

Edilia Salido Vejar  
Consultoría  
Hermosillo, Sonora  
19 de Septiembre de 2018



**Evaluación al Desempeño de  
Servicios Hospitalarios de  
Unidades de Segundo Nivel  
Servicios de Salud de Sonora**

**2017**  
**Tercera Entrega**

## CONTENIDO

Siglas y acrónimos. ....	3
Definiciones.....	5
Resumen Ejecutivo.....	6
Introducción.....	8
I.- Análisis de las características de la atención hospitalaria. ....	12
II.- Análisis de la justificación de la creación y ejecución del programa. ....	14
III.- Análisis del desempeño del Programa. Contribución a las metas y estrategias nacionales.....	17
IV. Población potencial, objetivo y atendida y mecanismos de elección.....	21
V. Análisis de beneficiarios y mecanismos de atención. ....	27
VI. Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).....	31
Valoración final de la MIR.....	37
VII. Análisis de la asignación, ejercicio presupuestal y rendición de cuentas.....	39
VIII. Complementariedades y coincidencias con otros objetivos y metas, indicadores de programas federales.....	43
Valoración del Diseño del programa.....	44
Conclusiones.....	55
Análisis de la gestión y distribución de medicamentos.....	57
Anexo 1.- Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida.....	71
Anexo 2 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”.....	72
Anexo 3: Matriz de Indicadores para Resultados MIR 2017.....	76
Anexo 4 “Indicadores”.....	77
Anexo 5 “Metas del programa”.....	79
Anexo 6 “Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados”.....	81
Anexo 7 " Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación".....	83
Anexo 8 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno”.....	84
Anexo 9. Propuesta de Ficha técnica para la construcción de la MIR.....	87
Anexo 10. Clasificación medicamentos de acuerdo a CAUSES.....	91
Bibliografía.....	97

## **SIGLAS Y ACRÓNIMOS.**

CECASOEH: Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

CENDIS: Centros de Distribución de Medicamentos

CLUES: Clave Única de Establecimientos de Salud.

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

DGIS: Dirección General de Información en Salud, CUBOS: Sistema de cubos dinámicos de salud

CURP: Clave Única de Registro de Población.

DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño.

DGPD: Dirección General de Planeación y Desarrollo.

FPGC: Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

HG: Hospital General.

MAI: Modelo de Atención Integral de Salud.

MAO: Módulos de Afiliación y orientación del Seguro Popular.

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados

MML: Matriz de Marco Lógico

NOM: Norma Oficial Mexicana.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PED Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2016-2021.

PIIMSS: Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018.

PIISSSTE: Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018.

PND: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

POA: Programa Operativo Anual.

PROSESA: Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

PSS: Programa Sectorial de Salud 2016-2021.

REPSSS: Régimen de Protección Social en Salud de Sonora.

SAEH y Urgencias: Subsistemas Automatizado de Egresos Hospitalarios y Urgencias.

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud.

SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSA: Secretaría de Salud.

SUIVE Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica.

TRIAGE: Es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar. una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica.

UCIA: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

## **DEFINICIONES**

**Cama censable:** A la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

**Egreso hospitalario:** Al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicio.

**Indicador:** A la cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.

**Urgencia calificada:** Al problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

**Urgencia no calificada:** Es un problema de salud que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que por lo tanto se puede posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada.

## RESUMEN EJECUTIVO

La atención de la salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral de los individuos asalariados en el sector privado y sus familias; afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, si pierden su empleo, entonces probablemente tendrán que afiliarse al Seguro Popular y recibir atención en los SS de cada Estado, con un paquete diferente y un grupo de prestadores distinto. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, entonces serían afiliados a un paquete diferente y prestadores diferentes pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (OCDE, 2016). Sin embargo, si no tiene la fortuna de estar en alguno de estos esquemas, son personas que están privadas de los servicios de salud.

Para México, la población sin acceso a servicios de salud, ha crecido de manera constante durante el periodo de tiempo comprendido entre 2010 y 2017. Para este último año, el número de personas sin derechohabiencia a los servicios de salud se contabiliza en poco más de 68 millones, lo que equivale a una situación preocupante donde la mitad de la población no tiene acceso a servicios de salud.

Para el caso del estado de Sonora, la situación contrasta con el escenario nacional; ya que, la población con derechohabiencia supera tanto en número como en tendencia de crecimiento dentro del mismo periodo analizado al grupo sin derechohabiencia. No obstante, no deja de ser inquietante que el 39% continúe sin acceso a servicios de salud. (DGIS, 2018).

Si bien, el escenario estatal presenta una situación con menor crecimiento del número de personas sin derechohabiencia que a nivel nacional, en concordancia con el esfuerzo nacional del Seguro Popular, para el estado de Sonora, son los SSS quienes enfocan su tarea cotidiana disminuir las carencias en salud. Así, mediante las V jurisdicciones en el Estado: Nogales, Caborca, Hermosillo, Cajeme y Navjoa, se coordinan esfuerzos de

capital humano especializado en salud, así como los servicios propios de un hospital de primer y segundo nivel.

En esta Evaluación al Desempeño de Hospitales de Segundo Nivel, con base en la Ley General de Desarrollo Social en sus artículos 72 al 80, se establece que el objetivo de la evaluación de la política de desarrollo social es revisar periódicamente el cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la misma, para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o suspenderlos total o parcialmente. Asimismo, los Lineamientos Generales para la Evaluación de los programas Federales de la Administración Pública Federal, en su numeral vigésimo segundo que durante el primer año de operación de los programas nuevos se deberá llevar a cabo una evaluación en materia de diseño.

El enfoque a evaluar el desempeño de los servicios hospitalarios de unidades de segundo nivel de los Servicios de Salud de Sonora, tiene relación con el crecimiento del gasto en salud, los cambios epidemiológicos, el envejecimiento poblacional y la perspectiva de que la atención esté cada vez más centrada en el ciudadano. Asimismo, conduce a buscar mecanismos para crear servicios más eficientes, de mejor calidad y con una mayor efectividad en las prácticas médicas. Estos temas representan el reto actual para orientar eficientemente el gasto en atención hospitalaria del Organismo.

