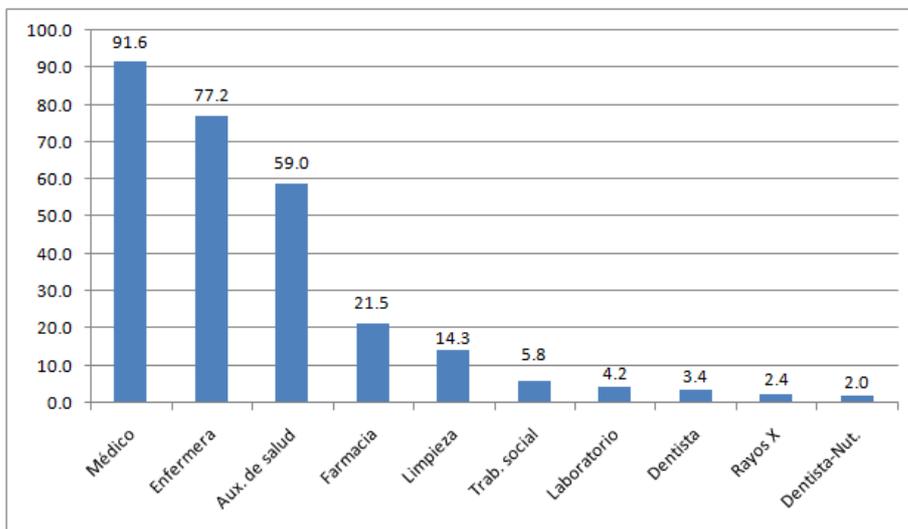
Anexo 7.2.3.2.1.4.6. Porcentaje de pacientes que reportaron la explicación del médico sobre su diagnóstico y tratamiento como muy clara



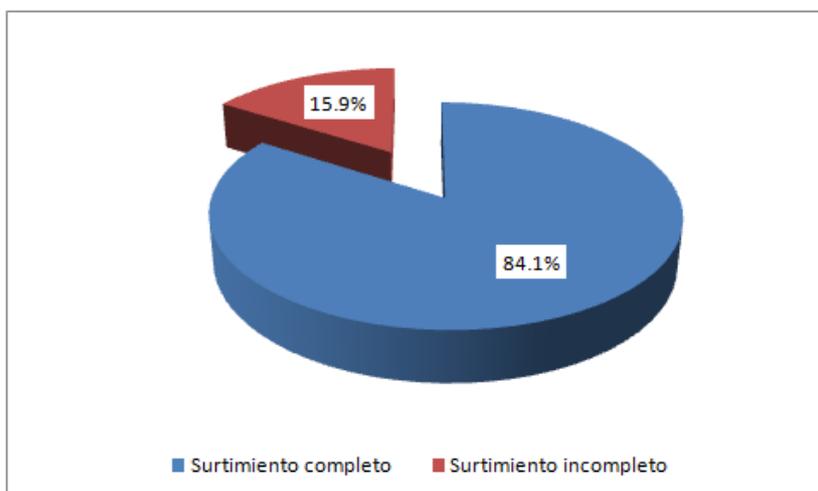
Anexo 7.2.3.2.1.4.7. Percepción del trato de los pacientes



Anexo 7.2.3.2.1.4.8. Porcentaje de pacientes que calificaron el trato o la atención del personal de salud como “muy buena o buena”



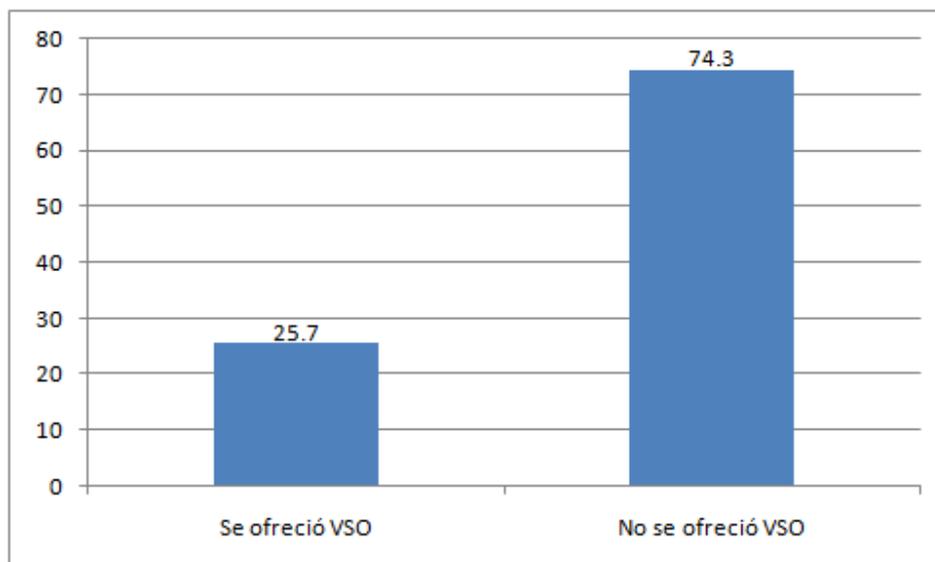
Anexo 7.2.3.2.1.4.9. Surtimiento de recetas en las unidades de salud



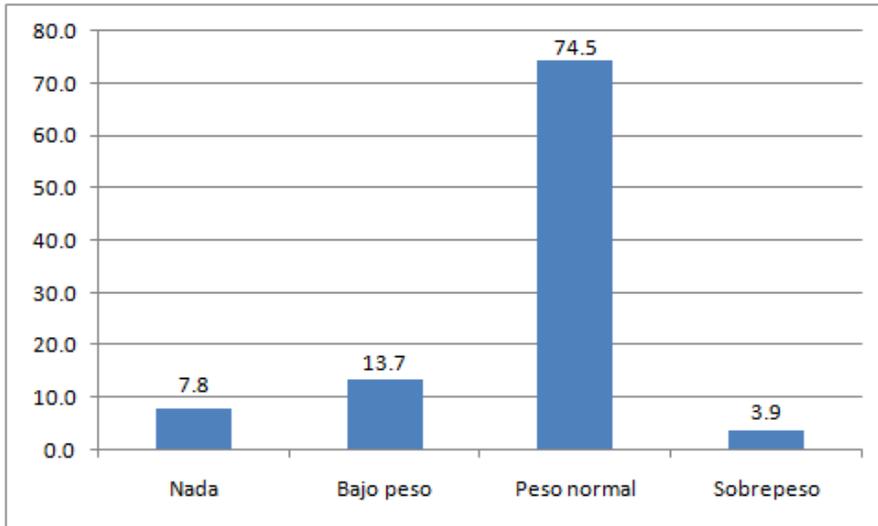
Anexo 7.2.3.2.8. Motivos de consulta en las unidades médicas

Tipo de consulta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diarrea / vómito	41	3.2	3.2
Fiebre / paludismo	38	2.9	6.1
Respiración rápida o polipnea / con dificultad / tos /neumonía	55	4.2	10.3
Problema de oído	11	0.9	11.2
Convulsiones, movimientos anormales, ataques	14	1.1	12.2
Gripa	178	13.7	25.9
Consulta del niños sano	76	5.9	31.8
Visita preventiva adulta	126	9.7	41.5
Control de diabetes	103	7.9	49.4
Control de hipertensión	132	10.2	59.6
Control prenatal	121	9.3	68.9
Problema con el embarazo	7	0.5	69.4
Otra causa	393	30.3	99.7
No sabe	4	0.3	100.0

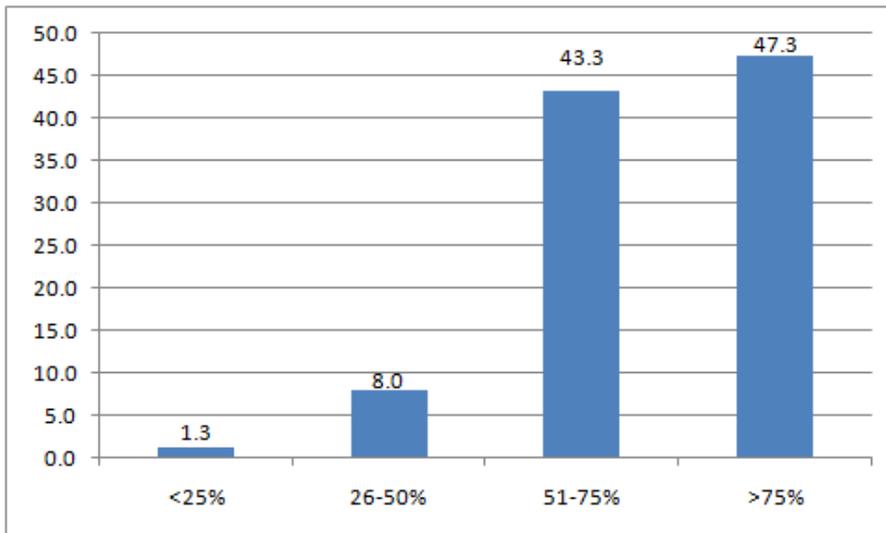
Anexo 7.2.3.2.1.5.1. Porcentaje de encuestados que llevaron un niño menor de dos años a consulta, a los que se les ofreció VSO



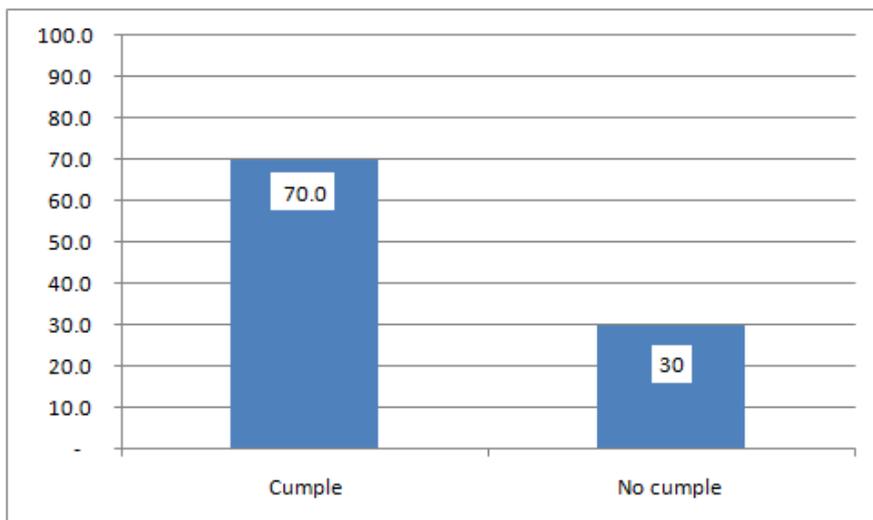
Anexo 7.2.3.2.1.5.2. Detección de bajo peso, sobrepeso y obesidad



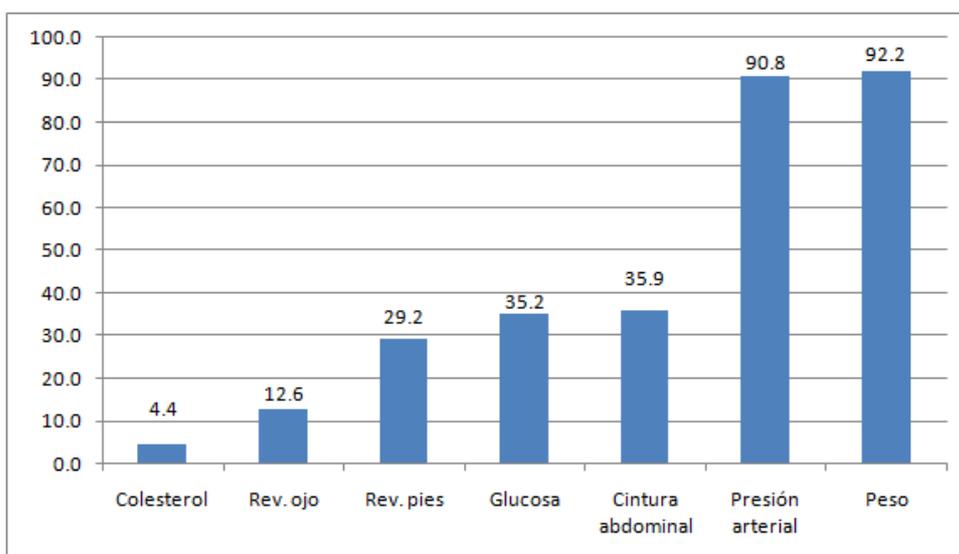
Anexo 7.2.3.2.1.5.3. Porcentaje de procedimientos realizados a embarazadas



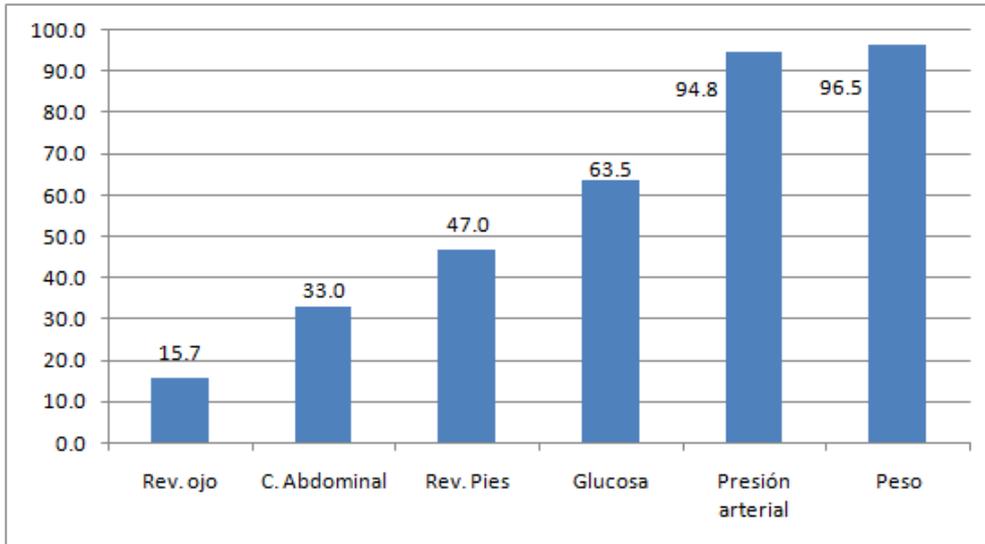
Anexo 7.2.3.2.1.5.4. Porcentaje de embarazadas que cumple con el número de consultas adecuado



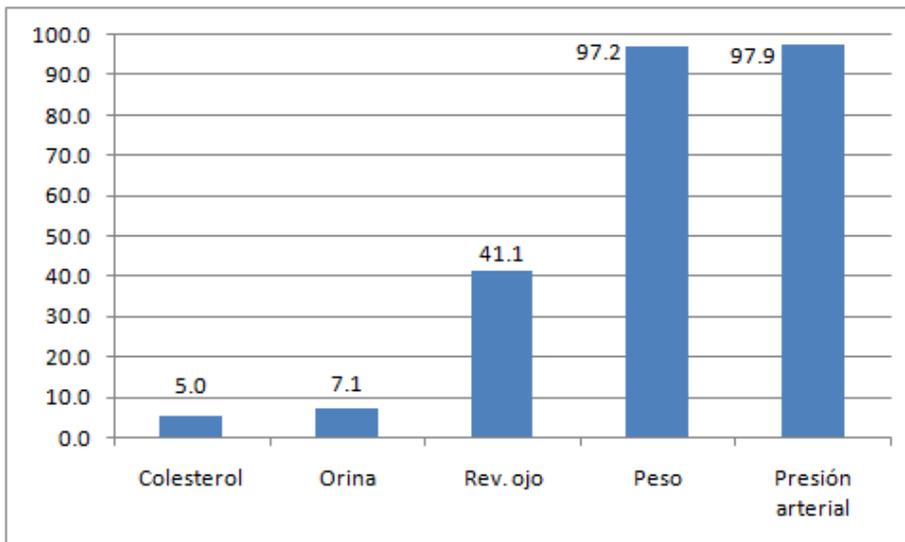
Anexo 7.2.3.2.1.5.5. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes mayores de 40 años



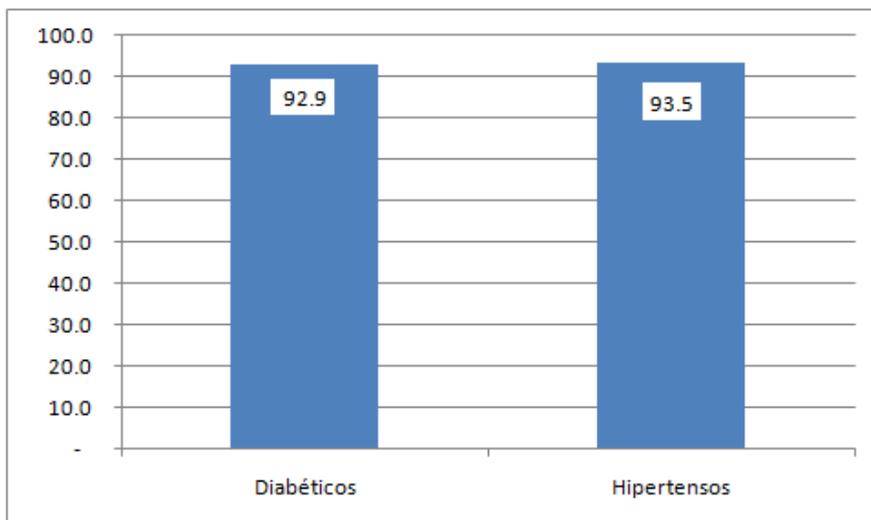
Anexo 7.2.3.2.1.5.6. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes diabéticos



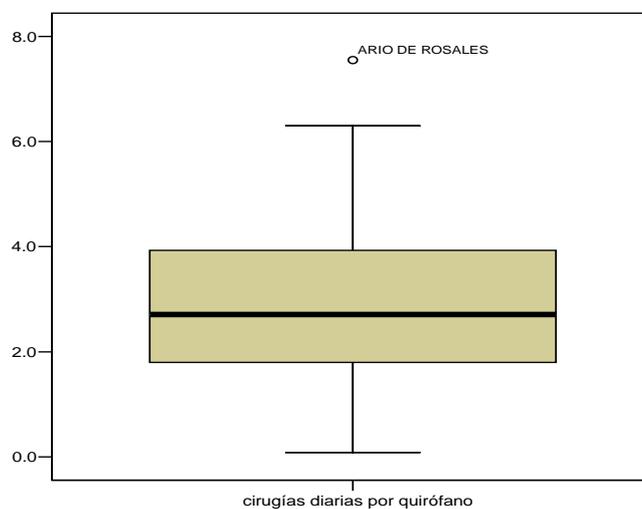
Anexo 7.2.3.2.1.5.7. Porcentaje de pruebas realizadas a pacientes hipertensos



Anexo 7.2.3.2.1.5.8. Porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos que tomó medicamentos a diario en la última semana



Anexo 7.2.3.3.1.1. Distribución del indicador “Cirugías diarias por quirófano”

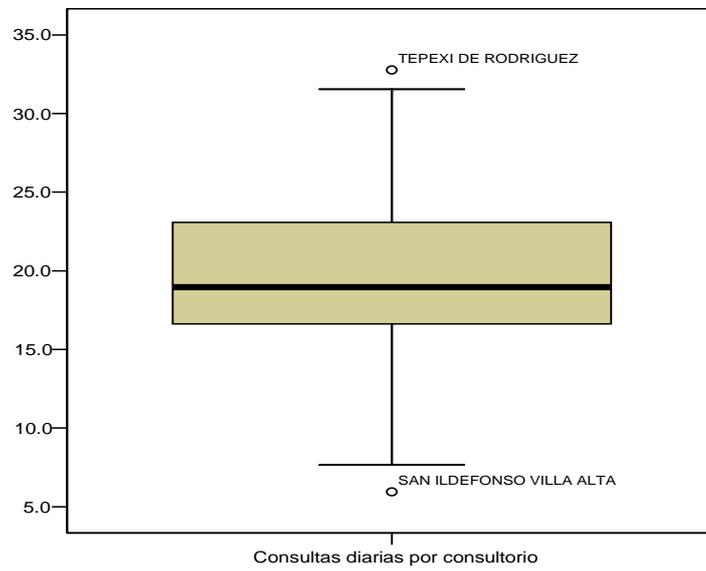


Anexo 7.2.3.3.1. Desempeño en el indicador “Cirugías diarias por quirófano”

Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados
ARIO DE ROSALES	7.6	2.36	1	MATEHUALA	3.5	0.41	4	HECELCHAKAN	2.2	-0.45	7
ZACATIPAN	6.3	1.99	1	MOTUZINTLA DE MENDOZA	3.4	0.37	4	CIUDAD TULA	2.1	-0.49	7
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	5.7	1.78	1	BOCHIL	3.4	0.33	4	CHARCAS	2	-0.53	8
CHICONTEPEC DE TEJEDA	5.7	1.62	1	VENUSTIANO CARRANZA	3.4	0.29	4	SOTO LA MARINA	1.9	-0.57	8
PINOS	5.6	1.5	1	COSCOMATEPEC DE BRAVO	3.2	0.26	5	MATAMOROS	1.8	-0.62	8
ZACAPOAXTLA	5.4	1.31	1	HUAUTLA DE JIMENEZ	3.1	0.22	5	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	1.8	-0.66	8
PAPANTLA DE OLARTE	5.4	1.31	1	SAN SALVADOR EL SECO	3	0.18	5	CERRITOS	1.8	-0.71	8
OCOSINGO	4.7	1.23	2	SANTIAGO JAMILTEPEC	3	0.15	5	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	1.6	-0.8	8
TLACOLULA DE MATAMOROS	4.7	1.15	2	JALTIPAN DE MORELOS	3	0.11	5	SANTIAGO JUXTLAHUACA	1.6	-0.8	8
GUACHOCHI	4.5	1.08	2	MATIAS ROMERO	2.8	0.07	5	CONCEPCION DEL ORO	1.5	-0.85	9
HUEJUTLA DE REYES	4.3	1.02	2	OXKUTZCAB	2.8	0.04	5	MAXCANU	1.4	-0.91	9
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	4.3	0.96	2	SAN JUANITO	2.7	0	6	ALTAMIRANO	1.3	-0.96	9
IXMIQUILPAN	4.3	0.91	2	PARACHO DE VERDUZCO	2.7	-0.04	6	RAMOS ARIZPE	1.3	-1.02	9

Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Cirugías diarias por quirófano	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados
CHIGNAHUAPAN	4.2	0.85	3	METEPEC	2.7	-0.07	6	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	1.2	-1.08	9
TEPEXI DE RODRIGUEZ	4.1	0.8	3	SAN CAYETANO	2.6	-0.11	6	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	1.2	-1.15	9
TUXPAN	4.1	0.75	3	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	2.6	-0.15	6	ZACUALTIPAN	1.2	-1.23	9
RIO GRANDE	4	0.71	3	SAN QUINTIN	2.6	-0.18	6	ACANCEH	1.2	-1.31	10
MAPASTEPEC	3.9	0.66	3	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	2.6	-0.22	6	VILLANUEVA	1.1	-1.4	10
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	3.7	0.62	3	HUETAMO DE NU&EZ	2.5	-0.26	7	IZAMAL	0.9	-1.5	10
VICENTE GUERRERO	3.7	0.57	3	ZONGOLICA	2.4	-0.29	7	VILLA UNION	0.8	-1.62	10
SAN FELIPE ECATEPEC	3.5	0.45	4	FUERTE, EL	2.4	-0.33	7	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	0.7	-1.78	10
CHIAUTLA DE TAPIA	3.5	0.45	4	RODEO	2.3	-0.37	7	GUADALUPE TEPEYAC	0.5	-1.99	10
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	3.5	0.45	4	SAN BUENAVENTURA	2.2	-0.41	7	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	0.1	-2.36	10

Anexo 7.2.3.3.1.2. Distribución del indicador “Consultas diarias por consultorio”

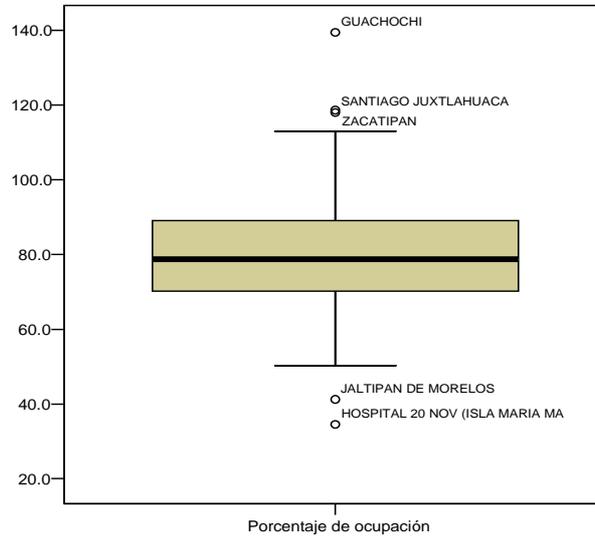


Anexo 7.2.3.3.2. Desempeño en el indicador “Consultas diarias por consultorio”

Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados
TEPEXI DE RODRIGUEZ	32.8	2.36	1	TUXPAN	21.2	0.41	4	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	17	-0.43	7
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	31.5	1.99	1	VILLA UNION	20.9	0.37	4	ZONGOLICA	17	-0.49	7
CHIGNAHUAPAN	30.3	1.78	1	HUEJUTLA DE REYES	20.9	0.33	4	HECELCHAKAN	16.8	-0.53	8
OXKUTZCAB	29	1.62	1	CERRITOS	20.4	0.29	4	SOTO LA MARINA	16.8	-0.57	8
CHARCAS	27.6	1.5	1	METEPEC	20.4	0.26	5	MOTOZINTLA DE MENDOZA	16.7	-0.62	8
IXMIQUILPAN	27.2	1.4	1	IZAMAL	19.9	0.22	5	SANTIAGO JAMILTEPEC	16.6	-0.66	8
ZACATIPAN	27.1	1.31	2	MATEHUALA	19.8	0.18	5	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	16.6	-0.71	8
FUERTE, EL	26.3	1.23	2	SAN FELIPE ECATEPEC	19.6	0.15	5	SAN QUINTIN	16.3	-0.75	8
RAMOS ARIZPE	26.2	1.15	2	PAPANTLA DE OLARTE	19.4	0.11	5	JALTIPAN DE MORELOS	16.2	-0.8	8
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	25.8	1.08	2	SAN JUANITO	19.3	0.07	5	HUAUTLA DE JIMENEZ	16	-0.85	9
ZACAPOAXTLA	25.7	1.02	2	CIUDAD TULA	19	0.04	5	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	16	-0.91	9
CHIAUTLA DE TAPIA	25.5	0.96	2	OCOSINGO	19	0	6	VILLANUEVA	15.9	-0.96	9

Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados	Hospital	Consultas diarias por consultorio	Puntaje Z en la distribución del indicador	Puntos asignados
MAXCANU	25.2	0.91	2	COSCOMATEPEC DE BRAVO	18.9	-0.04	6	MAPASTEPEC	15.7	-1.02	9
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	24	0.85	3	ZACUALTIPAN	18.9	-0.07	6	MATIAS ROMERO	14.3	-1.08	9
SAN SALVADOR EL SECO	23.9	0.8	3	HUETAMO DE NU&EZ	18.2	-0.11	6	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	13.7	-1.15	9
ARIO DE ROSALES	23.7	0.75	3	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	17.8	-0.15	6	PINOS	13.7	-1.23	9
ACANCEH	23.4	0.71	3	CHICONTEPEC DE TEJEDA	17.7	-0.18	6	RIO GRANDE	13.4	-1.31	10
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	23.1	0.66	3	SAN CAYETANO	17.6	-0.22	6	SANTIAGO JUXTLAHUACA	13.4	-1.4	10
BOCHIL	22.7	0.62	3	PARACHO DE VERDUZCO	17.6	-0.26	7	CONCEPCION DEL ORO	12.7	-1.5	10
MATAMOROS	22.4	0.57	3	VENUSTIANO CARRANZA	17.3	-0.29	7	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	12.3	-1.62	10
GUACHOCHI	21.7	0.53	4	RODEO	17.3	-0.33	7	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	11.6	-1.78	10
ALTAMIRANO	21.6	0.49	4	SAN BUENAVENTURA	17.1	-0.37	7	GUADALUPE TEPEYAC	7.7	-1.99	10
VICENTE GUERRERO	21.5	0.45	4	TLACOLULA DE MATAMOROS	17	-0.43	7	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	6	-2.36	10

Anexo 7.2.3.3.1.3. Distribución original del indicador “Porcentaje de ocupación”



Anexo 7.2.3.3.3. Desempeño en el indicador “Porcentaje de ocupación”

Hospital	Porcentaje de ocupación	Desviación del parámetro recomendado	Puntaje Z basado en la desviación del parámetro	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Porcentaje de ocupación	Desviación del parámetro recomendado	Puntaje Z basado en la desviación del parámetro	Puntos asignados con base en la desviación
SAN CAYETANO	89.12	0	1.27	1	CHIAUTLA DE TAPIA	78.71	1.29	0.62	3
MATAMOROS	88.52	0	1.27	1	SANTIAGO JAMILTEPEC	78.59	1.41	0.57	3
ALTAMIRANO	87.63	0	1.27	1	GUADALUPE TEPEYAC	78.28	1.72	0.53	4
RODEO	87.59	0	1.27	1	VICENTE GUERRERO	91.77	1.77	0.49	4
HUEJUTLA DE REYES	86.99	0	1.27	1	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	92.52	2.52	0.45	4
CHICONTEPEC DE TEJEDA	86.14	0	1.27	1	FUERTE, EL	77.41	2.59	0.41	4
CHARCAS	85.22	0	1.27	1	CHIGNAHUAPAN	77.31	2.69	0.37	4
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	84.52	0	1.27	1	TLACOLULA DE MATAMOROS	94.04	4.04	0.33	4
RIO GRANDE	84.07	0	1.27	1	VENUSTIANO CARRANZA	94.39	4.39	0.29	4
ARIO DE ROSALES	83.46	0	1.27	1	ZACAPOAXTLA	75.34	4.66	0.26	5
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	83.17	0	1.27	1	COSCOMATEPEC DE BRAVO	74.84	5.16	0.22	5
VILLANUEVA	82.86	0	1.27	1	CONCEPCION DEL ORO	74.47	5.53	0.18	5
IXMIQUILPAN	81.77	0	1.27	1	RAMOS ARIZPE	74.34	5.66	0.15	5
MAXCANU	80.78	0	1.27	1	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	74.1	5.9	0.11	5
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	79.86	0.14	0.8	3	PINOS	73.61	6.39	0.07	5
PAPANTLA DE OLARTE	79.75	0.25	0.75	3	SAN JUANITO	97.44	7.44	0.04	5
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	78.99	1.01	0.71	3	CIUDAD TULA	97.65	7.65	0	6
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	78.8	1.2	0.66	3	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	72.34	7.66	-0.04	6

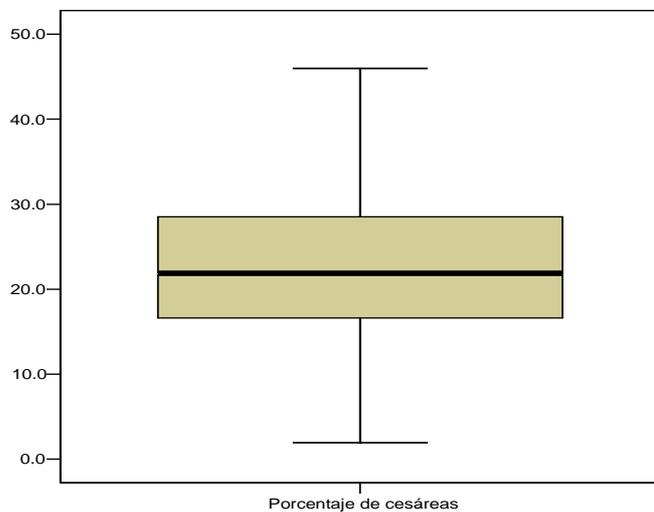
Hospital	Porcentaje de ocupación	Desviación del parámetro recomendado	Puntaje Z basado en la desviación del parámetro	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Porcentaje de ocupación	Desviación del parámetro recomendado	Puntaje Z basado en la desviación del parámetro	Puntos asignados con base en la desviación
OXKUTZCAB	72.32	7.68	-0.07	6	ACANCEH	64.02	15.98	-0.75	8
MAPASTEPEC	72.17	7.83	-0.11	6	MATIAS ROMERO	61.01	18.99	-0.8	8
CERRITOS	71.2	8.8	-0.15	6	MIHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	109.08	19.08	-0.85	9
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	70.8	9.2	-0.18	6	SAN SALVADOR EL SECO	60.4	19.6	-0.91	9
HUAUTLA DE JIMENEZ	99.38	9.38	-0.22	6	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	109.84	19.84	-0.96	9
HUETAMO DE NU&EZ	99.64	9.64	-0.26	7	IZAMAL	57.95	22.05	-1.02	9
VILLA UNION	70.24	9.76	-0.29	7	SAN QUINTIN	113.03	23.03	-1.08	9
BOCHIL	70.1	9.9	-0.33	7	SAN BUENAVENTURA	54.76	25.24	-1.15	9
TUXPAN	69.32	10.68	-0.37	7	HECELCHAKAN	53.42	26.58	-1.23	9
TEPEXI DE RODRIGUEZ	101.18	11.18	-0.41	7	METEPEC	52.42	27.58	-1.31	10
OCOSINGO	101.7	11.7	-0.45	7	SANTIAGO JUXTLAHUACA	118.03	28.03	-1.4	10
PARACHO DE VERDUZCO	67.92	12.08	-0.49	7	ZACATIPAN	118.67	28.67	-1.5	10
MOTOZINTLA DE MENDOZA	67.82	12.18	-0.53	8	ZACUALTIPAN	50.29	29.71	-1.62	10
MATEHUALA	67.74	12.26	-0.57	8	JALTIPAN DE MORELOS	41.23	38.77	-1.78	10
SOTO LA MARINA	66.72	13.28	-0.62	8	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	34.55	45.45	-1.99	10
ZONGOLICA	104.41	14.41	-0.66	8	GUACHOCHI	139.47	49.47	-2.36	10
SAN FELIPE ECATEPEC	65.05	14.95	-0.71	8					

Anexo 7.2.3.3.4. Ranking de productividad de las unidades hospitalarias del IMSS Oportunidades.

Hospital	Puntos por cirugías diarias	Puntos por consultas diarias	Puntos por ocupación	Puntaje total productividad	Posición	Hospital	Puntos por cirugías diarias	Puntos por consultas diarias	Puntos por ocupación	Puntaje total productividad	Posición
IXMIQUILPAN	2	1	1	4	1	SAN CAYETANO	6	6	1	13	18
ARIO DE ROSALES	1	3	1	5	2	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	6	3	4	13	18
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	1	2	3	6	3	FUERTE, EL	7	2	4	13	18
HUEJUTLA DE REYES	2	4	1	7	4	TLACOLULA DE MATAMOROS	2	7	4	13	18
CHICONTEPEC DE TEJEDA	1	6	1	8	5	ZACATIPAN	1	2	10	13	18
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	2	3	3	8	5	ALTAMIRANO	9	4	1	14	23
CHIGNAHUAPAN	3	1	4	8	5	RIO GRANDE	3	10	1	14	23
ZACAPOAXTLA	1	2	5	8	5	BOCHIL	4	3	7	14	23
PAPANTLA DE OLARTE	1	5	3	9	9	TUXPAN	3	4	7	14	23
CHIAUTLA DE TAPIA	4	2	3	9	9	RODEO	7	7	1	15	27
CHARCAS	8	1	1	10	11	VENUSTIANO CARRANZA	4	7	4	15	27
VICENTE GUERRERO	3	4	4	11	12	PINOS	1	9	5	15	27
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	4	1	6	11	12	OCOSINGO	2	6	7	15	27
TEPEXI DE RODRIGUEZ	3	1	7	11	12	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	9	6	1	16	31
MATAMOROS	8	3	1	12	15	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	8	7	1	16	31
MAXCANU	9	2	1	12	15	SANTIAGO JAMILTEPEC	5	8	3	16	31
OXKUTZCAB	5	1	6	12	15	COSCOMATEPEC DE BRAVO	5	6	5	16	31

Hospital	Puntos por cirugías diarias	Puntos por consultas diarias	Puntos por ocupación	Puntaje total productividad	Posición	Hospital	Puntos por cirugías diarias	Puntos por consultas diarias	Puntos por ocupación	Puntaje total productividad	Posición
RAMOS ARIZPE	9	2	5	16	31	METEPEC	6	5	10	21	50
SAN JUANITO	6	5	5	16	31	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	6	10	6	22	54
GUACHOCHI	2	4	10	16	31	ZONGOLICA	7	7	8	22	54
MATEHUALA	4	5	8	17	38	MATIAS ROMERO	5	9	8	22	54
SAN FELIPE ECATEPEC	4	5	8	17	38	SAN QUINTIN	6	8	9	23	57
SAN SALVADOR EL SECO	5	3	9	17	38	SAN BUENAVENTURA	7	7	9	23	57
CIUDAD TULA	7	5	6	18	41	JALTIPAN DE MORELOS	5	8	10	23	57
MAPASTEPEC	3	9	6	18	41	GUADALUPE TEPEYAC	10	10	4	24	60
CERRITOS	8	4	6	18	41	CONCEPCION DEL ORO	9	10	5	24	60
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	8	8	3	19	44	SOTO LA MARINA	8	8	8	24	60
VILLANUEVA	10	9	1	20	45	IZAMAL	10	5	9	24	60
HUAUTLA DE JIMENEZ	5	9	6	20	45	HECELCHAKAN	7	8	9	24	60
HUETAMO DE NU&EZ	7	6	7	20	45	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	10	10	5	25	65
PARACHO DE VERDUZCO	6	7	7	20	45	ZACUALTIPAN	9	6	10	25	65
MOTOZINTLA DE MENDOZA	4	8	8	20	45	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	9	10	9	28	67
VILLA UNION	10	4	7	21	50	SANTIAGO JUXTLAHUACA	8	10	10	28	67
ACANCEH	10	3	8	21	50	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	10	9	10	29	69
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	3	9	9	21	50						

Anexo 7.2.3.3.1.4. Distribución del indicador “Porcentaje de nacimientos por cesárea”



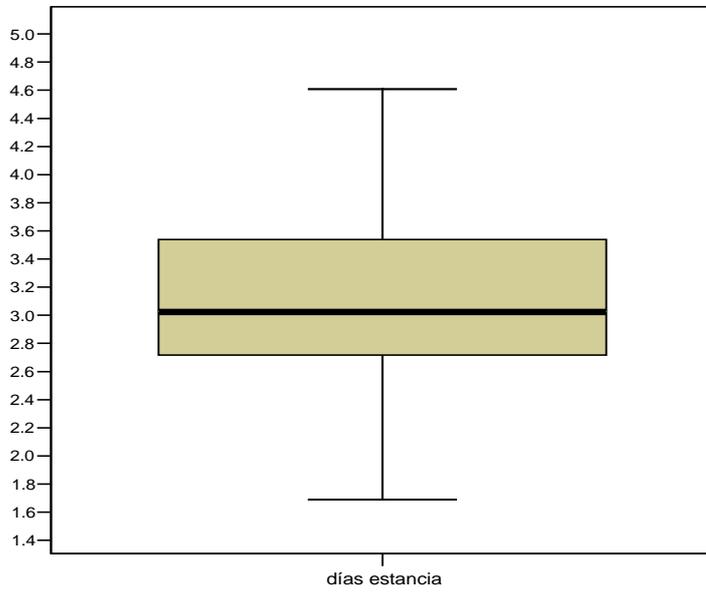
Anexo 7.2.3.3.5. Desempeño en el indicador “Porcentaje de nacimientos por cesárea”

Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
GUADALUPE TEPEYAC	2	2.45	1	CHARCAS	15.9	0.81	2	BOCHIL	19.6	0.36	4
RAMOS ARIZPE	2.6	2.38	1	MAPASTEPEC	15.9	0.81	3	ZACAPOAXTLA	19.9	0.33	4
ACANCEH	5.9	1.99	1	ZACATIPAN	16.3	0.76	3	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	20.3	0.28	4
METEPEC	11.5	1.33	1	RODEO	16.4	0.75	3	RIO GRANDE	20.4	0.27	5
HUEJUTLA DE REYES	11.8	1.28	1	CIUDAD TULA	16.6	0.72	3	ZONGOLICA	20.6	0.24	5
IZAMAL	12.1	1.25	1	COSCOMATEPEC DE BRAVO	16.6	0.72	3	SAN FELIPE ECATEPEC	20.6	0.24	5
VICENTE GUERRERO	12.7	1.18	2	OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	16.8	0.7	3	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	20.6	0.24	5
TUXPAN	13.2	1.13	2	PARACHO DE VERDUZCO	17.8	0.58	3	CHICONTEPEC DE TEJEDA	20.8	0.23	5
MATAMOROS	13.5	1.09	2	ZACUALTIPAN	18.2	0.53	4	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	21.3	0.17	5
MOTOZINTLA DE MENDOZA	15.1	0.9	2	PINOS	18.3	0.52	4	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	21.6	0.13	5
ALTAMIRANO	15.3	0.87	2	ARIO DE ROSALES	19	0.43	4	SANTIAGO JUXTLAHUACA	22.2	0.06	6
SAN JUANITO	15.7	0.83	2	SAN QUINTIN	19.1	0.42	4	VILLA UNION	22.4	0.03	6

Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
OCOSINGO	23.4	-0.08	6	MAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	27.2	-0.53	8	TEPEXI DE RODRIGUEZ	32.8	-1.19	9
PAPANTLA DE OLARTE	23.5	-0.09	6	FUERTE, EL	28.2	-0.66	8	HUAUTLA DE JIMENEZ	33.1	-1.23	9
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	23.7	-0.12	6	CONCEPCION DEL ORO	28.3	-0.66	8	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	33.2	-1.24	10
VENUSTIANO CARRANZA	23.8	-0.14	6	MAXCANU	28.8	-0.72	8	CHIGNAHUAPAN	35.2	-1.48	10
MATIAS ROMERO	24.7	-0.24	6	CERRITOS	28.9	-0.74	8	HUETAMO DE NU&EZ	36	-1.58	10
SAN SALVADOR EL SECO	25.2	-0.29	7	SAN BUENAVENTURA	30.5	-0.92	8	SOTO LA MARINA	38.2	-1.83	10
HECELCHAKAN	25.6	-0.34	7	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	30.5	-0.92	8	OXKUTZCAB	39	-1.93	10
SANTIAGO JAMILTEPEC	25.8	-0.36	7	CHIAUTLA DE TAPIA	30.6	-0.94	9	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	46	-2.76	10
SAN CAYETANO	25.9	-0.38	7	TLACOLULA DE MATAMOROS	30.6	-0.94	9	Hospital 20 de Noviembre	Este hospital no atendió partos en 2008. Para integrarlo al ranking final se le asignará el valor correspondiente al promedio nacional del IMSS Oportunidades		
GUACHOCHI	26.5	-0.45	7	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	31	-0.98	9				
MATEHUALA	26.9	-0.49	7	VILLANUEVA	31.9	-1.09	9				
JALTIPAN DE MORELOS	27.1	-0.52	7	IXMIQUILPAN	32.7	-1.19	9				

** El puntaje Z se multiplicó por (-1) a fin de que los mejores desempeños tuvieran valores positivos.

Anexo 7.2.3.3.1.5. Distribución del indicador “Promedio de días de estancia hospitalaria”



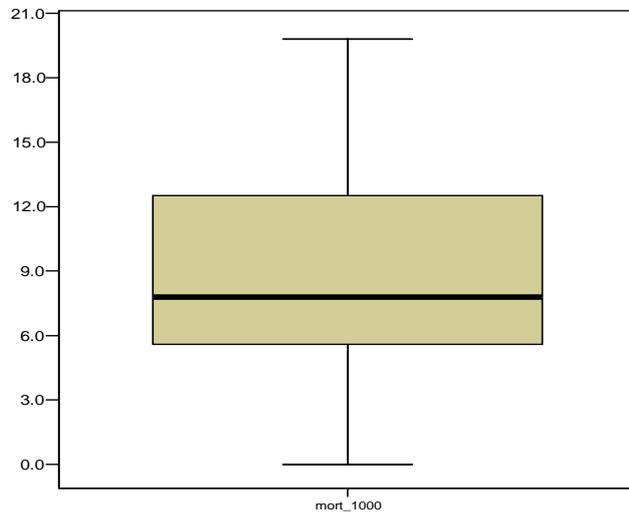
Anexo 7.2.3.3.6. Desempeño en el indicador “Promedio de días de estancia”

Hospital	Promedio de días estancia	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Promedio de días estancia	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	1.7	2.36	1	PINOS	2.7	0.62	3
HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	2.1	1.99	1	JALTIPAN DE MORELOS	2.7	0.57	3
MATEHUALA	2.1	1.78	1	MATAMOROS	2.7	0.53	4
VILLANUEVA	2.2	1.62	1	CHICONTEPEC DE TEJEDA	2.8	0.49	4
VILLA UNION	2.2	1.5	1	ZACAPOAXTLA	2.8	0.45	4
RIO GRANDE	2.2	1.4	1	SOTO LA MARINA	2.8	0.41	4
TUXPAN	2.3	1.31	2	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	2.8	0.37	4
ZACUALTIPAN	2.3	1.23	2	RAMOS ARIZPE	2.8	0.33	4
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	2.4	1.15	2	SAN QUINTIN	2.8	0.29	4
BOCHIL	2.4	1.08	2	SAN BUENAVENTURA	2.9	0.26	5
OCOSINGO	2.4	1.02	2	COSCOMATEPEC DE BRAVO	2.9	0.22	5
CHARCAS	2.6	0.96	2	HUEJUTLA DE REYES	3	0.18	5
ARIO DE ROSALES	2.6	0.91	2	MAPASTEPEC	3	0.15	5
CONCEPCION DEL ORO	2.6	0.85	3	RODEO	3	0.11	5
CIUDAD TULA	2.6	0.8	3	TLACOLULA DE MATAMOROS	3	0.07	5
SAN SALVADOR EL SECO	2.7	0.75	3	FUERTE, EL	3	0.04	5
OXKUTZCAB	2.7	0.71	3	HECELCHAKAN	3	0	6
MOTOZINTLA DE MENDOZA	2.7	0.66	3	SAN FELIPE ECATEPEC	3.1	-0.04	6

Hospital	Promedio de días estancia	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Promedio de días estancia	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
METEPEC	3.1	-0.07	6	IZAMAL	3.6	-0.75	8
PARACHO DE VERDUZCO	3.1	-0.11	6	SAN JUANITO	3.6	-0.8	8
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	3.1	-0.15	6	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	3.7	-0.85	9
CHIAUTLA DE TAPIA	3.1	-0.18	6	VICENTE GUERRERO	3.8	-0.91	9
PAPANTLA DE OLARTE	3.2	-0.22	6	HUETAMO DE NU&EZ	3.8	-0.96	9
CERRITOS	3.2	-0.26	7	ALTAMIRANO	3.8	-1.02	9
MAXCANU	3.2	-0.29	7	VENUSTIANO CARRANZA	3.8	-1.08	9
MATIAS ROMERO	3.2	-0.33	7	GUADALUPE TEPEYAC	3.8	-1.15	9
ACANCEH	3.2	-0.37	7	ZONGOLICA	3.9	-1.23	9
GUACHOCHI	3.3	-0.41	7	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	4	-1.31	10
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	3.3	-0.45	7	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	4	-1.4	10
ZACATIPAN	3.4	-0.49	7	CHIGNAHUAPAN	4.1	-1.5	10
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	3.4	-0.53	8	SANTIAGO JAMILTEPEC	4.2	-1.62	10
HUAUTLA DE JIMENEZ	3.5	-0.57	8	SAN CAYETANO	4.2	-1.78	10
SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	3.5	-0.62	8	SANTIAGO JUXTLAHUACA	4.2	-1.99	10
TEPEXI DE RODRIGUEZ	3.5	-0.66	8	IXMIQUILPAN	4.2	-2.36	10
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	3.5	-0.71	8				

**** El puntaje Z se multiplicó por (-1) a fin de que los mejores desempeños tuvieran valores positivos.**

Anexo 7.2.3.3.1.6. Distribución original del indicador “Tasa de mortalidad intrahospitalaria”



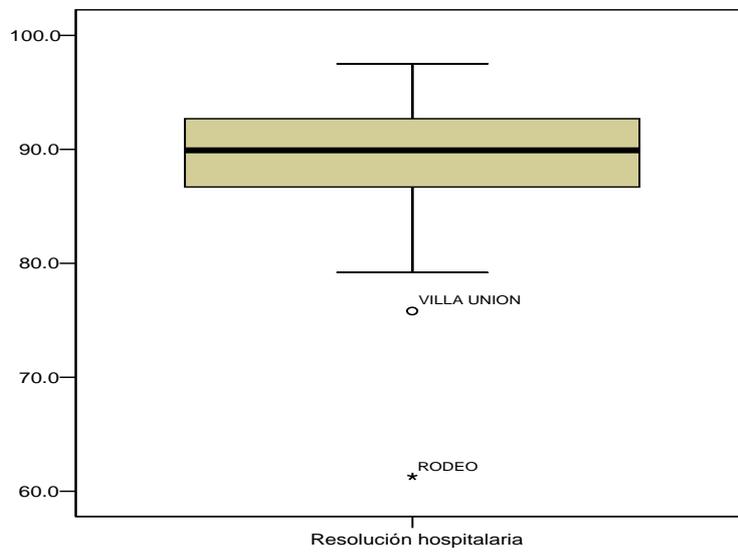
Anexo 7.2.3.3.7. Desempeño en el indicador “Mortalidad intrahospitalaria”

Hospital	Tasa de mortalidad (por 1,000 egresos)	Puntaje Z **	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Tasa de mortalidad (por 1,000 egresos)	Puntaje Z **	Puntos asignados con base en la desviación
HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA)	0	2.36	1	RIO GRANDE	5.59	0.66	3
MAXCANU	1.08	1.99	1	TLACOLULA DE MATAMOROS	5.68	0.62	3
SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	1.28	1.78	1	OXXUTZCAB	6.08	0.57	3
GUADALUPE TEPEYAC	1.29	1.62	1	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	6.26	0.53	4
ACANCEH	1.84	1.5	1	PAPANTLA DE OLARTE	6.49	0.49	4
JALTIPAN DE MORELOS	1.87	1.4	1	MATAMOROS	6.53	0.45	4
SAN CAYETANO	2.01	1.31	2	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	6.74	0.41	4
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	2.25	1.23	2	MOTOZINTLA DE MENDOZA	6.85	0.37	4
VILLA UNION	2.93	1.15	2	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	7.08	0.33	4
HECELCHAKAN	3.22	1.08	2	CIUDAD TULA	7.08	0.29	4
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	3.26	1.02	2	VICENTE GUERRERO	7.1	0.26	5
PARACHO DE VERDUZCO	3.75	0.96	2	SAN BUENAVENTURA	7.14	0.22	5
VILLANUEVA	4.24	0.91	2	SAN SALVADOR EL SECO	7.15	0.18	5
BOCHIL	4.65	0.85	3	ARIO DE ROSALES	7.25	0.15	5
ALTAMIRANO	4.93	0.8	3	TUXPAN	7.25	0.11	5
FUERTE, EL	5.17	0.75	3	VENUSTIANO CARRANZA	7.37	0.07	5
PINOS	5.39	0.71	3	MAPASTEPEC	7.56	0.04	5

Hospital	Tasa de mortalidad (por 1,000 egresos)	Puntaje Z **	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Tasa de mortalidad (por 1,000 egresos)	Puntaje Z **	Puntos asignados con base en la desviación
METEPEC	7.78	0	6	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	12.85	-0.71	8
IZAMAL	8	-0.04	6	TEPEXI DE RODRIGUEZ	13.43	-0.75	8
RODEO	8.24	-0.07	6	ZACUALTIPAN	13.62	-0.8	8
CERRITOS	8.96	-0.11	6	MATEHUALA	13.72	-0.85	9
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	9	-0.15	6	SAN QUINTIN	13.74	-0.91	9
COSCOMATEPEC DE BRAVO	9.09	-0.18	6	SANTIAGO JUXTLAHUACA	14.11	-0.96	9
CONCEPCION DEL ORO	9.3	-0.22	6	HUETAMO DE NU&EZ	15.27	-1.02	9
CHARCAS	9.57	-0.26	7	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	16.12	-1.08	9
SOTO LA MARINA	9.82	-0.29	7	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	16.33	-1.15	9
HUEJUTLA DE REYES	10.11	-0.33	7	ZACATIPAN	16.63	-1.23	9
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	10.44	-0.37	7	CHIAUTLA DE TAPIA	17.13	-1.31	10
SANTIAGO JAMILTEPEC	10.91	-0.41	7	OCOSINGO	17.48	-1.4	10
CHICONTEPEC DE TEJEDA	10.93	-0.45	7	SAN JUANITO	18.32	-1.5	10
ZONGOLICA	11.94	-0.49	7	CHIGNAHUAPAN	18.67	-1.62	10
MATIAS ROMERO	11.95	-0.53	8	IXMIQUILPAN	18.7	-1.78	10
ZACAPOAXTLA	12.16	-0.57	8	HUAUTLA DE JIMENEZ	19.09	-1.99	10
RAMOS ARIZPE	12.18	-0.62	8	GUACHOCHI	19.79	-2.36	10
SAN FELIPE ECATEPEC	12.51	-0.66	8				

**** El puntaje Z se multiplicó por (-1) a fin de que los mejores desempeños tuvieran valores positivos.**

Anexo 7.2.3.3.1.7. Distribución original del indicador “Capacidad resolutive”



Anexo 7.2.3.3.8. Desempeño en el indicador “Capacidad resolutive”

Hospital	Porcentaje de egresos por curación o mejoría	Puntaje Z	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Porcentaje de egresos por curación o mejoría	Puntaje Z	Puntos asignados con base en la desviación
IXMIQUILPAN	97.5	2.36	1	METEPEC	92.5	0.62	3
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	96.8	1.99	1	MOTOZINTLA DE MENDOZA	92.4	0.57	3
TUXPAN	96.2	1.78	1	VENUSTIANO CARRANZA	92.3	0.53	4
SAN SALVADOR EL SECO	96.1	1.62	1	CHIGNAHUAPAN	92.3	0.49	4
ARIO DE ROSALES	95.3	1.5	1	HUETAMO DE NU&EZ	92.3	0.45	4
PARACHO DE VERDUZCO	95.2	1.4	1	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	92.2	0.41	4
TLACOLULA DE MATAMOROS	95.2	1.31	2	ALTAMIRANO	92.1	0.37	4
ZONGOLICA	95.2	1.23	2	MAPASTEPEC	92.1	0.33	4
VILLANUEVA	95.1	1.15	2	ZACATIPAN	91.8	0.29	4
PAPANTLA DE OLARTE	94.8	1.08	2	RIO GRANDE	91.8	0.26	5
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	94.7	1.02	2	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	91.7	0.22	5
ZACAPOAXTLA	94.2	0.96	2	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	90.9	0.18	5
FUERTE, EL	94.2	0.91	2	MATAMOROS	90.9	0.15	5
COSCOMATEPEC DE BRAVO	94.1	0.85	3	VICENTE GUERRERO	90.8	0.11	5
JALTIPAN DE MORELOS	94	0.8	3	SOTO LA MARINA	90.4	0.07	5
CHIAUTLA DE TAPIA	93.5	0.75	3	CHICONTEPEC DE TEJEDA	90.1	0.04	5
SANTIAGO JAMILTEPEC	93.1	0.71	3	CHARCAS	89.9	0	6
HUAUTLA DE JIMENEZ	92.7	0.66	3	HUEJUTLA DE REYES	89.8	-0.04	6

Hospital	Porcentaje de egresos por curación o mejoría	Puntaje Z	Puntos asignados con base en la desviación	Hospital	Porcentaje de egresos por curación o mejoría	Puntaje Z	Puntos asignados con base en la desviación
SANTIAGO JUXTLAHUACA	89.5	-0.07	6	IZAMAL	86.4	-0.75	8
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	89.3	-0.11	6	PINOS	86.2	-0.8	8
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	89.3	-0.15	6	SAN FELIPE ECATEPEC	86	-0.85	9
MAXCANU	89.2	-0.18	6	SAN QUINTIN	85.8	-0.91	9
BENEMERITO DE LAS AMERICAS	89	-0.22	6	CERRITOS	85.3	-0.96	9
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	88.9	-0.26	7	ZACUALTIPAN	85	-1.02	9
SAN CAYETANO	88.6	-0.29	7	RAMOS ARIZPE	84.7	-1.08	9
TEPEXI DE RODRIGUEZ	88.6	-0.33	7	SAN BUENAVENTURA	84.4	-1.15	9
GUADALUPE TEPEYAC	88.4	-0.37	7	BOCHIL	84.2	-1.23	9
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	88	-0.41	7	GUACHOCHI	83.3	-1.31	10
CIUDAD TULA	87.9	-0.45	7	MATEHUALA	82.3	-1.4	10
SAN JUANITO	87.9	-0.49	7	OXKUTZCAB	82.1	-1.5	10
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	87.5	-0.53	8	ACANCEH	81.8	-1.62	10
OCOSINGO	87.5	-0.57	8	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	79.2	-1.78	10
CONCEPCION DEL ORO	87.2	-0.62	8	VILLA UNION	75.8	-1.99	10
MATIAS ROMERO	86.7	-0.66	8	RODEO	61.3	-2.36	10
HECELCHAKAN	86.5	-0.71	8				

Anexo 7.2.3.3.9. Ranking de calidad de las unidades hospitalarias del IMSS Oportunidades.

