



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Resumen Ejecutivo
Informe Final Evaluación de Diseño 2016
Programa E011 Atención de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
30 de Agosto de 2016

I. RESUMEN EJECUTIVO

El **objetivo general** de esta consultoría es evaluar el diseño del *Programa Atención a la Salud (E011)* del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y proveer información que retroalimente su diseño y gestión, y ayude a generar los mejores resultados posibles. Los **objetivos específicos** son: i) analizar la justificación de la creación y diseño del programa; ii) identificar y analizar su vinculación sectorial y nacional; iii) analizar su cobertura y mecanismos de acción; iv) analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos; v) analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable; vi) identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas, y vii) analizar su relación con otros programas federales.

La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por el IMSS. Se buscó responder a 30 preguntas específicas: 24 binarias (respuesta sí/no con una valoración cuantitativa de 1 a 4) y seis no binarias (con respuesta abierta y sin valoración cuantitativa).

El **problema** que busca enfrentar el programa, “la mayor morbilidad en derechohabientes del IMSS”, está identificado, se formula como un hecho negativo y como una situación que puede ser revertida, pero no está definido el plazo para su actualización. El programa cuenta con un diagnóstico en el que se describen causas y efectos del problema. Sin embargo, no se caracteriza ni cuantifica a la población que tiene la necesidad. La justificación que presenta el programa en su diagnóstico no es suficiente para documentar posibles efectos positivos atribuibles a los servicios que brinda el programa.

Aunque no está establecida explícitamente la **relación de los objetivos del programa con los objetivos sectoriales y nacionales** se identificó su vinculación con los objetivos de los siguientes programas : el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (*PROSESA 2013-2018*) (Objetivo 2: “Asegurar el acceso afectivo a servicios de salud con calidad” y Objetivo 4: “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”), el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (Objetivo 1: “Contribuir a la universalización del acceso a la salud” y Objetivo 4: “Mejorar el modelo de atención a la salud”), y con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (*PROIGUALDAD*) (Objetivo 4: “Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar”).

La **relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible** es Indirecta. El logro del Propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Las **poblaciones potencial y objetivo** están definidas en el diagnóstico del problema y cuentan con unidad de medida y están cuantificadas. La metodología para su cuantificación es parcial, en tanto que sólo presenta la cuantificación de las familias de los asegurados titulares a través de coeficientes familiares. Ni se define un plazo para la

revisión y actualización de las poblaciones. La definición de la población potencial es la siguiente: “Todas las personas con derechos vigentes a recibir los beneficios de la Ley del Seguro Social: asegurados trabajadores y no trabajadores, sus familiares dependientes y pensionados y sus beneficiarios.” En 2015 se calcula en más de 55 millones de personas. La población objetivo se define como “Los derechohabientes vigentes, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio”. En 2015 ascendió a más de 45 millones de personas.

Se encontró evidencia de información sistematizada que permite conocer quienes reciben los servicios del programa. Existe evidencia de que esta base de datos está vinculada a las bases en las que se registran los servicios médicos que se otorgan a los derechohabientes adscritos, en las cuales también está identificado el servicio que se le otorgó a cada persona, identificada con su número de seguridad social y con la clave de su expediente médico electrónico.

Las Actividades de las **MIR** no cumplen con todas las características necesarias: aunque todas están claramente especificadas y la mayoría son necesarias, no están ordenadas cronológicamente y no son suficientes para generar los componentes. Ninguno de los Componentes de la MIR cumple con todas las características necesarias: aunque todos están redactados como resultados logrados, algunos de ellos no son necesarios para producir el propósito, y algunos de ellos no corresponden a bienes y servicios que produce el programa, por lo que su realización conjunta no es suficiente para generar el propósito. Aunque el Propósito cumple con tres de las características necesarias (su logro no es controlado por los responsables del programa, es único y está redactado como una situación alcanzada), no incluye a la población objetivo y no es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los componentes y supuestos en ese nivel. El Fin del programa cumple con todas las características necesarias: es un objetivo superior al que contribuye el programa, su logro no está controlado por los responsables del programa, es único y está vinculado con los objetivos del *Programa Institucional de IMSS* y con el *PROSESA 2013-2018*.

Con respecto a los indicadores de la MIR, éstos cuentan con todas las características CREMA y la mayoría de sus fichas contienen todas las características necesarias para un buen entendimiento del indicador. Sin embargo, algunas fichas no cuentan con la información suficiente para determinar si las metas correspondientes están o no orientadas al desempeño o si son factibles.

Los resultados del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible. En la página electrónica se establece un teléfono de contacto. Sin embargo, no es posible identificar si el programa cuenta o no con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el INAI ya que la información recibida se refiere a todo el IMSS y no es específica para el programa.

Finalmente, la información del diseño del programa no es suficiente para identificar complementariedades y coincidencias con otros programas o acciones, específicamente porque no existe claridad en los servicios entregados por el programa.

Podemos concluir que el programa presupuestal del IMSS E011 es un programa que ha identificado bien el problema que quiere atender, así como a sus poblaciones objetivo y potencial; cuenta con una MIR aceptable, y sus resultados están accesibles públicamente. Sin embargo, podría: actualizar y enriquecer su diagnóstico, incorporando información sobre riesgos y algunos daños importantes no registrados (como los problemas de salud mental; identificar y contabilizar de manera más objetiva sus poblaciones; mejorar la lógica vertical y fortalecer con mejores indicadores su MIR, y hacer una difusión más amplia de sus resultados. Un documento normativo generado exclusivamente para el programa, en el cual se especifiquen sus principales elementos de diseño, se resume su diagnóstico, se presente su alineación a los objetivos nacionales y sectoriales, se establezca su resumen narrativo y se establezca de manera general su mecánica operativa, atendería varias de las recomendaciones derivadas de la evaluación y generaría una visión clara e integrada del programa.