Es así que, la evaluación en materia de diseño busca identificar hallazgos y recomendaciones a partir del análisis de la congruencia del diseño del Programa, por un lado, mediante un análisis de gabinete con base en la normatividad de cada programa. Y en complemento, a través de trabajo de campo en cada una de las V jurisdicciones respecto a la gestión y la distribución del medicamento. Esta evaluación aporta información relevante e indicaciones pertinentes para la mejora del proceso presupuestario, organizativo y de gestión en la toma de decisiones de quienes operan dicho programa. Principalmente en el ámbito de diseño del programa; indicadores, supuestos, coordinación con sistemas de salud que se enfocan en la misma población objetivo. Así como en una mejora en la gestión y distribución de medicamentos para remontar el rezago que hoy en día se presenta en todas las farmacias de los hospitales de segundo nivel en el estado de Sonora.

## **INTRODUCCIÓN**

La esperanza de vida en un país, está definida como el número de años que viven en promedio sus habitantes, si bien depende de varios factores, principalmente gravita en torno al bienestar, a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

A nivel mundial, el avance de los descubrimientos y la práctica médica han brindado una mejora en las condiciones de salud pública y en las expectativas de vida.

De acuerdo al INEGI (2016), en la década de los años treinta la esperanza de vida era de 33 años en promedio, en años setenta este indicador se duplica a los 60 años; hasta posicionarse en 75 años para el 2016.

Respecto a los estados de la república: Nuevo León, Baja California Sur, CDMX, Colima, Aguascalientes, Coahuila, Durango y Tamaulipas ostentan promedio de 76 años y más en su esperanza de vida. En tanto Chihuahua, Oaxaca, Guerrero y Chiapas, sus habitantes viven en promedio 73 años. Para el estado de Sonora, la esperanza de vida es de 75.5 años, apenas por encima del promedio nacional que es 75.2 años de vida.

No obstante, al crecimiento de este indicador en el tiempo, de acuerdo a la OCDE (2017), el promedio de vida de 75 años para México, es un indicador que lo posiciona como uno de los países con menor esperanza de vida; ya que el promedio para los países de la OCDE es de 80 años.

La asistencia en salud y la seguridad social en México tiene una larga tradición y puede considerarse entre las conquistas sociales más relevantes logradas por los trabajadores mexicanos durante las primeras décadas del siglo XX.

La Secretaría de Salud (SSA) es la institución rectora y tiene a su cargo la elaboración de las normas que rigen y regulan el Sistema Nacional de Salud, así como la evaluación de la prestación de servicios públicos y privados.

Los estados de la República cuentan con sus propios Servicios Estatales de Salud (SESA), regulados por la SSA. Los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Generales, que dan servicio a todo el país, se encuentran concentrados en su gran mayoría en la Ciudad de México.

En México la Ley del Trabajo determina que todos los trabajadores tienen la obligación de afiliarse a alguno de los institutos de la seguridad social. La elección dependerá del área donde el trabajador desarrolla su actividad laboral:

- El IMSS engloba a los trabajadores asalariados del sector privado.
- El ISSSTE abarca a los trabajadores de la esfera pública en todos sus estratos.
- Pemex, afilia a los trabajadores de Petróleos Mexicanos.

- ISSFAM agrupa a los trabajadores inscritos a las Fuerzas Armadas Mexicanas (Ejército y Marina).
- En algunos estados existen sistemas de seguridad social estatales para sus trabajadores; son distintos del ISSSTE. Tal es el caso del ISSSTESON en Sonora.

De acuerdo al Observatorio del Desempeño Hospitalario la iniciativa impulsada por la Secretaria de Salud, a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), funciona en todo el país a partir de 2004. El cual tiene por objetivo proporcionar cobertura de salud a aquellas personas que no cuentan con seguridad social, mediante un pago.

Algunos datos del Observatorio, contextualizan al sistema de salud mexicanos:

- En México únicamente alrededor de 5% de la población tiene un seguro de gastos médicos privados.
- El IMSS cubre al 80% de derechohabientes. Atiende en unidades y con recursos propios.
- El ISSSTE, cubre el 18% de derechohabiencia, atiende en unidades y con recursos humanos propios
- PEMEX, SEDENA y SEMAR, cubre al 1% de derechohabientes. Atiende en unidades y con recursos humanos propios.
- SSA y SESA que prestan servicios a personas afiliadas al seguro popular

Dentro del Sistema Nacional de Salud, con base en Burr, et. Al (2011), existen tres niveles de atención:

**Primer Nivel de Atención.** Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Centros de Salud de la SSA y Clínicas Familiares del ISSSTE, en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama y cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención.

**Segundo Nivel de Atención.** Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera, de acuerdo con la

necesidad de los pacientes. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico.

Tercer Nivel de Atención. Es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del País.

Con base en los Términos de Referencia provistos por CONEVAL para el año 2017, el objetivo de este documento, es realizar la Evaluación del Desempeño de los Servicios Hospitalarios de unidades de Segundo Nivel de los Servicios de Salud de Sonora, mismos que prestan atención a población que no está incorporada a ningún régimen de seguridad social.

Sus respectivos objetivos específicos son:

1. Analizar las características de la Atención Hospitalaria, con sustento en las normas oficiales mexicanas (NOM), reglamentos e indicaciones nacionales
2. Analizar la justificación en base:
  - a) la Creación del programa con soporte en las NOM,
  - b) Evaluación del Desempeño, frente al POA
  - c) Consistencia entre operación y la normatividad aplicable, sustentabilidad,
  - d) Deficiencias organizacionales.
3. Análisis del desempeño del Programa, la contribución del mismo a las metas del PED y estrategias nacionales en la materia,
4. Análisis de:
  - a) La población potencial (total que presenta la necesidad) según la capacidad instalada,
  - b) Población objetivo (población sin seguridad social, programada atender en un período, como la del seguro popular, (ley 109), entre otras).
  - c) Población atendida,
  - d) Mecanismos para identificar la población objetivo, elegibilidad,
5. Identificación y análisis de beneficiarios (población sin seguridad social) y mecanismos de atención,
6. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa, vinculación con el PbR.
7. Análisis de la asignación, Ejercicio Presupuestal y Control. Rendición de Cuentas,

8. Análisis de complementación y coincidencias con objetivos y metas de indicadores nacionales.

La evaluación de diseño contiene los siguientes apartados:

1. Justificación y características de la atención hospitalaria.
2. Contribución a las metas y estrategias nacionales
3. Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad
4. Población beneficiaria y mecanismos de atención
5. Presupuesto y rendición de cuentas
6. Complementariedades y coincidencias con otros resultados nacionales
7. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)
8. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones
9. Conclusiones
10. Ficha técnica
11. Anexos

## **I.- ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

La Atención Médica de Segundo Nivel con clave E411E41(el Programa), cuenta con unidad presupuestaria y ejecutora en la secretaria de salud del estado de Sonora. El Programa pretende atender a población sin acceso a servicios de salud de segundo nivel, trabajando con equidad, inclusión social, abiertos a evaluaciones y con transparencia.