Hospital	Decil ocupado en porcentaje de cesáreas	Decil ocupado en días de estancia	Decil ocupado en mortalidad intrahospitalaria	Decil ocupado en capacidad resolutive	Posición final en el índice de Calidad	Hospital	Decil ocupado en porcentaje de cesáreas	Decil ocupado en días de estancia	Decil ocupado en mortalidad intrahospitalaria	Decil ocupado en capacidad resolutive	Posición final en el índice de Calidad
TUXPAN	2	2	5	1	1	TLACOLULA DE MATAMOROS	9	5	3	2	18
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	3	6	2	1	2	ALTAMIRANO	2	9	3	4	20
PARACHO DE VERDUZCO	3	6	2	1	2	CHARCAS	2	2	7	6	21
ARIO DE ROSALES	4	2	5	1	2	CIUDAD TULA	3	3	4	7	22
MOTOZINTLA DE MENDOZA	2	3	4	3	5	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	9	1	2	6	22
VILLANUEVA	9	1	2	2	6	GUADALUPE TEPEYAC	1	9	1	7	24
SAN SALVADOR EL SECO	7	3	5	1	7	HUEJUTLA DE REYES	1	5	7	6	24
JALTIPAN DE MORELOS	7	3	1	3	8	ZONGOLICA	5	9	7	2	24
HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	6***	1	1	5	9	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	5	4	4	6	24
RIO GRANDE	5	1	3	5	10	VICENTE GUERRERO	2	9	5	5	28
METEPEC	1	6	6	3	11	PINOS	4	3	3	8	28
MATAMOROS	2	4	4	5	12	CHICONTEPEC DE TEJEDA	5	4	7	5	28
COSCOMATEPEC DE BRAVO	3	5	6	3	12	ZACATIPAN	3	7	9	4	31
ZACAPOAXTLA	4	4	8	2	12	BOCHIL	4	2	3	9	31
PAPANTLA DE OLARTE	6	6	4	2	12	VENUSTIANO CARRANZA	6	9	5	4	33
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	6	2	4	4	12	MAXCANU	8	7	1	6	34
FUERTE, EL	8	5	3	2	12	ACANCEH	1	7	1	10	35
MAPASTEPEC	3	5	5	4	18	VILLA UNION	6	1	2	10	36

Hospital	Decil ocupado en porcentaje de cesáreas	Decil ocupado en días de estancia	Decil ocupado en mortalidad intrahospitalaria	Decil ocupado en capacidad resolutive	Posición final en el índice de Calidad	Hospital	Decil ocupado en porcentaje de cesáreas	Decil ocupado en días de estancia	Decil ocupado en mortalidad intrahospitalaria	Decil ocupado en capacidad resolutive	Posición final en el índice de Calidad
SANTIAGO JAMILTEPEC	7	10	7	3	37	OCOSINGO	6	2	10	8	52
RAMOS ARIZPE	1	4	8	9	38	SAN QUINTIN	4	4	9	9	55
IZAMAL	1	8	6	8	38	HUETAMO DE NU&EZ	10	9	9	4	56
CHIAUTLA DE TAPIA	9	6	10	3	38	SAN BUENAVENTURA	8	5	5	9	57
IXMIQUILPAN	9	10	10	1	38	OXKUTZCAB	10	3	3	10	57
SOTO LA MARINA	10	4	7	5	38	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	8	10	4	7	59
HECELCHAKAN	7	6	2	8	43	SAN FELIPE ECATEPEC	5	6	8	9	60
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	10	10	8	2	44	SANTIAGO JUXTLAHUACA	6	10	9	6	60
ZACUALTIPAN	4	2	8	9	45	MATEHUALA	7	1	9	10	60
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	4	8	6	7	45	MATIAS ROMERO	6	7	8	8	63
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	5	8	7	6	45	CHIGNAHUAPAN	10	10	10	4	64
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	5	9	9	5	48	CERRITOS	8	7	6	9	65
SAN CAYETANO	7	10	2	7	49	TEPEXI DE RODRIGUEZ	9	8	8	7	65
CONCEPCION DEL ORO	8	3	6	8	49	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	10	8	1	10	65
HUAUTLA DE JIMENEZ	9	8	10	3	49	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	8	7	9	8	68
SAN JUANITO	2	8	10	7	52	GUACHOCHI	7	7	10	10	69
RODEO	3	5	6	10	52						

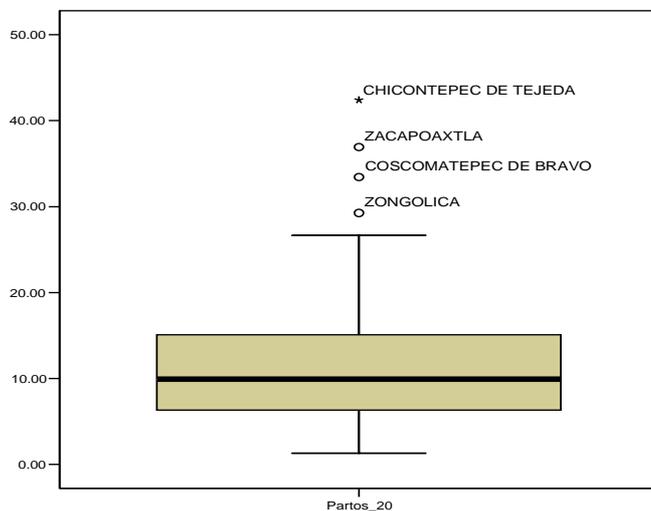
*** Al hospital 20 de Noviembre se le imputó el promedio nacional de cesáreas dado que no hubo atención de nacimientos en 2007.

Anexo 7.2.3.3.10. Desempeño agregado del componente “Atención médica”

Hospital	Posición en el índice de productividad	Posición en el índice de calidad de la atención	Posición final ranking atención médica	Hospital	Posición en el índice de productividad	Posición en el índice de calidad de la atención	Posición final ranking atención médica
ARIO DE ROSALES	2	2	1	CHICONTEPEC DE TEJEDA	5	28	18
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	3	2	2	JALTIPAN DE MORELOS	57	8	19
TUXPAN	23	1	3	METEPEC	50	11	20
ZACAPOAXTLA	5	12	4	VICENTE GUERRERO	12	28	21
PAPANTLA DE OLARTE	9	12	5	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	54	12	22
MATAMOROS	15	12	6	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	31	22	23
FUERTE, EL	18	12	7	MAPASTEPEC	41	18	24
RIO GRANDE	23	10	8	IXMIQUILPAN	1	38	25
PARACHO DE VERDUZCO	45	2	9	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	69	9	26
SAN SALVADOR EL SECO	38	7	10	ZACATIPAN	18	31	27
MOTOZINTLA DE MENDOZA	45	5	11	CIUDAD TULA	41	22	28
COSCOMATEPEC DE BRAVO	31	12	12	PINOS	27	28	28
VILLANUEVA	45	6	13	MAXCANU	15	34	30
HUEJUTLA DE REYES	4	24	14	BOCHIL	23	31	31
CHARCAS	11	21	15	CHIAUTLA DE TAPIA	9	38	32
TLACOLULA DE MATAMOROS	18	18	15	VENUSTIANO CARRANZA	27	33	33
ALTAMIRANO	23	20	17	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	5	45	34

Hospital	Posición en el índice de productividad	Posición en el índice de calidad de la atención	Posición final ranking atención médica	Hospital	Posición en el índice de productividad	Posición en el índice de calidad de la atención	Posición final ranking atención médica
ZONGOLICA	54	24	34	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	44	48	53
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	12	44	36	HUAUTLA DE JIMENEZ	45	49	54
GUADALUPE TEPEYAC	60	24	37	HECELCHAKAN	60	43	55
SANTIAGO JAMILTEPEC	31	37	38	TEPEXI DE RODRIGUEZ	12	65	56
RAMOS ARIZPE	31	38	39	ZACUALTIPAN	65	45	57
BENEMERITO DE LAS AMERICAS	67	24	40	CONCEPCION DEL ORO	60	49	58
ACANCEH	50	35	41	HUETAMO DE NU&EZ	45	56	59
SAN CAYETANO	18	49	42	MATEHUALA	38	60	60
VILLA UNION	50	36	43	SAN FELIPE ECATEPEC	38	60	60
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	31	45	44	SAN QUINTIN	57	55	62
OXKUTZCAB	15	57	45	SAN BUENAVENTURA	57	57	63
OCOSINGO	27	52	46	GUACHOCHI	31	69	64
RODEO	27	52	46	CERRITOS	41	65	65
IZAMAL	60	38	48	MATIAS ROMERO	54	63	66
SOTO LA MARINA	60	38	48	SANTIAGO JUXTLAHUACA	67	60	67
SAN JUANITO	31	52	50	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	50	68	68
CHIGNAHUAPAN	5	64	51	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	65	65	69
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	18	59	52				

Anexo 7.2.3.3.2.1. Distribución original del indicador “Partos en menores de 20 años”



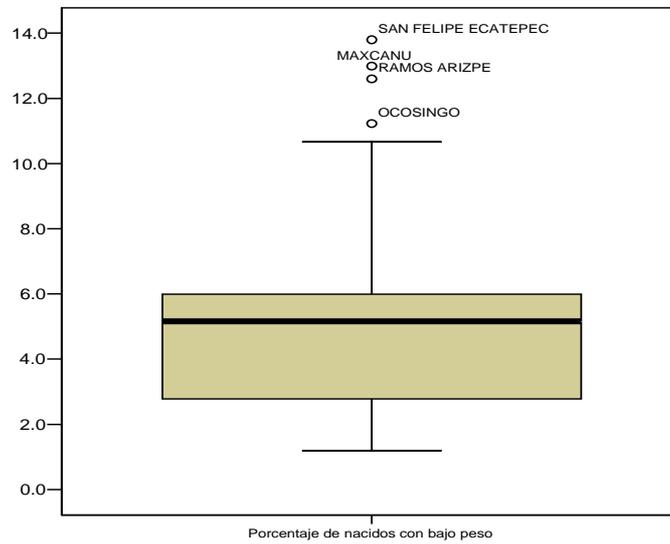
Anexo 7.2.3.3.11. Desempeño en el indicador “Partos en menores de 20 años”

Hospital	Partos en menores de 20 años por cada 100 mujeres de 10-19 años	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Partos en menores de 20 años por cada 100 mujeres de 10-19 años	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
	1.3	1.3	1	OXKUTZCAB	6.9	0.62	3
VILLA UNION	2.2	1.2	1	VENUSTIANO CARRANZA	7	0.6	3
VILLANUEVA	3	1.1	1	CHARCAS	7	0.6	4
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	3.7	1.01	1	CIUDAD TULA	7.2	0.58	4
HUETAMO DE NU&EZ	3.7	1	1	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	7.2	0.57	4
HECELCHAKAN	3.8	1	1	CERRITOS	7.4	0.55	4
ZACUALTIPAN	3.8	1	2	VICENTE GUERRERO	8	0.48	4
IZAMAL	4.2	0.95	2	SAN BUENAVENTURA	8.2	0.45	4
GUADALUPE TEPEYAC	4.8	0.87	2	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	8.5	0.42	4
SOTO LA MARINA	5.1	0.84	2	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	8.6	0.4	5
IXMIQUILPAN	5.1	0.83	2	SANTIAGO JUXTLAHUACA	8.6	0.4	5
TEPEXI DE RODRIGUEZ	5.5	0.79	2	ALTAMIRANO	8.8	0.38	5
FUERTE, EL	5.5	0.79	2	SANTIAGO JAMILTEPEC	8.8	0.38	5
ACANCEH	5.6	0.77	3	TLACOLULA DE MATAMOROS	8.8	0.37	5
RAMOS ARIZPE	5.8	0.74	3	OCOSINGO	9.6	0.28	5
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	6.1	0.71	3	MATAMOROS	9.7	0.26	5
HUEJUTLA DE REYES	6.3	0.69	3	CHIGNAHUAPAN	10.2	0.2	6
CHIAUTLA DE TAPIA	6.4	0.68	3	SAN CAYETANO	10.6	0.15	6

Hospital	Partos en menores de 20 años por cada 100 mujeres de 10-19 años	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Partos en menores de 20 años por cada 100 mujeres de 10-19 años	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
SAN FELIPE ECATEPEC	10.7	0.14	6	MAPASTEPEC	16.4	-0.56	8
MATIAS ROMERO	10.9	0.12	6	JALTIPAN DE MORELOS	16.5	-0.58	8
BENEMERITO DE LAS AMERICAS	11.1	0.1	6	PAPANTLA DE OLARTE	16.7	-0.61	9
HUAUTLA DE JIMENEZ	11.2	0.08	6	ZACATIPAN	17	-0.63	9
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	11.4	0.06	6	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	17.5	-0.71	9
METEPEC	11.4	0.05	7	PINOS	18.5	-0.83	9
RODEO	11.6	0.03	7	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	19.5	-0.95	9
MOTUZINTLA DE MENDOZA	11.7	0.01	7	TUXPAN	20.4	-1.06	9
GUACHOCHI	12.2	-0.04	7	SAN JUANITO	21.7	-1.23	9
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	12.7	-0.1	7	BOCHIL	22.8	-1.36	10
MATEHUALA	13.5	-0.21	7	CONCEPCION DEL ORO	26.6	-1.83	10
PARACHO DE VERDUZCO	13.9	-0.25	7	ZONGOLICA	29.3	-2.16	10
RIO GRANDE	14	-0.27	8	COSCOMATEPEC DE BRAVO	33.4	-2.68	10
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	14	-0.27	8	ZACAPOAXTLA	36.9	-3.11	10
SAN SALVADOR EL SECO	14.3	-0.31	8	CHICONTEPEC DE TEJEDA	42.4	-3.79	10
ARIO DE ROSALES	15.9	-0.5	8	Hospital 20 de Noviembre	Este hospital no atendió partos en 2008. Para integrarlo al ranking final se le asignará el valor correspondiente al promedio nacional del IMSS Oportunidades		
SAN QUINTIN	16.1	-0.53	8				

**** El puntaje Z se multiplicó por (-1) a fin de que los mejores desempeños tuvieran valores positivos.**

Anexo 7.2.3.3.2.2. Distribución del indicador “Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer”



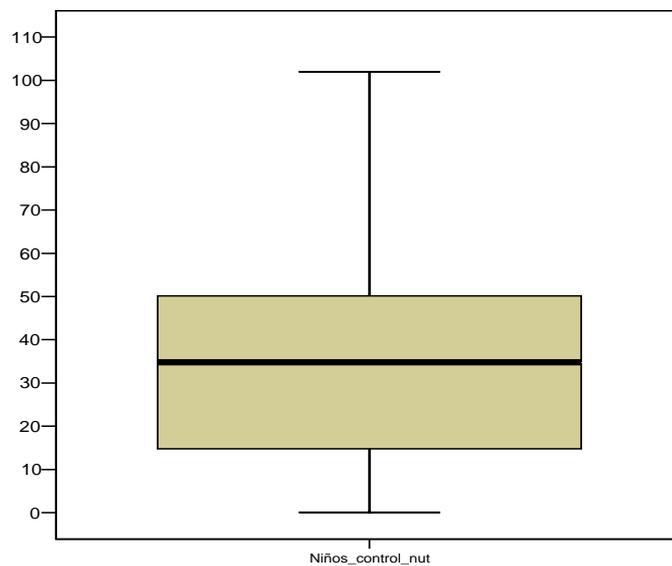
Anexo 7.2.3.3.12. Desempeño en el indicador “Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer”

Hospital	Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
ZACATIPAN	1.2	1.38	1	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	3	0.75	3
SOTO LA MARINA	1.2	1.36	1	TUXPAN	3.1	0.69	3
IXMIQUILPAN	1.4	1.31	1	TLACOLULA DE MATAMOROS	3.2	0.67	4
VILLANUEVA	1.6	1.24	1	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	3.3	0.62	4
CONCEPCION DEL ORO	1.6	1.24	1	CERRITOS	3.6	0.54	4
MATAMOROS	1.8	1.18	1	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	4.1	0.34	4
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	1.8	1.16	2	METEPEC	4.4	0.25	4
TEPEXI DE RODRIGUEZ	2	1.11	2	VICENTE GUERRERO	4.6	0.2	4
VENUSTIANO CARRANZA	2	1.1	2	ALTAMIRANO	4.6	0.2	4
FUERTE, EL	2	1.1	2	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	4.6	0.18	5
GUACHOCHI	2	1.09	2	VILLA UNION	4.7	0.14	5
SAN QUINTIN	2.1	1.06	2	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	4.7	0.13	5
RODEO	2.2	1.03	2	ZACUALTIPAN	4.9	0.06	5
CHIAUTLA DE TAPIA	2.2	1.01	3	RIO GRANDE	4.9	0.06	5
IZAMAL	2.3	0.99	3	HUETAMO DE NU&EZ	5	0.03	5
MAPASTEPEC	2.3	0.97	3	CHIGNAHUAPAN	5.1	0	5
MOTOZINTLA DE MENDOZA	2.8	0.82	3	OXXKUTZCAB	5.2	-0.03	6
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	2.8	0.82	3	MATIAS ROMERO	5.3	-0.05	6

Hospital	Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Puntaje Z en la distribución del indicador **	Puntos asignados
CIUDAD TULA	5.3	-0.06	6	CHICONTEPEC DE TEJEDA	6.3	-0.41	8
ACANCEH	5.3	-0.08	6	BOCHIL	6.5	-0.48	8
SAN BUENAVENTURA	5.4	-0.09	6	SAN SALVADOR EL SECO	6.6	-0.53	9
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	5.4	-0.1	6	HUEJUTLA DE REYES	7	-0.67	9
CHARCAS	5.6	-0.16	6	ZONGOLICA	7.2	-0.72	9
HECELCHAKAN	5.6	-0.17	7	SANTIAGO JAMILTEPEC	7.3	-0.76	9
SAN CAYETANO	5.6	-0.18	7	ARIO DE ROSALES	8.1	-1.06	9
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	5.6	-0.19	7	PARACHO DE VERDUZCO	8.2	-1.09	9
PINOS	5.7	-0.19	7	SANTIAGO JUXTLAHUACA	8.5	-1.2	9
ZACAPOAXTLA	5.8	-0.23	7	HUAUTLA DE JIMENEZ	9.9	-1.68	10
MATEHUALA	5.9	-0.28	7	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	10.7	-1.95	10
PAPANTLA DE OLARTE	5.9	-0.29	7	OCOSINGO	11.2	-2.14	10
COSCOMATEPEC DE BRAVO	5.9	-0.29	8	RAMOS ARIZPE	12.6	-2.62	10
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	6	-0.31	8	MAXCANU	13	-2.76	10
SAN JUANITO	6	-0.31	8	SAN FELIPE ECATEPEC	13.8	-3.05	10
GUADALUPE TEPEYAC	6	-0.31	8	Hospital 20 de Noviembre	Este hospital no atendió partos en 2008. Para integrarlo al ranking final se le asignará el valor correspondiente al promedio nacional del IMSS Oportunidades		
JALTIPAN DE MORELOS	6.2	-0.37	8				

**** El puntaje Z se multiplicó por (-1) a fin de que los mejores desempeños tuvieran valores positivos.**

Anexo 7.2.3.3.2.3. Distribución del indicador “Niños bajo control nutricional”

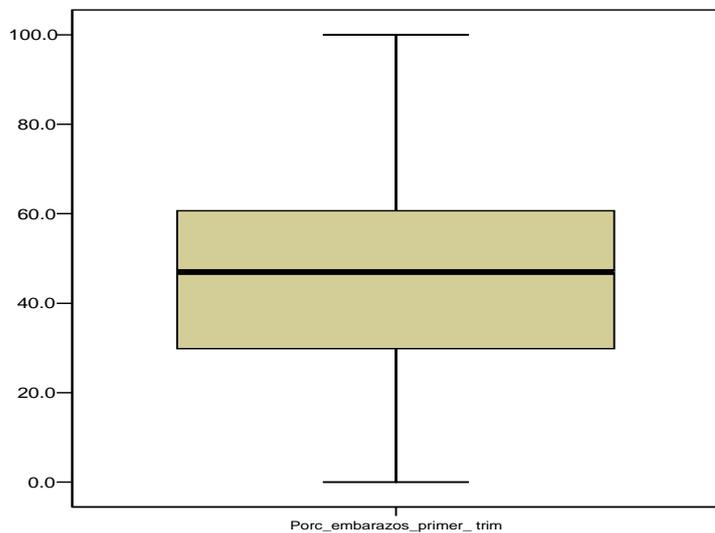


Anexo 7.2.3.3.13 Desempeño en el indicador “Niños bajo control nutricional”

Hospital	Porcentaje de niños bajo control nutricional	Puntaje Z	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de niños bajo control nutricional	Puntaje Z	Puntos asignados
TUXPAN	102	2.49	1	SANTIAGO JAMILTEPEC	47.8	0.44	3
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	97.4	2.32	1	ZACAPOAXTLA	46.5	0.39	3
HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA)	95.1	2.23	1	BOCHIL	46	0.37	4
JALTIPAN DE MORELOS	84	1.81	1	HUAUTLA DE JIMENEZ	45.9	0.36	4
VILLA UNION	82	1.73	1	CONCEPCION DEL ORO	45.5	0.35	4
COSCOMATEPEC DE BRAVO	79.8	1.65	1	GUADALUPE TEPEYAC	43.6	0.28	4
SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	77.5	1.56	2	OXKUTZCAB	41.2	0.18	4
ZONGOLICA	76.6	1.53	2	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	40.6	0.16	4
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	74.7	1.45	2	HECELCHAKAN	40.2	0.15	4
CHICONTEPEC DE TEJEDA	73	1.39	2	MOTOZINTLA DE MENDOZA	38.6	0.09	5
VICENTE GUERRERO	71.9	1.35	2	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	37.5	0.05	5
BENEMERITO DE LAS AMERICAS	62.1	0.98	2	SAN JUANITO	37.1	0.03	5
HUETAMO DE NU&EZ	59.7	0.89	2	SAN SALVADOR EL SECO	36.4	0	5
TEPEXI DE RODRIGUEZ	57.8	0.81	3	MAPASTEPEC	36.1	-0.01	5
MATAMOROS	56.4	0.76	3	ACANCEH	35.7	-0.02	5
SOTO LA MARINA	52	0.59	3	CHARCAS	34.9	-0.05	5
SAN CAYETANO	50.3	0.53	3	SAN BUENAVENTURA	34.8	-0.06	6
IZAMAL	50.2	0.53	3	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	34.4	-0.07	6