El Programa, se encuentra alineado al PND en la meta de México incluyente, dentro del Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud con la Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

En cuanto al PED, el eje estratégico del cual se deriva es el 4. “Todos los sonorenses, todas las oportunidades”, en el Reto 12. “Ampliar en el corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica del Estado”, dentro de la Estrategia 12.1 “Construir nuevos centros hospitalarios de alta especialidad con tecnología de punta, así como la remodelación y equipamiento a la estructura de salud ya existente”.

El objetivo general del Programa, consiste en “contribuir a mejorar la salud de los sonorenses que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”.

La población potencial es aquella que no cuenta con derechohabiencia a ningún servicio de salud en el Estado; mientras que la población objetivo está definida como las personas sin seguridad social que demandan servicios hospitalarios. En el año 2017 se detectó una población potencial de 1,244,819, mientras que la meta del programa consta de 77,334 personas.

El Programa se encuentra circunscrito dentro de la ley 269, que crea los servicios de salud, artículo 1º “Se crean los Servicios de Salud de Sonora, como un organismo público descentralizado de servicio, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios”. Tendrá funciones de autoridad administrativa, en los términos establecidos en esta ley. Y artículo 2o.- “El organismo tendrá las siguientes funciones: I. Organizar y operar los servicios de salud a población abierta en el Estado en materia de salubridad general; III.

Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado”; VI. Realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Contó con un presupuesto anual de \$ 4,167,480,445.27 para 2017, mientras que para 2016 fue de \$ 3,866,835,567. Lo que implica un incremento presupuestal del 7.7% para el 2017.

En cuanto al análisis de indicadores de resultados se tiene que el objetivo del fin es: “Contribuir a mejorar la salud de los sonorenses que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”, el objetivo del propósito es que: “los sonorenses tienen acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel”, y los tres componentes son: “Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización, Tratamiento quirúrgico proporcionado y Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales”.

De acuerdo con la MIR, la meta anual del fin se ha cumplido en un 6.49% aumentando en 0.34% respecto de 2016. En este mismo sentido se tiene que el primer componente (Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización) se ha cumplido en un 19%, el componente 2 (Tratamiento quirúrgico proporcionado) en 41.8% y el componente 3 (Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales) en su totalidad.

## II.- ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.

El Programa cuenta con soporte documental que permite identificar a la población y el plazo adecuado para su revisión y actualización, ya que, de acuerdo con el diseño del Seguro Popular, sustentado en el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, se tiene bien identificada la población a quien va dirigido el beneficio. Además, se cuenta con el Manual de Afiliación y Operación del Seguro Popular, que atiende a quien de manera voluntaria solicita la atención. Se especifica que los plazos definidos para la revisión y actualización son 36 meses para la reafiliación de los beneficiarios.

Para el estado de Sonora, mediante la aplicación de la Metodología de Marco Lógico, se realiza el trabajo colaborativo entre la DGPD y los ejecutores del programa, 2017. Se construyó el árbol de problema y su respectivo árbol de objetivos. Con este ejercicio, el problema detectado es: **Población sin acceso a servicios de salud de segundo nivel.** Es de hacer notar que el problema No considera diferencias entre hombres y mujeres, y tampoco especifica las diferencias geográficas que atañen a cada uno de los 72 municipios.

Debido a que en el enunciado del problema se debe especificar la característica de la población y el lugar, se propone una posible modificación al enunciado del problema:

**Población No derechohabiente en el Estado de Sonora sin acceso a servicios de salud del segundo nivel.** Lo anterior sustentado en el hecho de que los servicios no sólo se ofrecen a los originarios de Sonora, sino a residentes en Sonora provenientes de otros estados de México.

El Organismo (SSS), cuenta con el Informe de los Logros y Avances 2017 del Programa Sectorial de Salud, el cual da cuenta de los logros y avances de los 8 objetivos propuestos en el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Sonora. Se considera que la información se actualiza periódicamente ya que cada Hospital General envía informes trimestrales y un informe anual, mismos que recaba el área de Planeación. Se cuenta también con la integración de la MIR y se le da avance a este instrumento.

Con base en el Sistema CUBOS para 2017, se presenta desagregada la información por grupos de edad, sexo y quinquenios de edad. En total, la población total del Estado de Sonora consta de 3,011,810 personas. De los cuales 1,191,517 no cuenta con

derechohabiencia a un servicio de salud. Dentro de esta categoría 582,262 son mujeres y el restante 609,255 son hombres. Asimismo, se identifica que 77,334 son personas sin seguridad social demandantes de servicios hospitalarios, que se convierte en la Meta 2017 de atención médica del segundo nivel para la SSS.

Existe evidencia de diagnósticos del problema que describen de manera específica las causas y efectos de la implementación del Programa, así como la identificación y cuantificación de la población y su respectiva ubicación territorial, para ello, en el Estado de Sonora se cuenta con una serie de diagnósticos que contemplan necesidades de salud de la población sonorense: El Gobierno del Estado de Sonora considerando la problemática específica en materia de salud, definió dentro de su Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2016-2021 “Sonora Trabaja”, 5 Retos (11, 12, 15, 16 y 18). El Programa Sectorial de Salud (PSS) 2016-2021, El Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) que a nivel nacional emite reportes semanales.