Hospital	Porcentaje de niños bajo control nutricional	Puntaje Z	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de niños bajo control nutricional	Puntaje Z	Puntos asignados
CIUDAD TULA	34.2	-0.08	6	CHIAUTLA DE TAPIA	13.3	-0.87	8
VILLANUEVA	33.2	-0.12	6	ZACATIPAN	10.2	-0.99	8
CHIGNAHUAPAN	31.2	-0.19	6	RAMOS ARIZPE	10.1	-0.99	9
ALTAMIRANO	29.5	-0.26	6	PARACHO DE VERDUZCO	9.9	-1	9
MATEHUALA	26	-0.39	6	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	8.3	-1.06	9
RIO GRANDE	25	-0.43	7	ZACUALTIPAN	8.2	-1.06	9
MAXCANU	24.1	-0.46	7	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	7	-1.11	9
PINOS	24	-0.47	7	METEPEC	5.6	-1.16	9
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	21.9	-0.55	7	FUERTE, EL	4.9	-1.19	9
SAN FELIPE ECATEPEC	19.5	-0.63	7	SANTIAGO JUXTLAHUACA	4.6	-1.2	10
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	19.5	-0.63	7	HUEJUTLA DE REYES	4	-1.22	10
RODEO	19.4	-0.64	7	OCOSINGO	2.5	-1.28	10
ARIO DE ROSALES	16.6	-0.74	8	SAN QUINTIN	2	-1.3	10
MATIAS ROMERO	16.2	-0.76	8	VENUSTIANO CARRANZA	1.8	-1.31	10
CERRITOS	15.7	-0.78	8	IXMIQUILPAN	1.1	-1.33	10
GUACHOCHI	14.8	-0.81	8	PAPANTLA DE OLARTE	0.1	-1.37	10
TLACOLULA DE MATAMOROS	13.9	-0.85	8				

Anexo 7.2.3.3.2.4. Distribución del indicador “Niños bajo control nutricional”



Anexo 7.2.3.3.14. Desempeño en el indicador “Embarazos detectados en el primer trimestre”

Hospital	Porcentaje de embarazos detectados en el primer trimestre	Puntaje Z	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de embarazos detectados en el primer trimestre	Puntaje Z	Puntos asignados
ACANCEH	100	2.13	1	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	60.4	0.51	3
OXKUTZCAB	100	2.13	1	COSCOMATEPEC DE BRAVO	59	0.45	3
HECELCHAKAN	95.6	1.95	1	ZACAPOAXTLA	56.3	0.34	4
MATAMOROS	95.5	1.95	1	CIUDAD TULA	56	0.33	4
MAXCANU	94	1.89	1	GUACHOCHI	55.2	0.29	4
CHICONTEPEC DE TEJEDA	93	1.85	1	VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	54.9	0.28	4
SANTIAGO JUXTLAHUACA	91.7	1.79	2	RODEO	53.7	0.24	4
PINOS	90	1.72	2	CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	52.8	0.2	4
CONCEPCION DEL ORO	86	1.56	2	RAMOS ARIZPE	51.9	0.16	4
CHIGNAHUAPAN	80.9	1.35	2	VALLE DE IGNACIO ALLENDE	51	0.12	5
MATIAS ROMERO	80.7	1.34	2	BOCHIL	50.8	0.11	5
CHIAUTLA DE TAPIA	69.4	0.88	2	ZONGOLICA	50	0.08	5
IZAMAL	67	0.78	2	SAN SALVADOR EL SECO	50	0.08	5
MAPASTEPEC	64.9	0.69	3	VICENTE GUERRERO	48.9	0.04	5
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	64.4	0.67	3	VILLA UNION	48	0	5
MATEHUALA	62	0.57	3	VILLANUEVA	48	0	5
TLACOLULA DE MATAMOROS	60.7	0.52	3	METEPEC	47	-0.04	6
CERRITOS	60.7	0.52	3	VENUSTIANO CARRANZA	43.8	-0.17	6

Hospital	Porcentaje de embarazos detectados en el primer trimestre	Puntaje Z	Puntos asignados	Hospital	Porcentaje de embarazos detectados en el primer trimestre	Puntaje Z	Puntos asignados
MOTOZINTLA DE MENDOZA	40.7	-0.3	6	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	28.7	-0.79	8
SOTO LA MARINA	40	-0.33	6	HUETAMO DE NU&EZ	28.7	-0.79	8
ARIO DE ROSALES	39.7	-0.34	6	IXMIQUILPAN	27.1	-0.85	9
SAN JUANITO	39.1	-0.36	6	RIO GRANDE	27	-0.86	9
JALTIPAN DE MORELOS	39	-0.37	6	TEPEXI DE RODRIGUEZ	25.9	-0.91	9
SAN QUINTIN	36.6	-0.47	7	GUADALUPE TEPEYAC	24.2	-0.98	9
BENEMERITO DE LAS AMERICAS	35.7	-0.5	7	HUEJUTLA DE REYES	23	-1.02	9
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	35	-0.53	7	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	22.7	-1.03	9
OCOSINGO	34.1	-0.57	7	ZACUALTIPAN	22.1	-1.06	9
HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	34	-0.57	7	TUXPAN	22.1	-1.06	10
SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	33.3	-0.6	7	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	20	-1.15	10
FUERTE, EL	33	-0.61	7	CHARCAS	18	-1.23	10
SAN CAYETANO	31.9	-0.66	8	HUAUTLA DE JIMENEZ	16	-1.31	10
SAN BUENAVENTURA	31.8	-0.66	8	ZACATIPAN	14	-1.39	10
PARACHO DE VERDUZCO	31.4	-0.68	8	SAN FELIPE ECATEPEC	2.7	-1.86	10
ALTAMIRANO	29.8	-0.74	8	SANTIAGO JAMILTEPEC	0	-1.97	10
PAPANTLA DE OLARTE	29	-0.78	8				

Anexo 7.2.3.3.15. Ranking de acción comunitaria de las unidades hospitalarias del IMSS-Oportunidades.

Hospital	Decil ocupado en partos en menores de 20 años	Decil ocupado en niños con bajo peso al nacer	Decil ocupado en niños bajo control nutricional	Decil ocupado en detección de embarazos en primer trimestre	Posición final en el índice de Acción Comunitaria	Hospital	Decil ocupado en partos en menores de 20 años	Decil ocupado en niños con bajo peso al nacer	Decil ocupado en niños bajo control nutricional	Decil ocupado en detección de embarazos en primer trimestre	Posición final en el índice de Acción Comunitaria
MATAMOROS	5	1	3	1	1	MAPASTEPEC	8	3	5	3	17
IZAMAL	2	3	3	2	1	CERRITOS	4	4	8	3	17
VILLA UNION	1	5	1	5	3	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	6	4	2	7	17
SOTO LA MARINA	2	1	3	6	3	TLACOLULA DE MATAMOROS	5	4	8	3	22
HECELCHAKAN	1	7	4	1	5	CIUDAD TULA	4	6	6	4	22
VILLANUEVA	1	1	6	5	5	RODEO	7	2	7	4	22
OXKUTZCAB	3	6	4	1	7	TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	6	5	2	7	22
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	1	3	6	4	7	FUERTE, EL	2	2	9	7	22
ACANCEH	3	6	5	1	9	CHICONTEPEC DE TEJEDA	10	8	2	1	27
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	3	2	7	3	9	GUACHOCHI	7	2	8	4	27
VICENTE GUERRERO	4	4	2	5	9	VENUSTIANO CARRANZA	3	2	10	6	27
CHIAUTLA DE TAPIA	3	3	8	2	12	MOTUZINTLA DE MENDOZA	7	3	5	6	27
HUETAMO DE NU&EZ	1	5	2	8	12	COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	4	7	1	9	27
TEPEXI DE RODRIGUEZ	2	2	3	9	12	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	5	5	1	10	27
CONCEPCION DEL ORO	10	1	4	2	15	MATIAS ROMERO	6	6	8	2	33
CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	4	4	7	3	16	COSCOMATEPEC DE BRAVO	10	8	1	3	33
MAXCANU	1	10	7	1	17	IXMIQUILPAN	2	1	10	9	33
CHIGNAHUAPAN	6	5	6	2	17	MATEHUALA	7	7	6	3	36

Hospital	Decil ocupado en partos en menores de 20 años	Decil ocupado en niños con bajo peso al nacer	Decil ocupado en niños bajo control nutricional	Decil ocupado en detección de embarazos en primer trimestre	Posición final en el índice de Acción Comunitaria	Hospital	Decil ocupado en partos en menores de 20 años	Decil ocupado en niños con bajo peso al nacer	Decil ocupado en niños bajo control nutricional	Decil ocupado en detección de embarazos en primer trimestre	Posición final en el índice de Acción Comunitaria
JALTIPAN DE MORELOS	8	8	1	6	36	BOCHIL	10	8	4	5	54
ALTAMIRANO	5	4	6	8	36	SAN SALVADOR EL SECO	8	9	5	5	54
GUADALUPE TEPEYAC	2	8	4	9	36	SAN QUINTIN	8	2	10	7	54
TUXPAN	9	3	1	10	36	SANTIAGO JAMILTEPEC	5	9	3	10	54
ZACAPOAXTLA	10	7	3	4	41	SAN JUANITO	9	8	5	6	58
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	8	3	9	4	41	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	9	10	2	7	58
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	9	5	5	5	41	ZACATIPAN	9	1	8	10	58
SAN CAYETANO	6	7	3	8	41	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	7	6	9	7	61
SAN BUENAVENTURA	4	6	6	8	41	RIO GRANDE	8	5	7	9	61
PINOS	9	7	7	2	46	HUAUTLA DE JIMENEZ	6	10	4	10	63
MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	5	8	4	8	46	ARIO DE ROSALES	8	9	8	6	64
ZACUALTIPAN	2	5	9	9	46	HUEJUTLA DE REYES	3	9	10	9	64
CHARCAS	4	6	5	10	46	OCOSINGO	5	10	10	7	66
SANTIAGO JUXTLAHUACA	5	9	10	2	50	PARACHO DE VERDUZCO	7	9	9	8	67
RAMOS ARIZPE	3	10	9	4	50	SAN FELIPE ECATEPEC	6	10	7	10	67
ZONGOLICA	10	9	2	5	50	PAPANTLA DE OLARTE	9	7	10	8	69
METEPEC	7	4	9	6	50						

*** Al hospital 20 de Noviembre se le imputó el promedio nacional de cesáreas dado que no hubo atención de nacimientos en 2007.

Anexo 7.2.3.3.16. Ranking global de desempeño de las unidades hospitalarias del IMSS-Oportunidades

Hospital	Posición en el ranking de atención médica	Posición en el ranking de acción comunitaria	Posición final	Hospital	Posición en el ranking de atención médica	Posición en el ranking de acción comunitaria	Posición final
MATAMOROS	6	1	1	JALTIPAN DE MORELOS	19	36	19
OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	2	9	2	ARIO DE ROSALES	1	64	20
VILLANUEVA	13	5	3	HOSPITAL 20 NOV (ISLA MARIA MA	26	27	21
FUERTE, EL	7	22	4	CIUDAD GUADALUPE VICTORIA	34	16	22
TUXPAN	3	36	5	VILLA UNION	43	3	23
VICENTE GUERRERO	21	9	5	CHARCAS	15	46	24
MOTOZINTLA DE MENDOZA	11	27	7	SAN SALVADOR EL SECO	10	54	25
TLACOLULA DE MATAMOROS	15	22	8	ACANCEH	41	9	26
ZACAPOAXTLA	4	41	9	IXMIQUILPAN	25	33	27
COSCOMATEPEC DE BRAVO	12	33	10	IZAMAL	48	1	28
MAPASTEPEC	24	17	11	RIO GRANDE	8	61	29
CHICONTEPEC DE TEJEDA	18	27	12	OXKUTZCAB	45	7	30
TLALTENANGO DE SANCHEZ ROMAN	22	22	13	SOTO LA MARINA	48	3	31
CHIAUTLA DE TAPIA	32	12	14	PAPANTLA DE OLARTE	5	69	32
ALTAMIRANO	17	36	15	VENUSTIANO CARRANZA	33	27	32
COALCOMAN DE VAZQUEZ PALLARES	23	27	15	BENEMERITO DE LAS AMERICAS	40	17	34
MAXCANU	30	17	17	METEPEC	20	50	35
CIUDAD TULA	28	22	18	PARACHO DE VERDUZCO	9	67	36

Hospital	Posición en el ranking de atención médica	Posición en el ranking de acción comunitaria	Posición final	Hospital	Posición en el ranking de atención médica	Posición en el ranking de acción comunitaria	Posición final
CIUDAD DE HUAJUAPAM DE LEON	52	7	37	SANTIAGO JAMILTEPEC	38	54	54
HUEJUTLA DE REYES	14	64	37	CERRITOS	65	17	55
HECELCHAKAN	55	5	39	GUACHOCHI	64	27	56
PINOS	28	46	40	MATEHUALA	60	36	57
RODEO	46	22	41	ZACUALTIPAN	57	46	58
GUADALUPE TEPEYAC	37	36	42	MATIAS ROMERO	66	33	59
CHIGNAHUAPAN	51	17	43	SAN JUANITO	50	58	60
VILLA AVILA CAMACHO (LA CEIBA)	36	41	44	OCOSINGO	46	66	61
TEPEXI DE RODRIGUEZ	56	12	45	SAN BUENAVENTURA	63	41	62
ZACATIPAN	27	58	46	HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO	53	61	63
BOCHIL	31	54	47	HUAUTLA DE JIMENEZ	54	63	64
HUETAMO DE NU&EZ	59	12	47	SAN QUINTIN	62	54	65
ZONGOLICA	34	50	49	MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ	68	46	66
CONCEPCION DEL ORO	58	15	50	SANTIAGO JUXTLAHUACA	67	50	67
SAN CAYETANO	42	41	51	SAN FELIPE ECATEPEC	60	67	68
VALLE DE IGNACIO ALLENDE	44	41	52	SAN ILDEFONSO VILLA ALTA	69	58	69
RAMOS ARIZPE	39	50	53				

Anexo 7.2.3.3.17. Ranking global de desempeño de las delegaciones del IMSS- Oportunidades en materia de atención hospitalaria

Delegación	Número de unidades	Suma de los puntajes de las unidades de la delegación	Promedio de desempeño de las unidades de la delegación	Posición final
SINALOA	3	48	16	1
VERACRUZ NORTE	2	44	22	2
DURANGO	3	68	22.7	3
TAMAULIPAS	2	49	24.5	4
MICHOACÁN	5	123	24.6	5
YUCATÁN	4	101	25.3	5
VERACRUZ SUR	3	78	26	7
ZACATECAS	5	135	27	8
PUEBLA	6	180	30	9
CHIAPAS	10	319	31.9	10
COAHUILA	3	116	38.7	11
CAMPECHE	1	39	39	12
HIDALGO	4	157	39.3	13
SAN LUIS POTOSÍ	4	182	45.5	14
NAYARIT	1	51	51	15
OAXACA	9	487	54.1	15
CHIHUAHUA	3	168	56	17
BAJA CALIFORNIA	1	65	65	18

Anexo 7.2.3.3.18. Ficha narrativa de procesos y flujograma

Ficha narrativa de procesos y flujograma: Contenidos	PROCESOS	
	Atención Materna y Perinatal (AMP)	Vigilancia Epidemiológica: Tuberculosis
Datos generales del proceso		
Nombre del proceso	Sí	Sí
Ámbito de operación	Sí	Sí
Entidad federativa	Sí	Sí
Principales características del proceso		
Objetivo del proceso	Sí	Sí
Áreas responsables	Sí	Sí
Actores relacionados al interior del programa	Sí	Sí
Actores relacionados externos al programa	Sí	Sí
Insumos necesarios	Sí	Sí
Áreas responsables de generar insumos	Sí	Sí
Productos del proceso	Sí	Sí
Áreas receptoras de los productos	No*	Sí
Descripción del proceso		
-		
Descripción cronológica del proceso		
Actividad	Sí	No
Documentación asociada	No	Sí
Responsable	Sí	Sí
Tiempo de la actividad	Sí	Sí
Flujograma		
Responsables	No	No
Evidencia documental	No	Sí
Uso de documentos soporte (normas técnicas y otros)	Sí	No

NOTAS:

* Se confunde este concepto con población objetivo

** Se incluyen en un anexo una serie de materiales didácticos y promocionales, sin especificar en qué actividad se usan

Anexo 7.2.3.3.19 Procesos de AMP en el nivel comunitario

Nivel comunitario

Procesos	Indicadores sugeridos	Responsables
Planificación familiar	Porcentaje de usuarias de planificación familiar en población beneficiaria	Vocales de salud, asistentes rurales de salud, promotores voluntarios y parteras
Detección de embarazadas	Porcentaje de embarazadas respecto del total de MEF en población beneficiaria	Vocales de salud, asistentes rurales de salud, promotores voluntarios y parteras
Detección de parteras	Número de parteras Porcentaje de partos atendidos por parteras	Vocales de salud, asistentes rurales de salud, promotores voluntarios y parteras

Anexo 7.2.3.3.20. Procesos de AMP en las unidades médicas

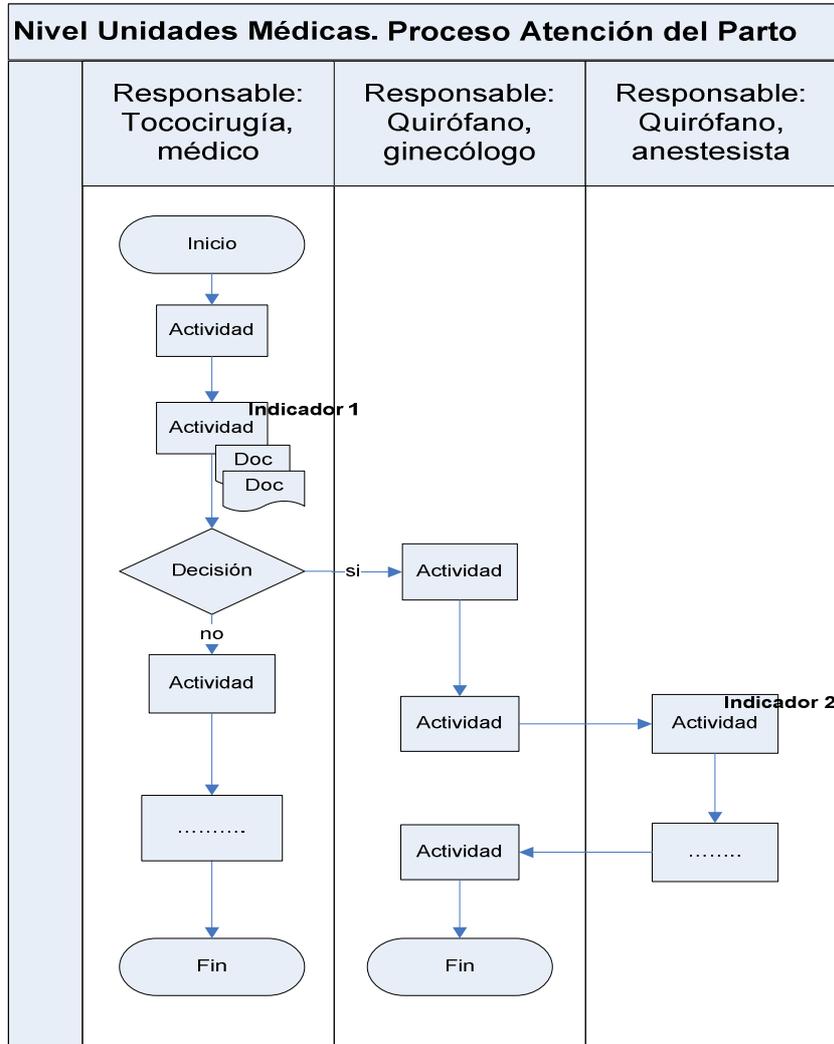
Unidad Médica: UMR y HR		
Procesos	Indicadores sugeridos	Nivel y servicio de medición
Planificación familiar	Porcentaje de usuarios de planificación familiar en usuarios de unidades	Consulta externa en UMR y HR
Atención prenatal	Promedio de consultas prenatales por embarazada	Consulta externa en UMR y HR
	Semana promedio en que inician las consultas prenatales	Consulta externa en UMR y HR
	Porcentaje de expedientes con signos irreductibles	Consulta externa en UMR y HR
	Porcentaje de pacientes con riesgo obstétrico*	Consulta externa en UMR y HR
	Porcentaje de derivaciones a otro nivel de atención	Consulta externa en UMR y HR
	Número de pacientes en albergue materno	Todos los servicios de UMR y HR
Atención del parto	Porcentaje de expedientes con TRIAGE obstétrico	Tococirugía y urgencias
	Porcentaje de pacientes en trabajo de parto con riesgo obstétrico*	Tococirugía y urgencias
	Porcentaje de pacientes donde se indicó cesárea	Quirófano
	Porcentaje de expedientes con justificación de indicación de cesárea	Quirófano
	Porcentaje de expedientes con valoración preanestésica, transanestésica y posanestésica	Quirófano
Atención del puerperio	Porcentaje de madres informadas sobre beneficios de lactancia materna exclusiva	Consulta externa, tococirugía y hospitalización
	Porcentaje de expedientes con registro de normalidad del pulso, tensión arterial, temperatura, sangrado transvaginal,	Tococirugía, quirófano y hospitalización

Unidad Médica: UMR y HR

Procesos	Indicadores sugeridos	Nivel y servicio de medición
	tono y tamaño del útero y presencia de micción	
	Porcentaje de expedientes con valoración de APGAR y Silverman y tamiz neonatal	Tococirugía y hospitalización
	Porcentaje de derivaciones a servicio de neonatos	Tococirugía y hospitalización
	Porcentaje de mujeres dadas de alta que fueron informadas sobre métodos anticonceptivos	Consulta externa, tococirugía y hospitalización

*Probablemente, la detección de riesgo obstétrico y las acciones procedentes, pueden, por su importancia en la salud del binomio, constituirse como un proceso en sí mismo, con sus propios indicadores de seguimiento.