Sin embargo, no se detectaron actualizaciones a dichos diagnósticos hasta el 2017. En este sentido, si bien es cierto en los documentos consultados no se advierte un apartado de causa-efecto como lo instruye la metodología de Marco Lógico; se realizan las siguientes consideraciones:

- I. En el PSS se integra un apartado que hace mención a un diagnóstico de las necesidades de recurso humano, aun y cuando se reconoce en el FODA como una debilidad la “falta de recursos humanos especializados” y como amenazas la “baja generación de médicos por instituciones educativas”.
- II. El PSS es un documento con información estadística, donde se abordan causas que pueden vincularse a efectos como las principales condicionantes de mortalidad y morbilidad.
- III. Aun cuando se hace un diagnóstico situacional de los recursos humanos e infraestructura, no se hacen explícitas las necesidades sobre los recursos humanos y materiales y su relación con los efectos esperados.
- IV. El sistema estatal de salud, requiere de un análisis específico e integral que incluya no sólo lo relacionado con la financiación de un recurso humano

capacitado. En ese sentido, se requiere realizar la actualización del diagnóstico, a fin de re-dimensionar la magnitud de dicho problema. En este sentido, la identificación de las causalidades, se convierte también en un insumo valioso que permite priorizar necesidades; es recomendable realizar actualizaciones al diagnóstico.

Por otro lado, se cuenta con documentación teórica y empírica consistente con los diagnósticos de Gobierno, donde se evidencia un efecto positivo atribuible a los beneficios del Programa, siendo una intervención en este sentido la más adecuada que otras alternativas. Con relación a lo anterior y bajo las directrices nacionales que establece el PND y PROSESA 2013-2018, ambos en Sonora, incorporan los avances y lecciones aprendidas de modelos desarrollados con anterioridad, por las instituciones de seguridad social y por las dedicadas a atender a la población no asegurada.

El diseño, implementación e institucionalización del MAI se basa en un estudio de la OMS de Alma Ata (1978), la cual se entiende como: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Otros documentos de la OMS aportan elementos clave para el diseño y justificación del programa, tales como: “Subsanar las desigualdades en una generación” (2008), “Derecho a la salud, nota descriptiva (2013). Otro tipo de trabajos que otorgan sustento, relacionados con experiencias internacionales, es el caso de Intervenciones para el control de *Aedes aegyptien* América Latina y el Caribe. Para México, destaca el trabajo: Soberón, G. de Witt-Greene, Hernández (1989). “Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta”; así como en trabajos de Mercedes Juan, et Al. (2013). En concordancia con el PND, el PROSESA 2013-2018, enuncia sus objetivos asociados a la Meta Nacional: México Incluyente: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 4. Cerrar

las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos para la salud. Asimismo, se rescata la experiencia con el PIIMSS y el PISSSTE. Además, existen evaluaciones externas a SSS que reafirman que el programa ha tenido efectividad, tal es el caso de las SED de 2016 y 2015.

Por último, el sistema de salud en México está institucionalizado por una serie de NOMs, guías, requisitos, manuales, referencias, instructivos, instrucciones, reglamentos, lineamientos, numerales, acuerdos, entre otras. Que son quienes orientan y plantean mejores prácticas y acciones en las instituciones que brindan servicios de salud en México. Existen alrededor de 905 de estas prácticas y acciones, las cuales se clasifican, de acuerdo con las unidades administrativas que las ejecutan en: Gobierno, Consulta externa, Medicina preventiva, Hospitalización, Urgencias HG, Unidad quirúrgica, UCIA, UCIN, Laboratorio Banco de Sangre, Imagenología, Farmacia, Psicología, Trabajo social, Estomatología, Patología, Inhalo terapia, Enseñanza, Dietología, Servicios generales.

### **III.- ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA. CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES.**

El Programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos del PED, del programa sectorial, especial, institucional y nacional, donde es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y el logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de los objetivos del PED, del programa sectorial, especial, institucional o nacional. Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del PED, del PSS, institucional, por ejemplo: población objetivo. Ya que, según el Programa para atender la problemática específica que presentan los sonorenses en materia de salud, “el Gobierno del Estado de Sonora establecerá los lazos de comunicación y coordinación de acciones con los Organismos descentralizados a los que coordina sectorialmente, para brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad y calidez que respondan con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias, asegurando el derecho a la salud de la población sonorenses a través de políticas públicas que promuevan la coordinación de

los tres niveles de gobierno, disminuyendo los índices epidemiológicos, y fortaleciendo las acciones de protección, prevención de enfermedades y promoción de la salud.”

Mientras que el PED no establece explícitamente un propósito general, sino que lo desglosa para el caso de los Servicios de Salud de Sonora en el capítulo: “Sonora Trabaja”, el cual contiene 5 retos a saber: 11, 12, 15, 16 y 18 correspondientes al Eje Estratégico 4: “Todos los sonorenses, todas las oportunidades”; el principio que rige este eje está relacionado con el compromiso de mejorar las condiciones de salud y educación de la población.

El logro del Propósito aporta al cumplimiento de las metas del POA con los objetivos del Programa Sectorial; ya que lo que los objetivos del PSS 2016-2021 están alineados al Eje Estratégico IV del PED 2016-2021, ambos con direccionamiento a la Meta II del PND 2013-2018 referida a un “México Incluyente”.

Se considera que metas y objetivos, así como ejes estratégicos del PED, están vinculados tanto con el propósito sectorial institucional, nacional, como con el objetivo, dado que en general facultan para brindar la atención universal integral, pero para ello que se requiere mejorar la infraestructura, tecnología y equipamiento para la prestación de servicios que garanticen la salud de la población; siendo el reto 12, único exento de reflejarse con líneas de acción vinculadas a un presupuesto con avance físico y monetario para su evaluación en términos de eficacia y eficiencia por lo que a continuación se describe la alineación entre el PND y el PED, en tanto a Meta-Eje estratégico, Objetivos-Retos y de Estrategias del PND con Estrategias del PED: A continuación, se describe la alineación entre el PND y el PED, en tanto Metas-Ejes estratégicos, Objetivos-retos y Estrategias del PND con Estrategias del PED.

Alineación PND		Alineación con el PED	
<b>Metas</b>	México Incluyente.	<b>Ejes estratégicos</b>	Eje 4. Todos los sonorenses, todas las oportunidades
<b>Objetivos</b>	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	<b>Retos</b>	Reto 12. Ampliar en el corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica del Estado.
<b>Estrategias</b>	2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad	<b>Estrategias</b>	Estrategia 12.1. Construir nuevos centros hospitalarios de alta especialidad, con tecnología de punta, así como la remodelación y equipamiento a la estructura de

			salud ya existentes.
--	--	--	----------------------

Asimismo, a continuación, se muestra la alineación con el Programa Sectorial:

<b>Alineación con Programa Sectorial</b>	
<b>Reto</b>	Reto 12. Ampliar en el corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica del Estado.
<b>Objetivo/Prioridad</b>	Objetivo 4. Mejorar y modernizar en el corto plazo, la infraestructura en salud y la prestación de atención con servicios de calidad.
<b>Estrategia</b>	4.1. Desarrollar nueva infraestructura especializada con tecnología de punta, así como remodelar y equipar la existente. <sup>SEP</sup> 4.2. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica en el estado.

Se debe tener presente el PND 2013 – 2018 y el PED 2011 – 2016 con respecto a los objetivos que se tiene en el Seguro Popular. Además, se requiere visualizar específicamente el Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 en el mismo sentido, pues éste se desprende directamente del primero señalado. Lo anterior para efectos de expresarlo por escrito en informes posteriores, con la finalidad de ubicar la vinculación que se tiene del Seguro Popular con una dimensión mayor del país, que es la de atender a la población más vulnerable en materia de salud.

El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la Agenda de Desarrollo Post 2015.

En 2011 se creó el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para dar seguimiento a diversos indicadores por cada uno de los objetivos, el objetivo de interés corresponde a los reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; Mejorar la salud materna; Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Los esfuerzos de coordinación interinstitucional permitieron alcanzar 38 de las 51 metas propuestas en dichos objetivos. Los ODM fueron reemplazados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que conformarán la Agenda de Desarrollo post 2015.

Uno de los principales resultados de la Conferencia Río+20 fue el acuerdo para desarrollar un conjunto de objetivos de desarrollo sostenible que resultara una herramienta para centrar acciones coherentes en materia de desarrollo sostenible, en

el caso del presente documento el objetivo 3. Salud y Bienestar se encuentra relacionado con el propósito del programa.

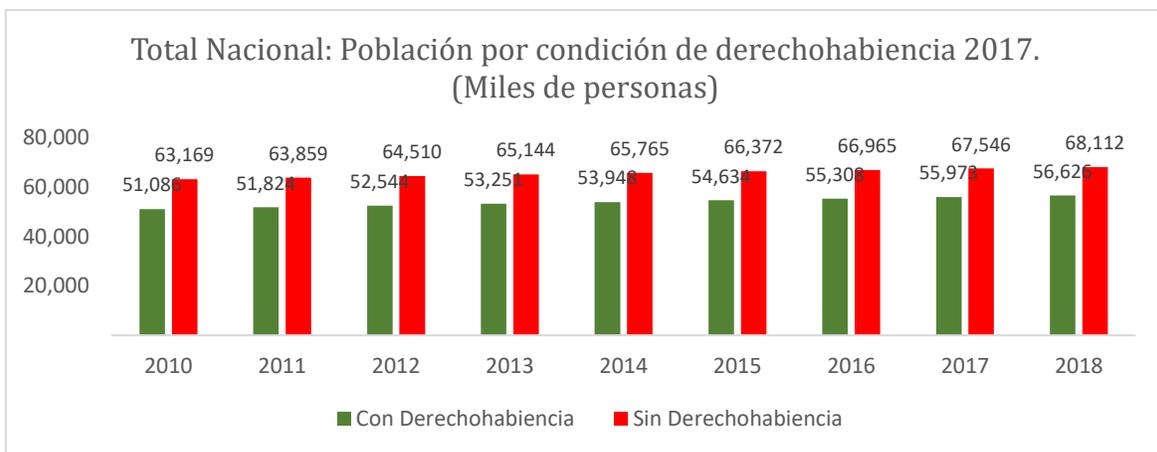
Para México, el principal objetivo del Seguro Popular es el de garantizar el acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, sin desembolso de aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, permite un acercamiento del objetivo correspondiente al Desarrollo Post-2015, la Buena Salud.

Para Sonora, SSS admite que aun y cuando persisten desigualdades en el acceso a los servicios en concordancia con los objetivos del desarrollo sostenible, se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas de todas las edades. Algunas metas relacionadas con el propósito del programa son: Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios básicos de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

#### IV. POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y ATENDIDA Y MECANISMOS DE ELECCIÓN

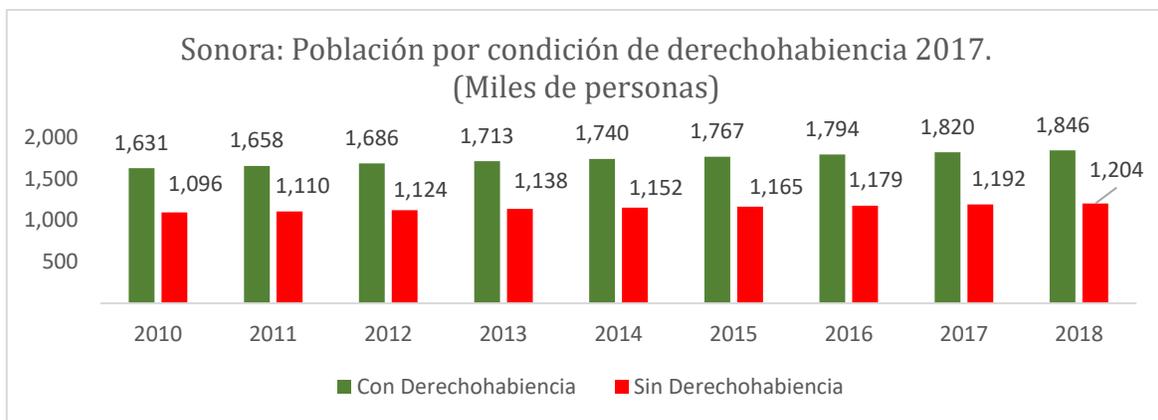
- a) La población potencial (que presenta la necesidad) según la capacidad instalada.