Anexo 7.2.3.4.1. Modelo de Flujoograma. Ejemplo: Nivel unidades Médicas: atención del parto



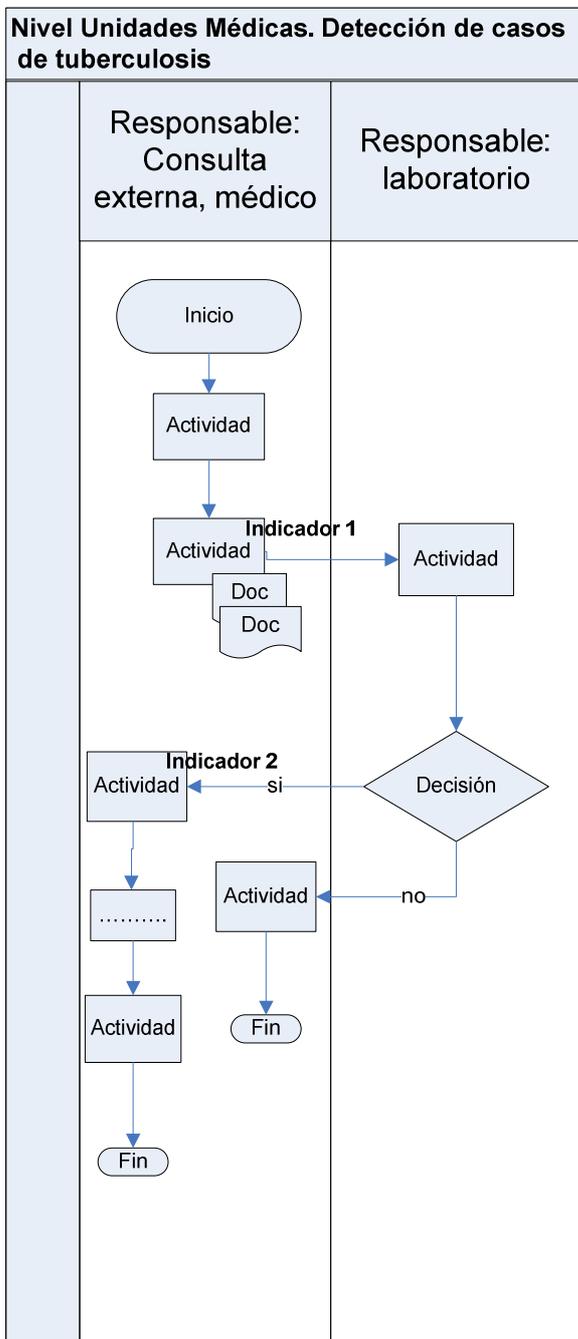
Anexo 7.2.3.3.21. Procesos de vigilancia epidemiológica en la comunidad

Nivel comunitario		
Procesos	Indicador es sugeridos	Responsables
Prevención y promoción de la salud	Porcentaje de población beneficiaria que recibió información sobre prevención y promoción de enfermedades sujetas a VE	Asistentes rurales de salud y promotores voluntarios
Detección de población en riesgo	Porcentaje de personas en riesgo en población beneficiaria	Asistentes rurales de salud y promotores voluntarios. Personal de primer y segundo nivel de atención
Detección de casos y brotes de enfermedades	Porcentaje de personas enfermas en población beneficiaria	Asistentes rurales de salud y promotores voluntarios. Personal de primer y segundo nivel de atención
Derivación de casos a unidades médicas	Porcentaje de personas enfermas derivadas a unidades médicas en población beneficiaria Porcentaje de enfermos derivados que solicitaron atención en unidades médicas	Asistentes rurales de salud y promotores voluntarios. Personal de primer y segundo nivel de atención
Seguimiento a pacientes en control	Porcentaje de pacientes en control a los que se les da seguimiento	Vocales de salud
Aplicación de medidas de control físico, químico y biológico de vectores	Número de medidas de control físico, químico y biológico de vectores	Promotores voluntarios y personal de primer y segundo nivel de atención

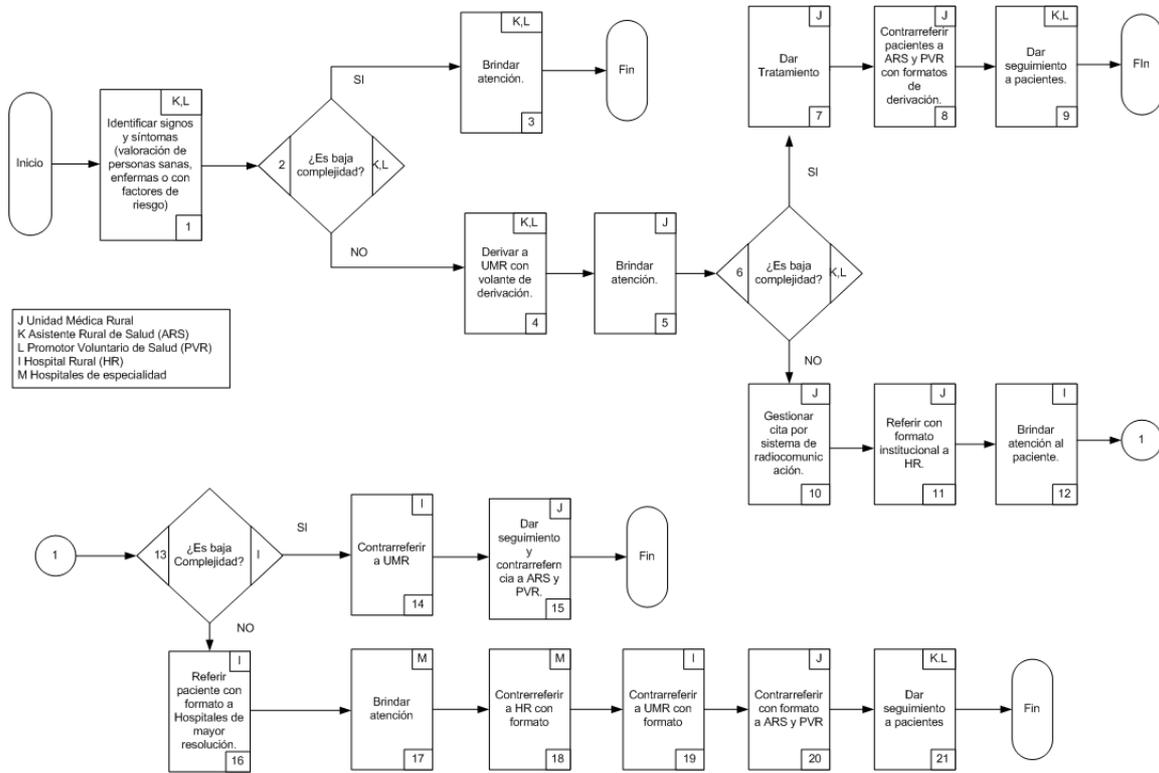
**Anexo 7.2.3.3.22. Procesos de vigilancia epidemiológica en las unidades médicas.
Tuberculosis**

Unidad Médica: UMR y HR		
Procesos	Indicadores sugeridos	Nivel y servicio de medición
Detección de casos de tuberculosis	Número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR
Notificación en SUAVE	Número de casos notificados en SUAVE	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR
Estudio epidemiológico y de contactos del paciente	Porcentaje de expedientes con registro de estudio epidemiológico y de contactos del paciente	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR
Seguimiento mensual	Porcentaje de expedientes con registro de evaluación clínica y seguimiento bacteriológico del paciente.	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR
Orientación familiar	Porcentaje de expedientes con registro de orientación a la familia sobre medidas de protección en el domicilio	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR
Alta /curación	Porcentaje de pacientes curados	Consulta externa en UMR y HR Hospitalización en HR

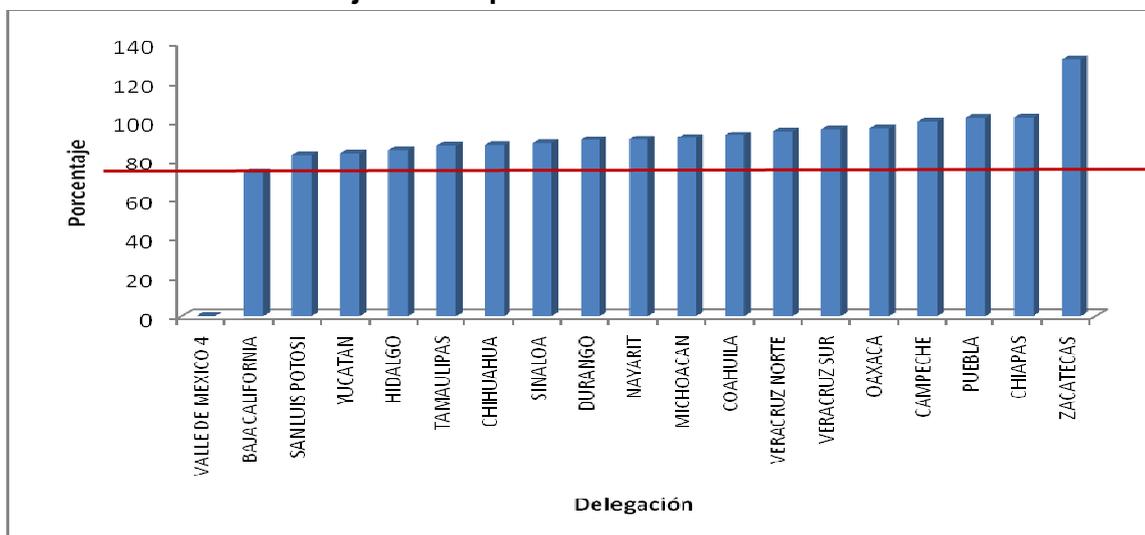
Anexo 7.2.3.4.2. Modelo de Flujoograma. Ejemplo: Nivel unidades Médicas: detección de casos de tuberculosis



Anexo 7.2.3.5.1. Flujoograma del proceso de referencia y contrarreferencia

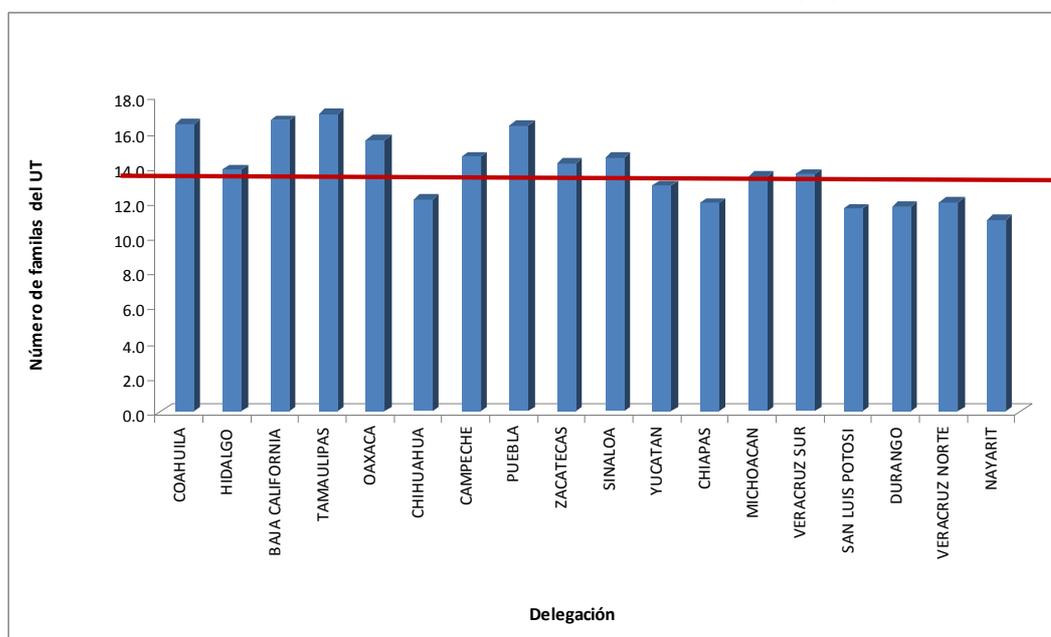


Anexo 7.2.4.1.1. Porcentaje de LAI que cuentan con ARS



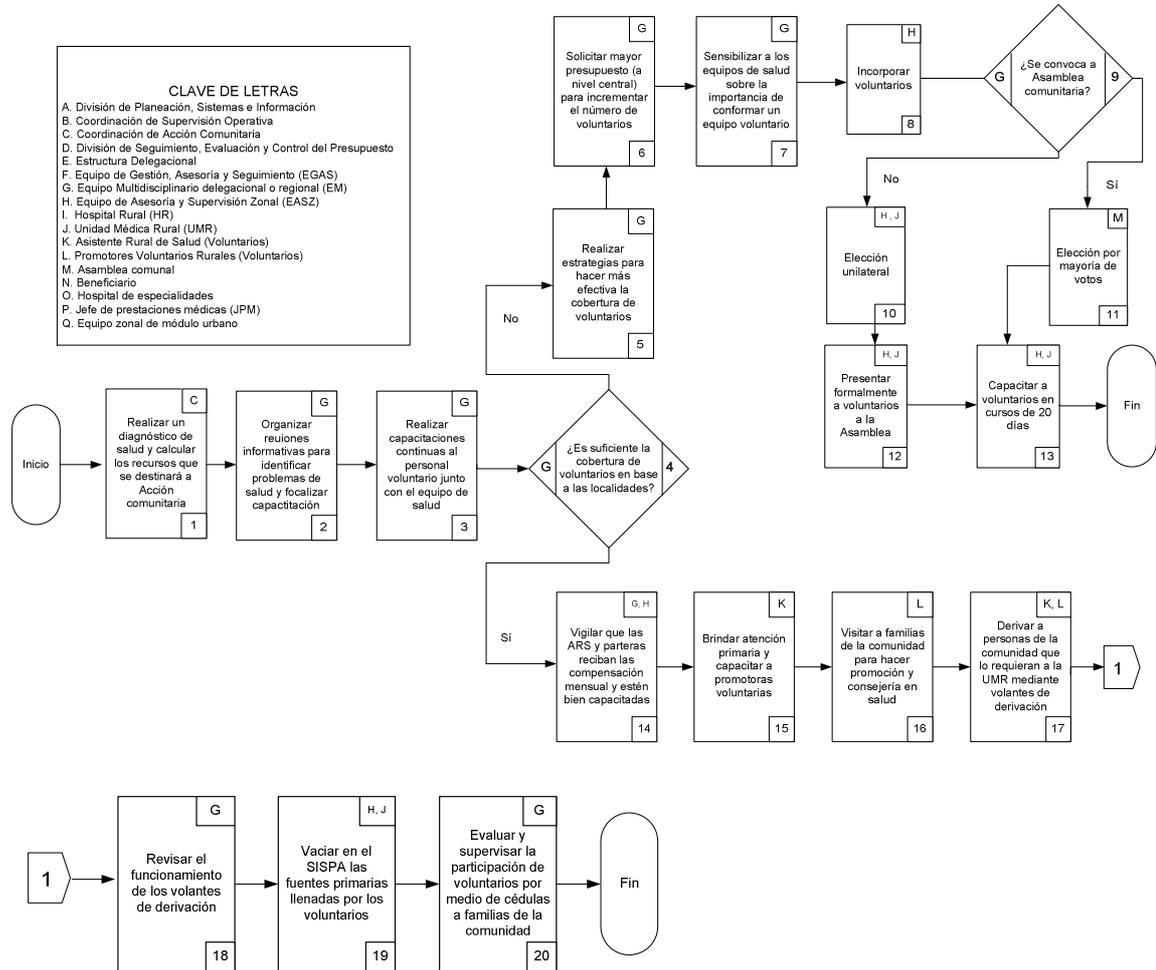
Fuente: Elaboración con base en Informe Integral Ámbito Rural (no incluye unidades médicas urbanas), por delegación, SISPA enero-diciembre 2008 y Localidades de Acción Intensiva (LAI).

Anexo 7.2.4.1.2 Número de Familias del Universo de Trabajo por PVR



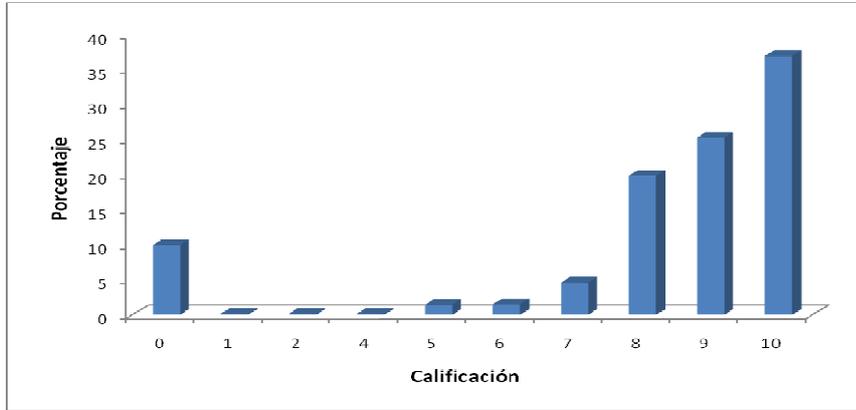
Fuente: Elaboración con base en Informe Integral Ámbito Rural (no incluye unidades médicas urbanas), por delegación, SISPA enero-diciembre 2008.

Anexo 7.2.4.1.3. Flujoograma del proceso de organización comunitaria

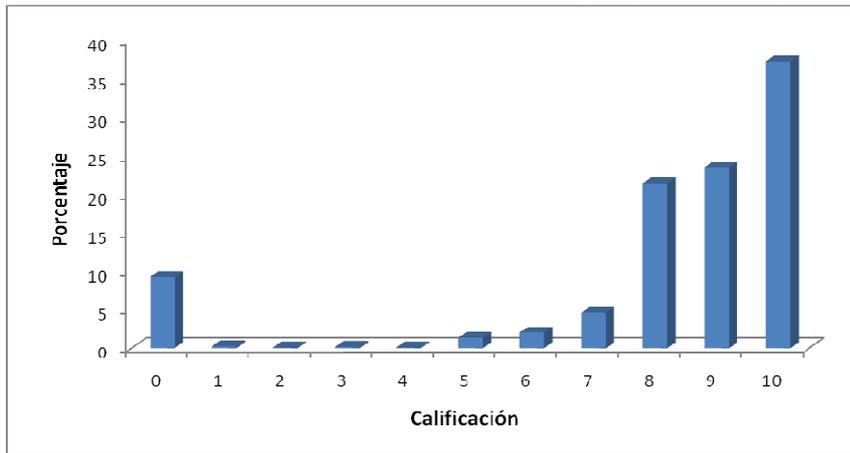


Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a personal directivo y operativo del Programa IMSS-Oportunidades.