En México existe la población sin acceso a servicios de salud, la cual ha crecido de manera constante durante un periodo de tiempo comprendido entre 2010 y 2018, para el caso de 2017, el total de personas sin derechohabiencia a cualquier servicio de salud se encontró en más de 68 millones de personas representando más del 50% de la población total del país.



Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS, Secretaria de Salud 2018.

Para el caso del estado de Sonora la situación es distinta, en contraste con el escenario nacional aquí la población con derechohabiencia supera tanto en número como en tendencia de crecimiento dentro del mismo periodo analizado al grupo sin derechohabiencia. Para 2017, la población potencia representa el 39% de la población total en Sonora.

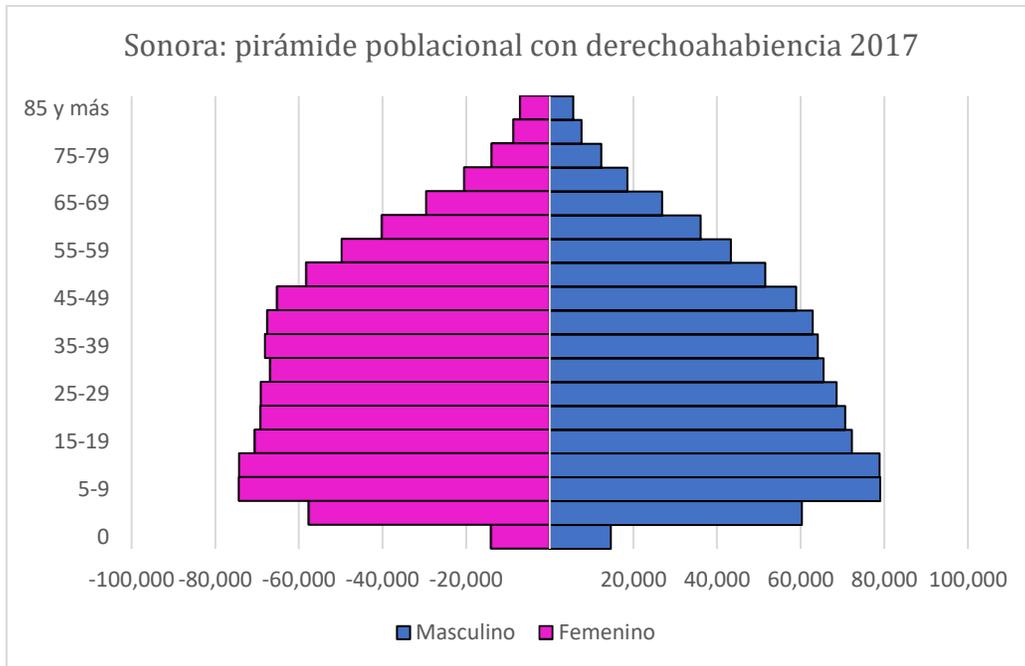


Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS, Secretaria de Salud 2018.

b) Población objetivo: población sin seguridad social, programada atender en un período, como la del seguro popular.

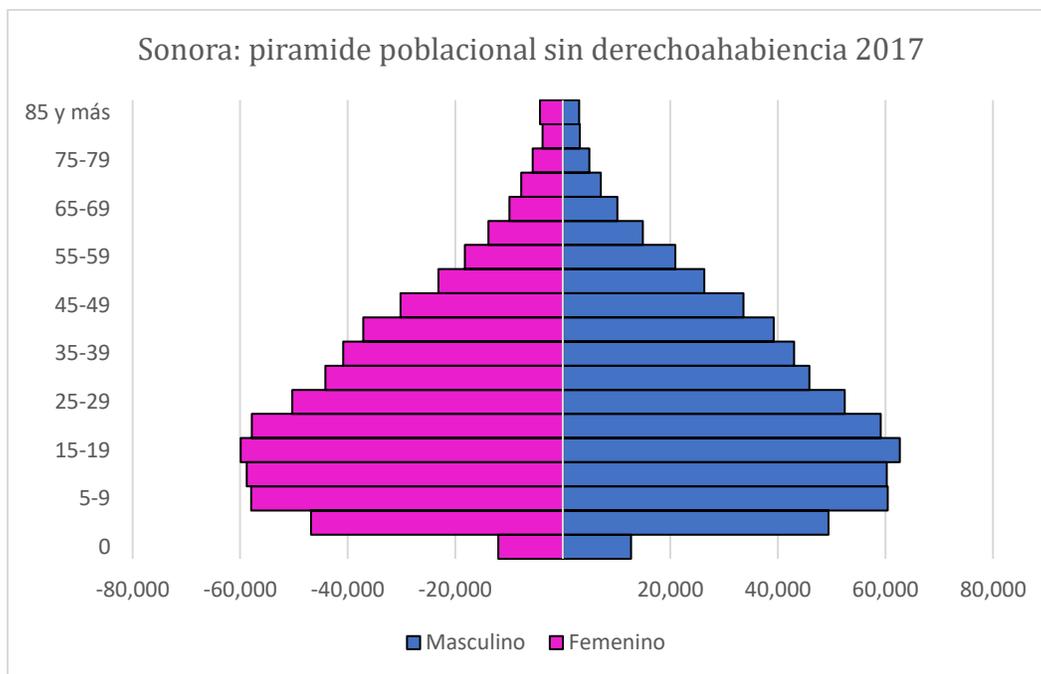
Si bien, el escenario estatal presenta una situación con menor crecimiento del número de personas sin derechohabiencia que a nivel nacional, es tarea de los SSS atender sus requerimientos para la mejora de la salud. Por lo que resulta importante conocer sus características específicas y su ubicación dentro de la entidad; para la mejor toma de decisiones de política incluyentes que colaboren en la disminución de las carencias en seguridad con respecto de los servicios de salud.

Una primera aproximación a las características poblacionales de la Población Objetivo es la edad; se aprecia en la siguiente gráfica como la población con derechohabiencia se concentra en las edades entre 5 y 19 años, disminuyendo a partir de los 20 años hasta antes de los 35, para incrementarse hasta los 49 años, dejando ver una menor población derecho habiente en los últimos quinquenios de edad.



Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS, Secretaria de Salud 2018

En contra parte, al analizar a la población sin derechoahabiencia, se observa que la pirámide poblacional está ensanchada en los grupos entre los 5 a los 24 años, los grupos de población a partir de los 30 años tienen derechoahabiencia; lo cual puede deberse a la incorporación dentro del mercado laboral o afiliación a servicios de salud por asociación familiar, servicios escolares o servicios ofrecidos por el gobierno.



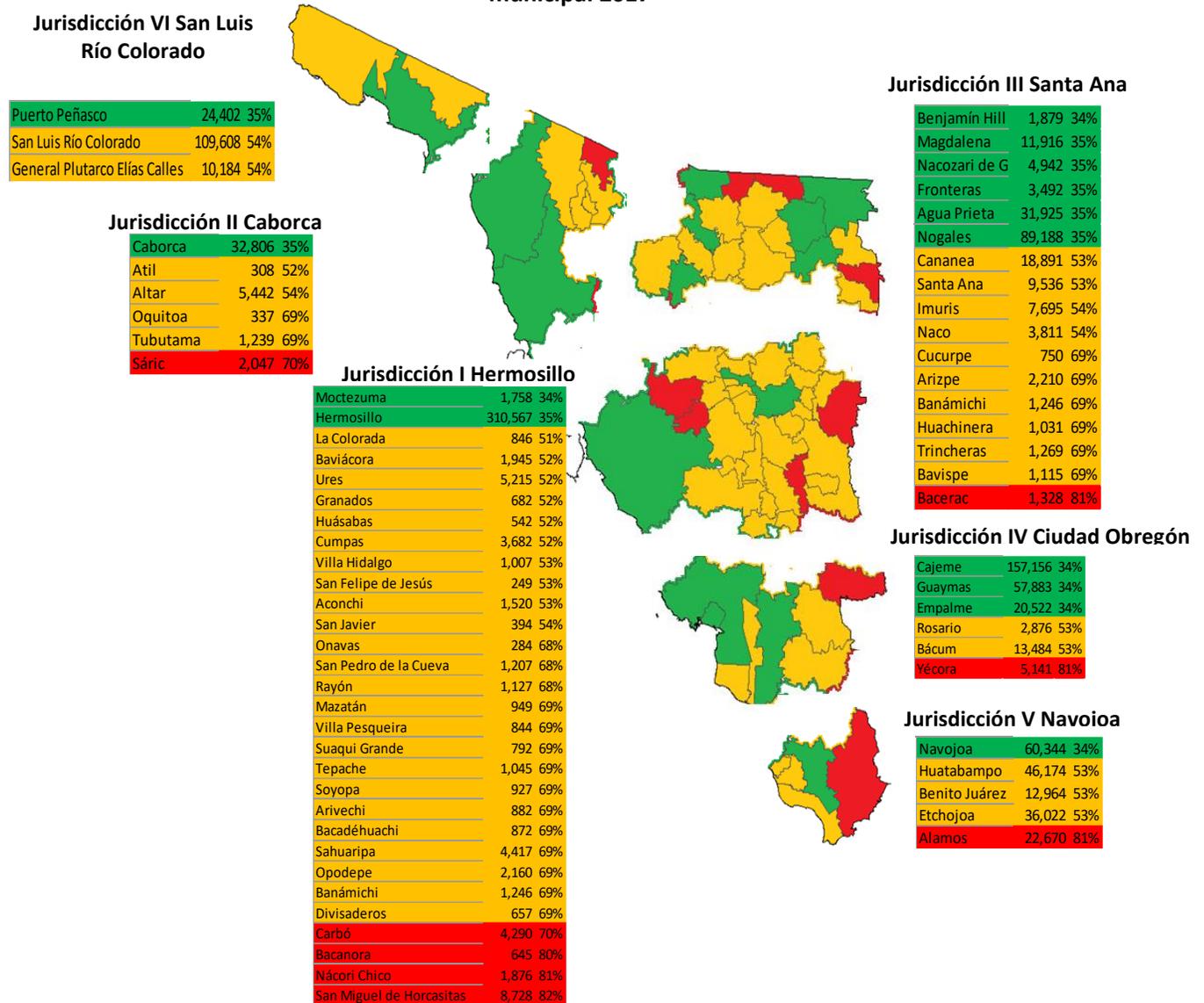
Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS, Secretaria de Salud 2018.

Cuando el análisis se realiza a nivel municipal, en el mapa que se muestra a continuación, se puede observar una clasificación de acuerdo a la concentración de la población sin derechohabiencia. De ahí que existen municipios que evidencian que entre el 34% y el 35% de su población no tiene derechohabiencia (en color verde). Otros, entre el 50% hasta el 69% de su población no cuenta con derechohabiencia (color amarillo). Y municipios donde entre el 70% y el 80% no tiene derechohabiencia (color rojo).

Asimismo, los municipios más poblados como Hermosillo, Cajeme, Navojoa, Guaymas, Nogales, Caborca, exhiben que entre el 34% y el 35% de su población carece de derechohabiencia.

En Sonora, el 20% de los municipios concentran la mayor parte de la población sin derechohabiencia,

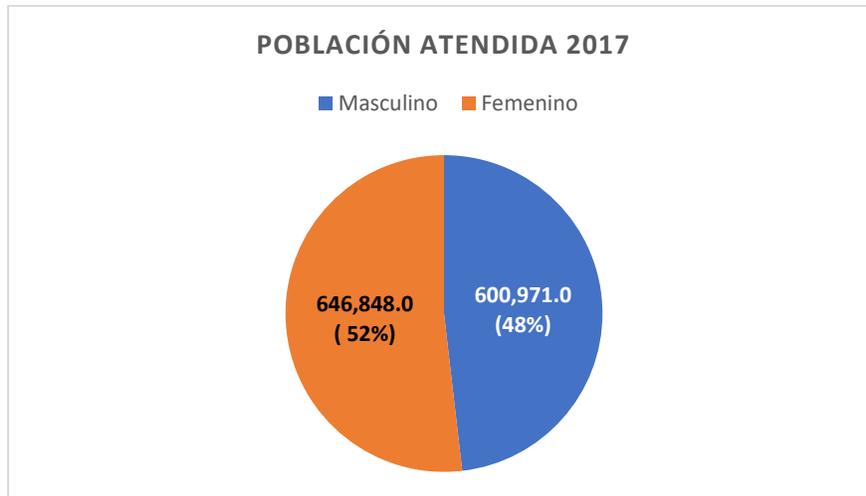
**Sonora: porcentaje de población sin derechohabencia a nivel municipal 2017**



Fuente: Elaboración propia con base en CUBOS, Secretaria de Salud 2018.

c) Población atendida.