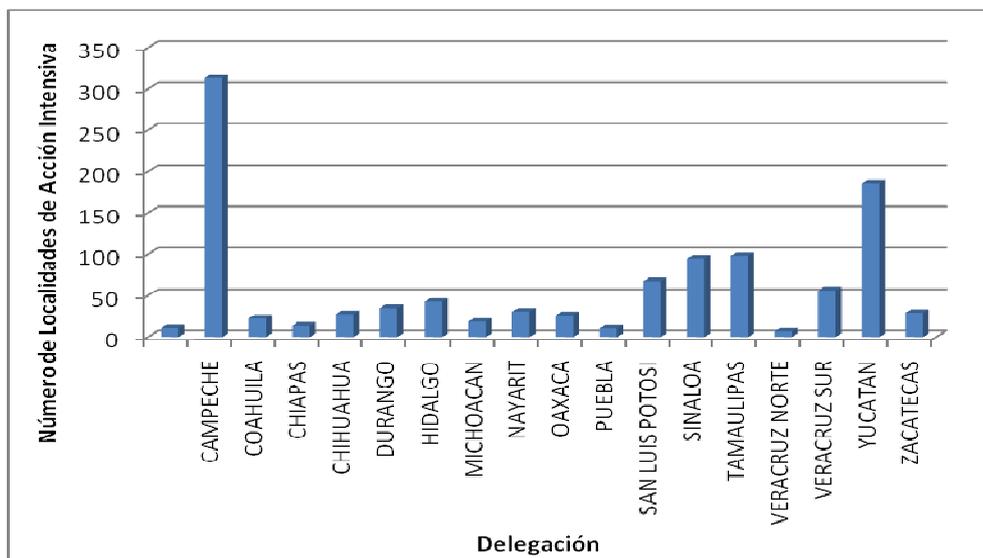
Anexo 7.2.4.1.4. Calificación a la función del ARS por parte de Oportuno-habientes



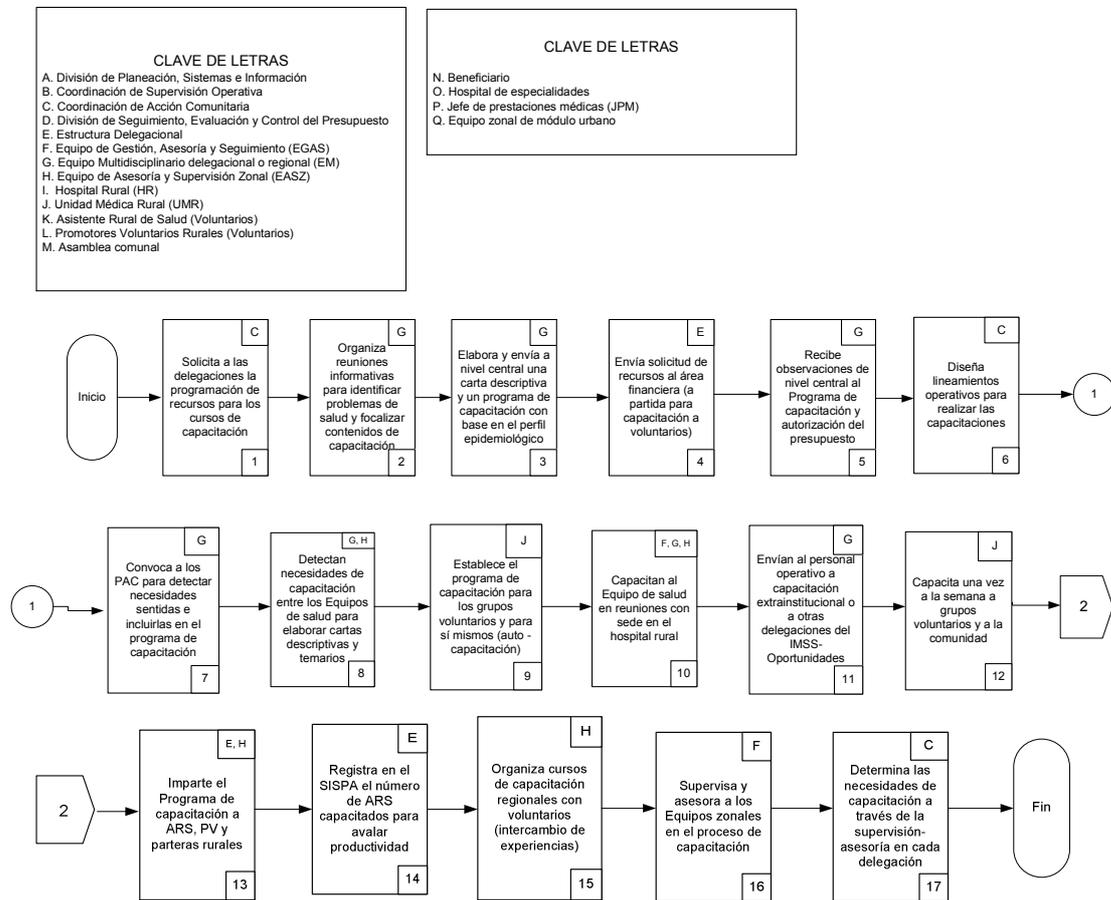
Anexo 7.2.4.1.5. Calificación a la función del PVR por parte de Oportuno-habientes



Anexo 7.2.3.1.6. Localidades de Acción Intensiva por cada Promotor de Acción Comunitaria



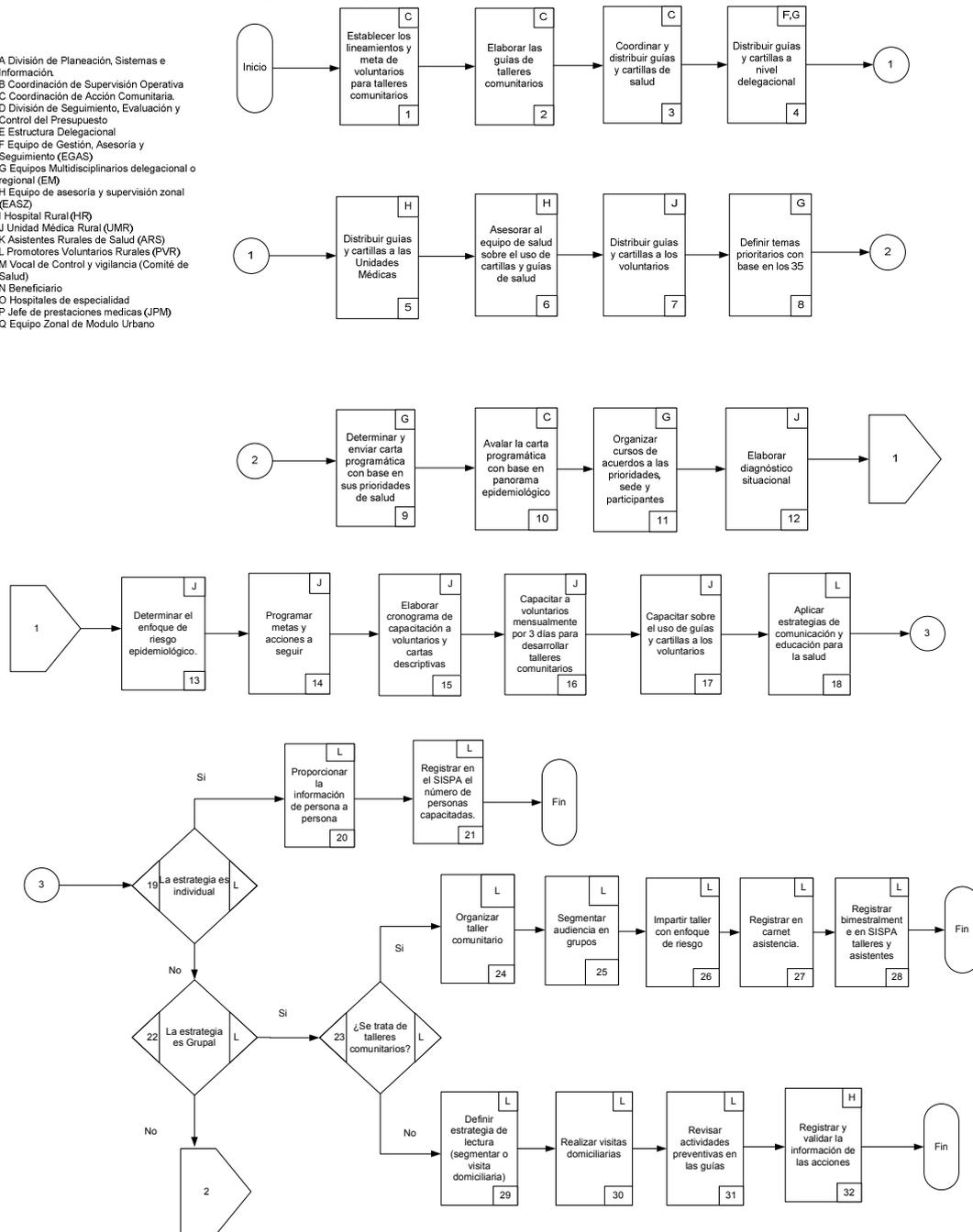
Anexo 7.2.4.2.1. Flujoograma del proceso de capacitación

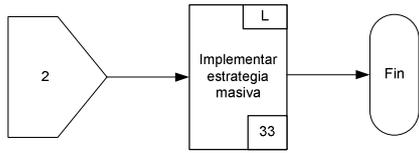


Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a personal directivo y operativo del Programa IMSS-Oportunidades.

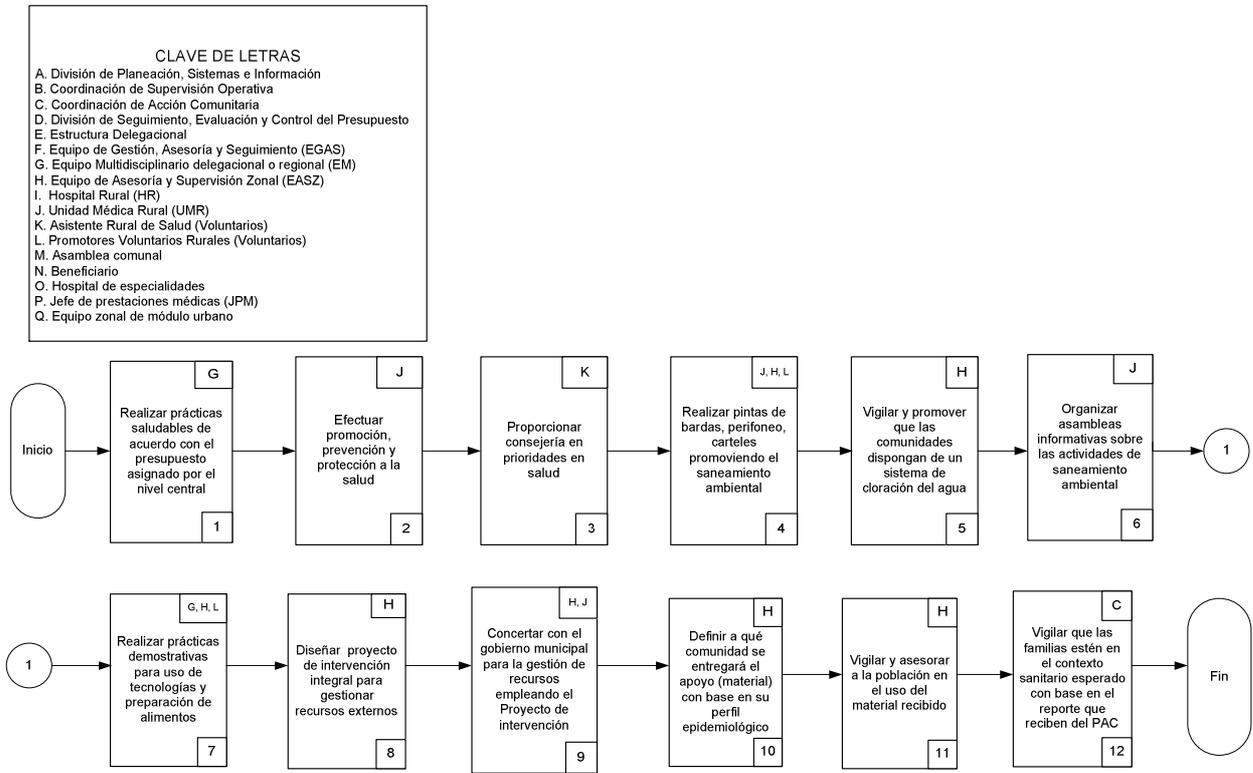
Anexo 7.2.4.3.1. Flujoograma operativo de comunicación y educación

- A División de Planeación, Sistemas e Información.
- B Coordinación de Supervisión Operativa
- C Coordinación de Acción Comunitaria.
- D División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto
- E Estructura Delegacional
- F Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento (EGAS)
- G Equipos Multidisciplinarios delegacional o regional (EM)
- H Equipo de asesoría y supervisión zonal (EASZ)
- I Hospital Rural (HR)
- J Unidad Médica Rural (UMR)
- K Asistentes Rurales de Salud (ARS)
- L Promotores Voluntarios Rurales (PVR)
- M Vocal de Control y vigilancia (Comité de Salud)
- N Beneficiario
- O Hospitales de especialidad
- P Jefe de prestaciones medicas (JPM)
- Q Equipo Zonal de Modulo Urbano





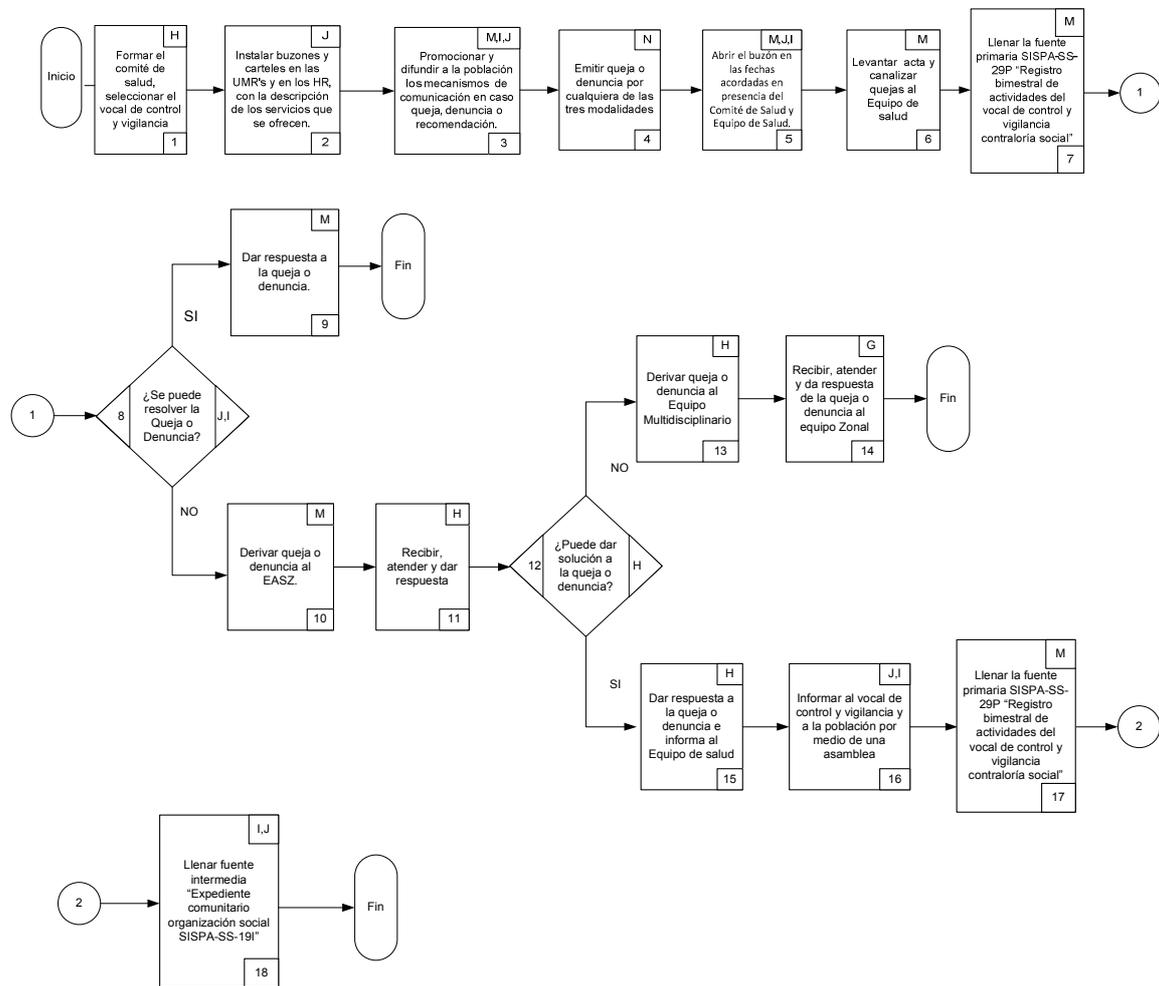
Anexo 7.2.4.4.1. Flujoograma del proceso de Promoción de la Salud y Saneamiento



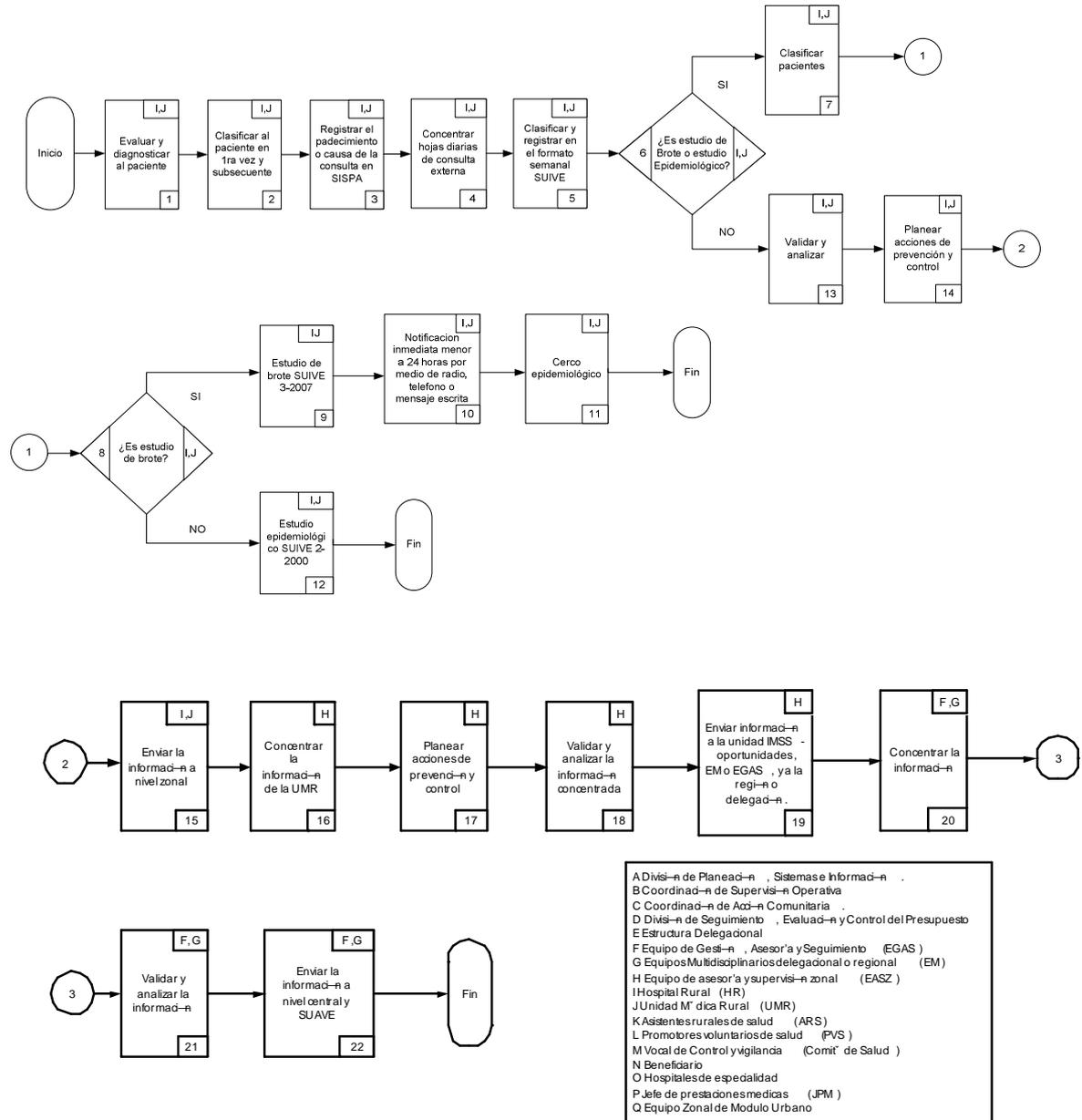
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a personal directivo y operativo del Programa IMSS-Oportunidades.

Anexo 7.2.4.5.1 Flujoograma operativo de Contraloría Social

- A División de Planeación, Sistemas e Información.
- B Coordinación de Supervisión Operativa
- C Coordinación de Acción Comunitaria.
- D División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto
- E Estructura Delegacional
- F Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento (EGAS)
- G Equipos Multidisciplinarios delegacional o regional (EM)
- H Equipo de asesoría y supervisión zonal (EASZ)
- I Hospital Rural (HR)
- J Unidad Médica Rural (UMR)
- K Asistentes rurales de salud (ARS)
- L Promotores voluntarios de salud (PVS)
- M Vocal de Control y vigilancia (Comité de Salud)
- N Beneficiario
- O Hospitales de especialidad
- P Jefe de prestaciones medicas (JPM)
- Q Equipo Zonal de Modulo Urbano

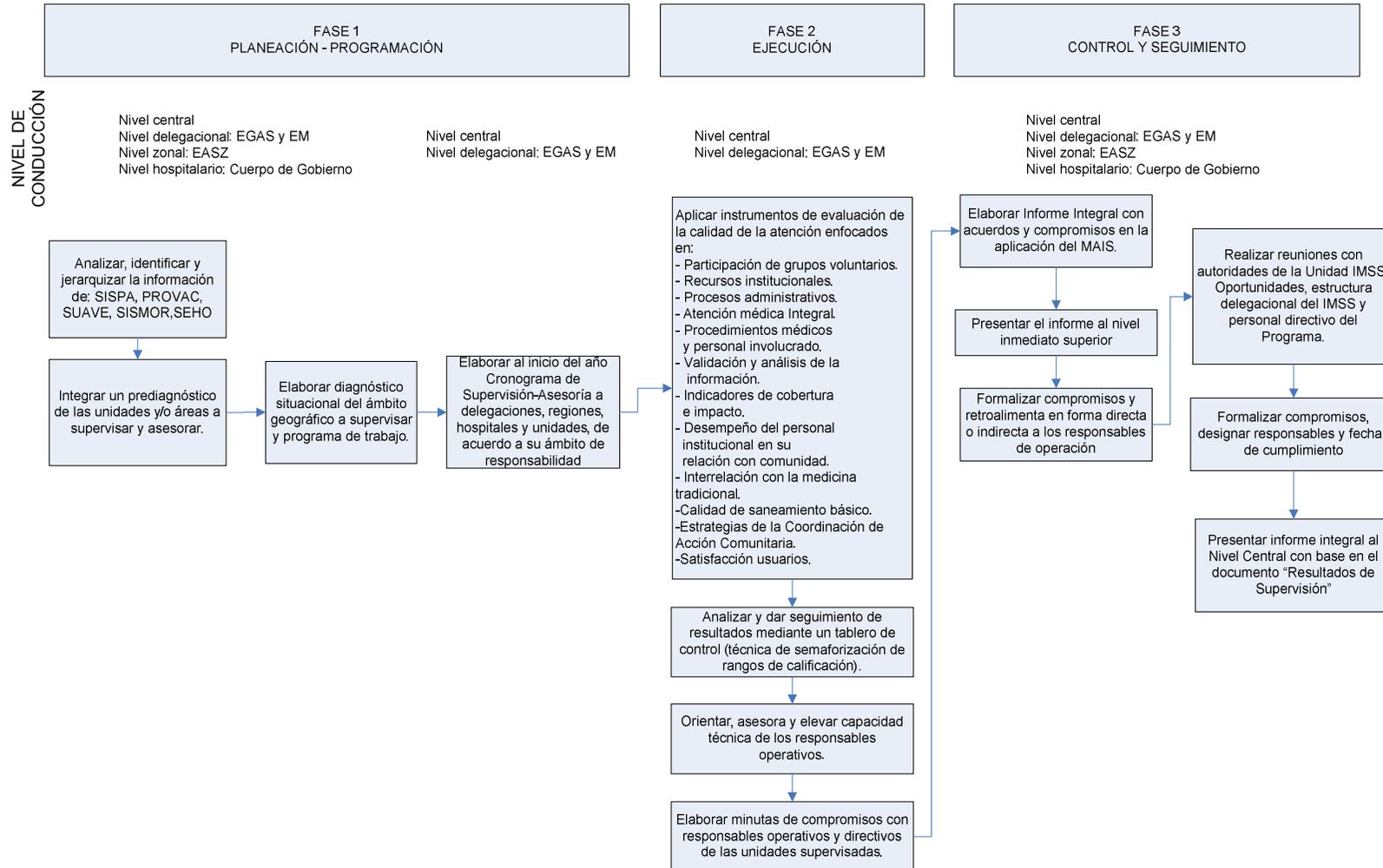


Anexo 7.2.5.1.1. Flujoograma del proceso de vigilancia epidemiológica



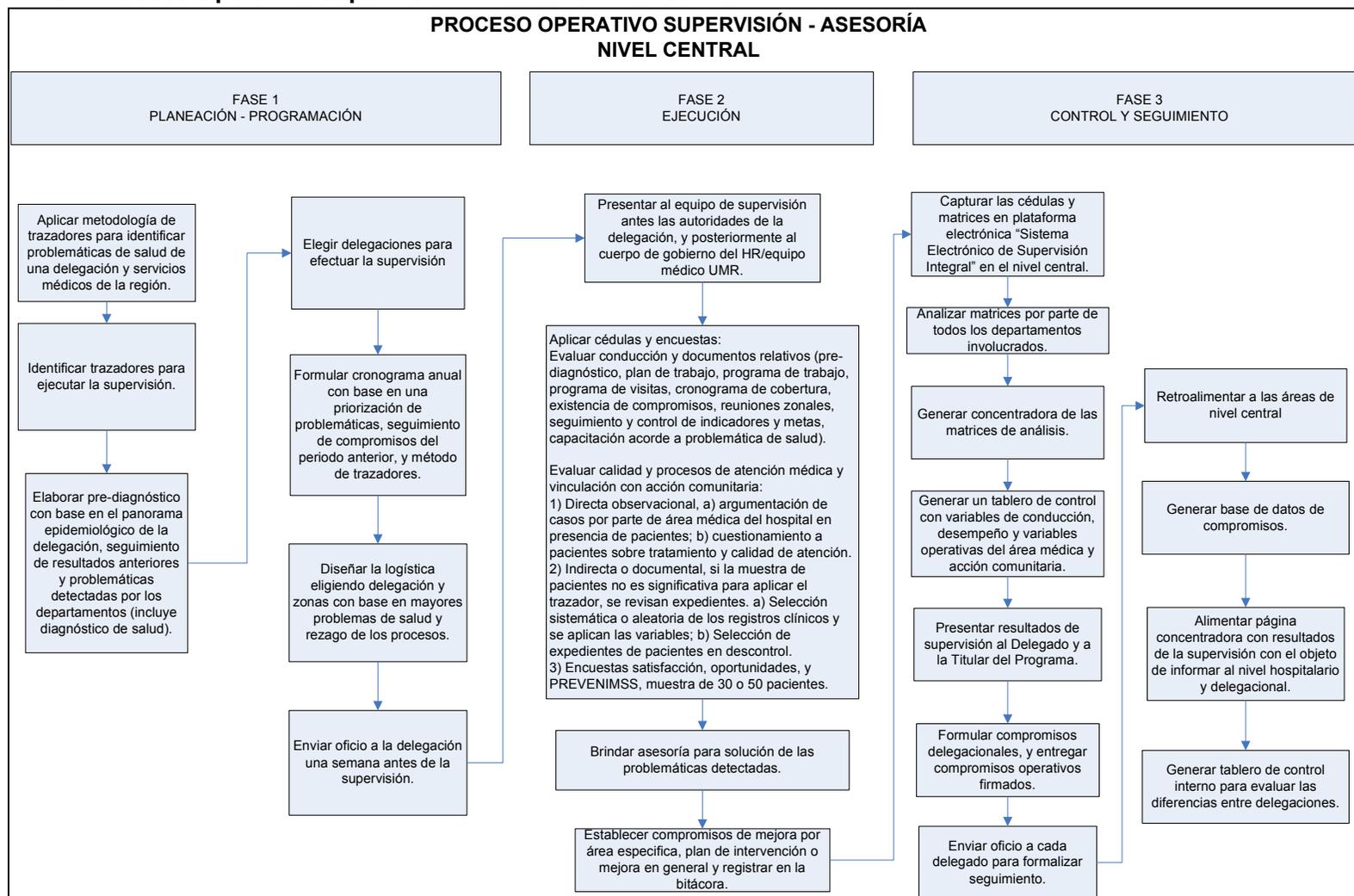
- A División de Planeación, Sistemas e Información
- B Coordinación de Supervisión Operativa
- C Coordinación de Acción Comunitaria
- D División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto
- E Estructura Delegacional
- F Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento (EGAS)
- G Equipos Multidisciplinarios delegacional o regional (EM)
- H Equipo de asesoría y supervisión zonal (EASZ)
- I Hospital Rural (HR)
- J Unidad Médica Rural (UMR)
- K Asistentes rurales de salud (ARS)
- L Promotores voluntarios de salud (PVS)
- M Vocal de Control y Vigilancia (Comité de Salud)
- N Beneficiario
- O Hospitales de especialidad
- P Jefe de prestaciones médicas (JPM)
- Q Equipo Zonal de Módulo Urbano

Anexo 7.2.5.1. Proceso Supervisión - Asesoría



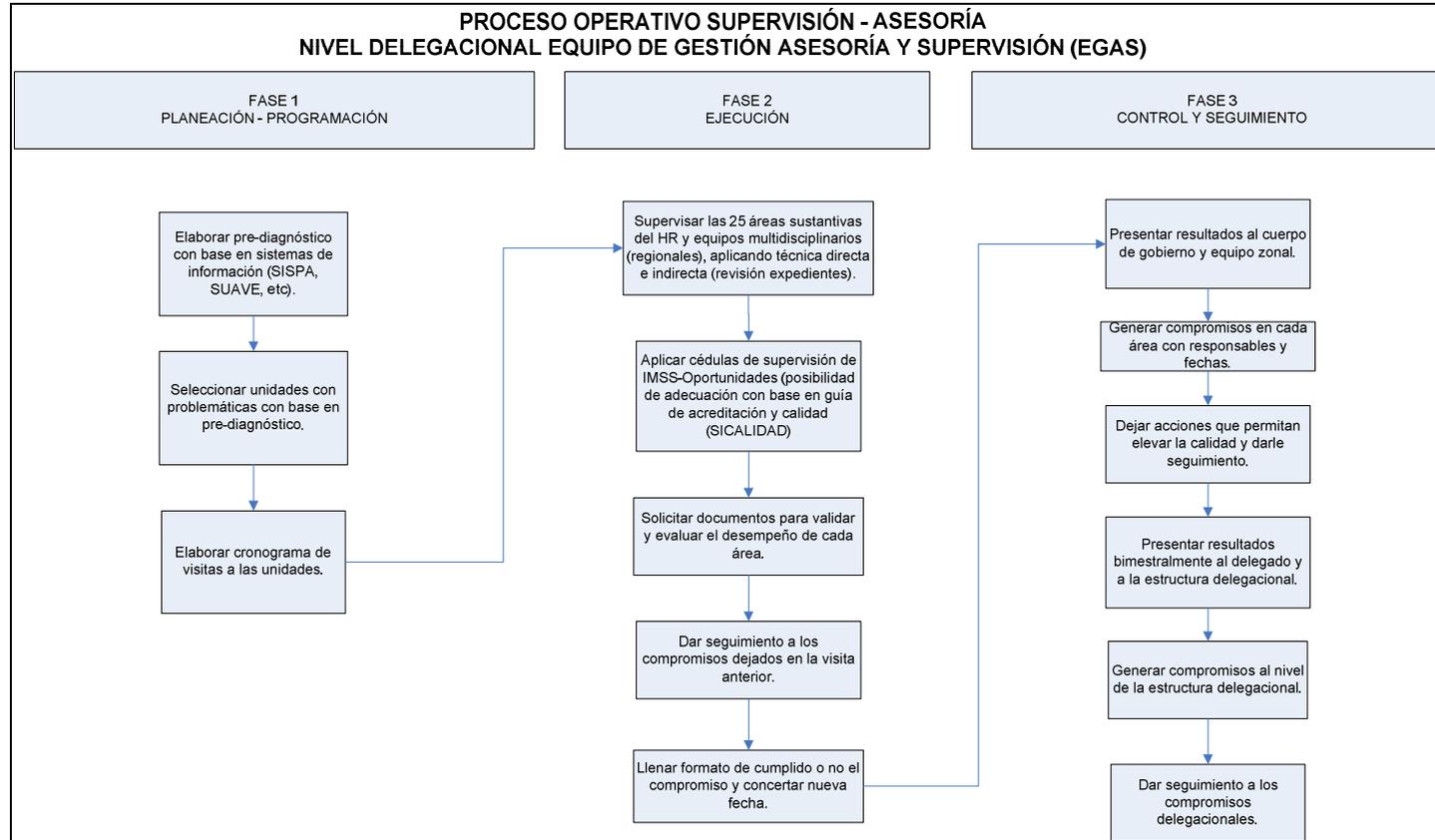
Fuente: Elaboración propia con base en ROP 2008.

Anexo 7.2.5.2 Proceso Operativo Supervisión – Asesoría Nivel Central



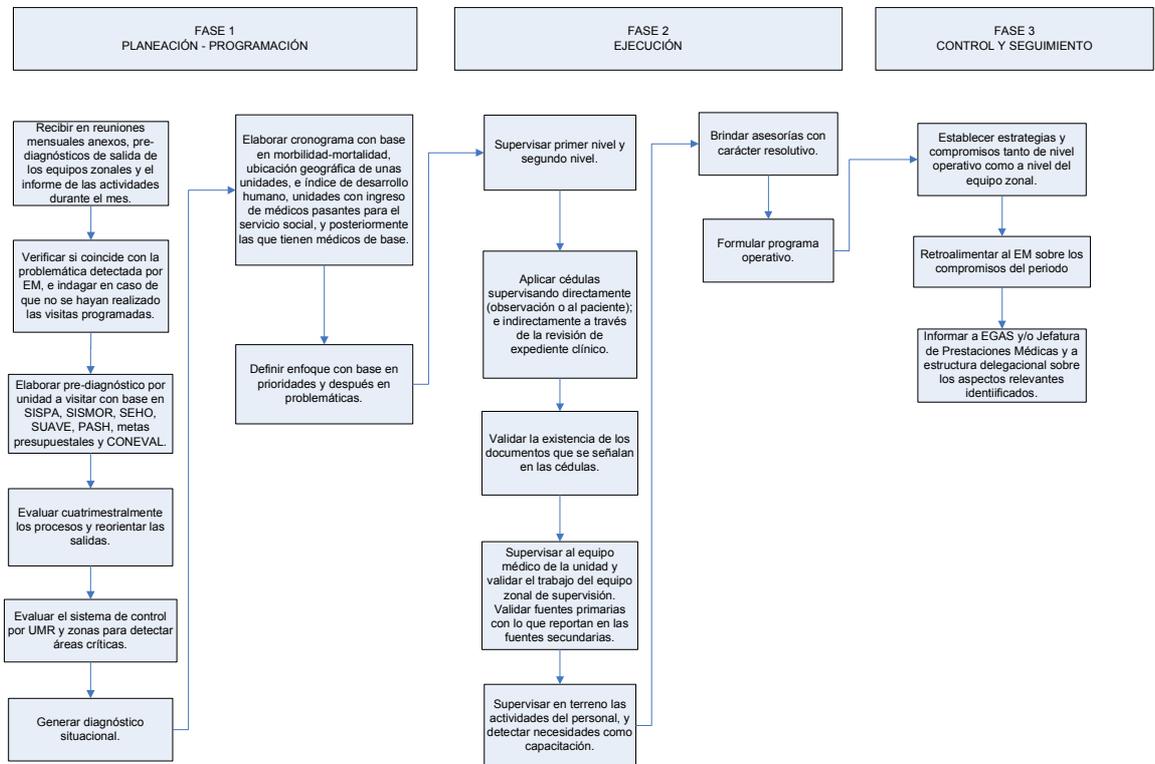
Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas y revisión documental.

Anexo 7.2.5.3. Proceso Operativo Supervisión-Asesoría (EGAS)



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas y revisión documental.

Anexo 7.2.5.4. Proceso Operativo Supervisión-Asesoría (EM)



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas y revisión documental.

Anexo 7.2.5.5. Instrumentos del Proceso Supervisión-Asesoría

INSTRUMENTOS	ESTRUCTURA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Pre-diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de supervisión. • Logística de supervisión. • Antecedentes. • Infraestructura. • Panorama Epidemiológico. • Problemática relevante (supervisión, niveles de conducción, etc.). • Programas prioritarios: Metas, desempeño. • Definición de trazadores (indicador, valor referencia, valor nacional, valor delegación). • Indicadores trazadores PASH fuera del valor de referencia. • Desempeño de áreas (deficiencias, resultados, productividad): Enfermería, Trabajo Social, Nutrición Dietética, Estomatología y Laboratorio. • Recursos Humanos. • Resultados de Supervisión periodo anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión integral con base en prioridades de salud. • Integración de las características generales de la delegación. • Identificación de problemáticas y responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-diagnósticos diversificados. Los documentos referentes presentan una estructura y contenido diverso, limitando la presentación adecuada de la problemática. • Análisis concentrado en el componente de atención médica. • Supervisión enfocada solamente en trazadores. Con este tipo de metodología se asume el riesgo de marginar focos de atención en lugares específicos, es un tanto restrictiva en su ejecución.
Cronograma de Supervisión-Asesoría	Se cuenta solamente con el cronograma que elaboran para visitar una delegación, pero no hay uno donde se establezca las visitas a todas las delegaciones y selección.		
Cédulas	Revisión de expedientes evaluando: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería. • Estomatología. • Laboratorio. • Médica • Trabajo Social Aplicación de encuestas de satisfacción para evaluar calidad de atención:		<ul style="list-style-type: none"> • La metodología se concentra solamente en explicar teórica-conceptualmente trazadores, siendo indispensable la construcción de una correspondiente al programa. Es decir, es necesario que se detalle el funcionamiento para la elección de trazadores de salud. Se infiere a partir del pre-diagnóstico, cédulas, y autoridades de nivel central que la

INSTRUMENTOS	ESTRUCTURA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa. • Urgencias. • Hospitalización. <p>Revisión documental y encuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Desempeño de Supervisores y Promotores de Acción Comunitaria. • Evaluación de Desempeño de Equipos de Salud de Unidad Médica. • Evaluación de Funcionamiento del Albergue Rural. • Evaluación de Desempeño de Comités de Salud. • Supervisión Familiar-Saneamiento Básico. • Participación de Parteras Rurales en interrelación-comunidad • Participación de Parteras Rurales en interrelación (vinculación con equipos de salud). • Participación de voluntarios en trazadores. 		<p>elección de trazadores es con base en un panorama epidemiológico del país, e indicadores trazadores propiamente por hospital y zona de supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La escala de medición y/o calificación de cada punto evaluado en las cédulas resulta subjetivo al no contar con un documento base que justifique su elección. • Los procedimientos para su aplicación y análisis, al igual que la escala de medición, resultan subjetivos al haber ausencia de un instructivo que homologue su práctica.
Tablero de supervisión (Resultados de Supervisión)	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño (EM, EASZ, Cuerpos de Gobierno). • Prioridades (PREVENIMSS, OPORTUNIDADES, Tuberculosis, Salud Reproductiva y Planificación familiar, Adolescentes, Salud Ginecológica). • Atención Médica (calidad). • Acción Comunitaria. • Administrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de los componentes principales del MAIS. • Consolidación primaria de detección de problemáticas en los niveles de operación del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración por delegación depende del cronograma anual de supervisión a nivel central. • El tablero se concentra a nivel general obviando áreas específicas. • Falta de consolidación de un tablero periódico, así como la integración y el análisis de los desarrollados en otros niveles de supervisión.

Anexo 7.2.5.6. Proceso Operativo Control y Seguimiento