Para hacer un análisis proxi de la población atendida se analizarán los egresos hospitalarios, dejando de lado las defunciones y nacimientos.



Fuente: Elaboración propia con base en

[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_egresoshosp\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html)

Como puede observarse en la gráfica anterior, de acuerdo a DGIS se atendieron un total de 1,244,819 personas de las cuales 48% fue población masculina 52% femenina, a través del seguro popular, lo cual representa un 53% de los egresos hospitalarios totales en Sonora durante este año, con un promedio de estancia de 4.3 días en el hospital.

d) Mecanismos para identificar la población objetivo, elegibilidad.

Para determinar la elegibilidad de la población se sigue la siguiente ruta metodológica:

Se determina la población potencial definida como la parte de la población de referencia que es afectada directamente o que presenta el problema que se está definiendo y que justifica la existencia del Programa. Por lo tanto, esta población se considera como elegible. Después se establece la población objetivo como un subgrupo al interior de la población potencial (población afectada), que el Programa ha determinado atender en cierto periodo, la elección de dicho subgrupo corresponde a la definición de criterios de focalización con base en las restricciones de recursos humanos y presupuestales con los que se disponen para atender a la población afectada, la cual se cuantifica por lo general utilizando un criterio de restricción presupuestaria y el grado de incidencia del problema al interior de la población potencial coincidiendo la población en algunas ocasiones con los padrones de beneficiarios de ciertos programas.

## **V. ANÁLISIS DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN.**

Para la evaluación correcta del programa existe información específica que permite conocer las características de los beneficiarios que se encuentran dentro de la norma, la cual se encuentra sistematizada.

De acuerdo con el manual de afiliación y operación del REPSS, se cuenta con un padrón de beneficiarios, el cual contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. La clasificación de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud considerando sus características socioeconómicas e indicadores de bienestar proveniente de la CECASOEH que aplican los Regímenes Estatales.

Los criterios de afiliación son: de hijos de mexicanos nacidos en el extranjero. De extranjeros. De personas reconocidas como víctimas. De personas desplazadas. De recién nacidos sin acta de nacimiento. De recién nacidos en una entidad federativa distinta a la de incorporación de su madre. De estudiantes. De internos en centros penitenciarios. En programas sociales o colectividades. Colaboración institucional. Programa Prospera. Localidades de alta y muy alta marginación. Afiliación colectiva en instituciones de asistencia social. De personas internas en psiquiátricos.

Apoys otorgados:

- a) Un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida;
- b) Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos;
- c) Atención médica, medicamentos e insumos para la salud, en atención hospitalaria y de alta especialidad, cuyas principales patologías se mencionan en el Anexo 1.

Derecho a:

- a) Las intervenciones a la atención primaria a la salud y atención hospitalaria que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, así como los medicamentos asociados, y
- b) Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a menores de cinco años, así como a los medicamentos asociados.

Los recién nacidos conforme a lo definido en la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, o la

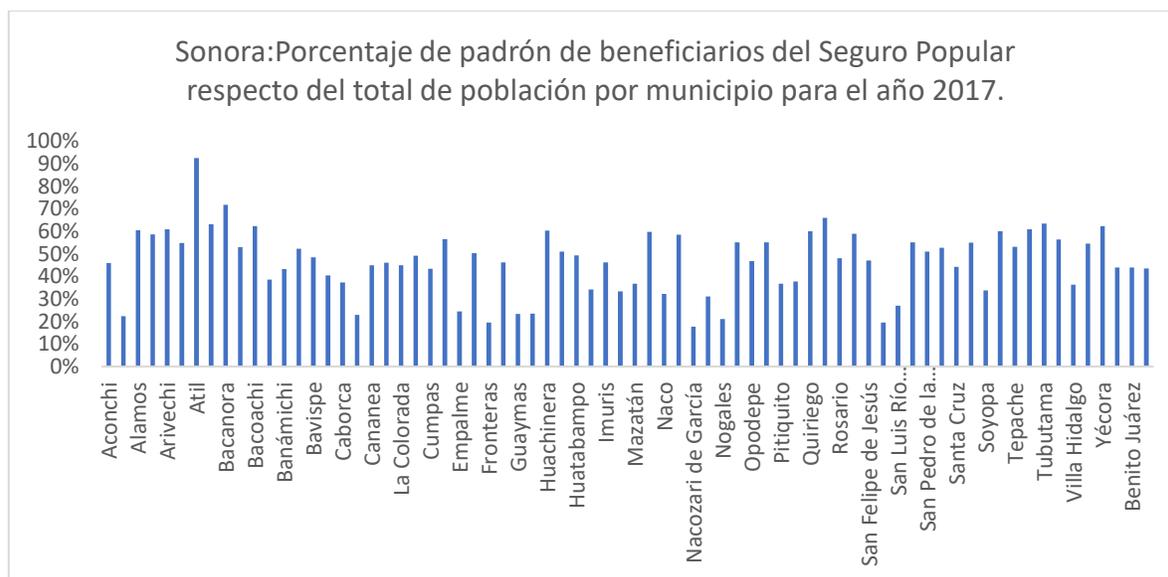
que, le sustituya, recibirán los servicios en las condiciones antes mencionadas a partir del día de su nacimiento.

Cabe aclarar que el listado de padecimientos no es limitativo.

Existe sistematización y se cuenta con la clave única de identificación por beneficiario, esta incluye mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Sin embargo, no se detectó un mecanismo documentado para la depuración y actualización de padrón de beneficiarios.

Para el año 2017 en Sonora se cuenta con una cobertura importante por parte del seguro popular, que fortalece el objetivo general del programa brindando atención médica de segundo nivel a la población sin derechohabencia en el estado. Si se realiza un análisis a nivel municipal, se puede observar en la siguiente grafica como municipios como Átil, Bacanora, Rayón y Tubutama por mencionar algunos, cuentan con más del 60% de su población cubierta con servicios de salud gracias al programa.



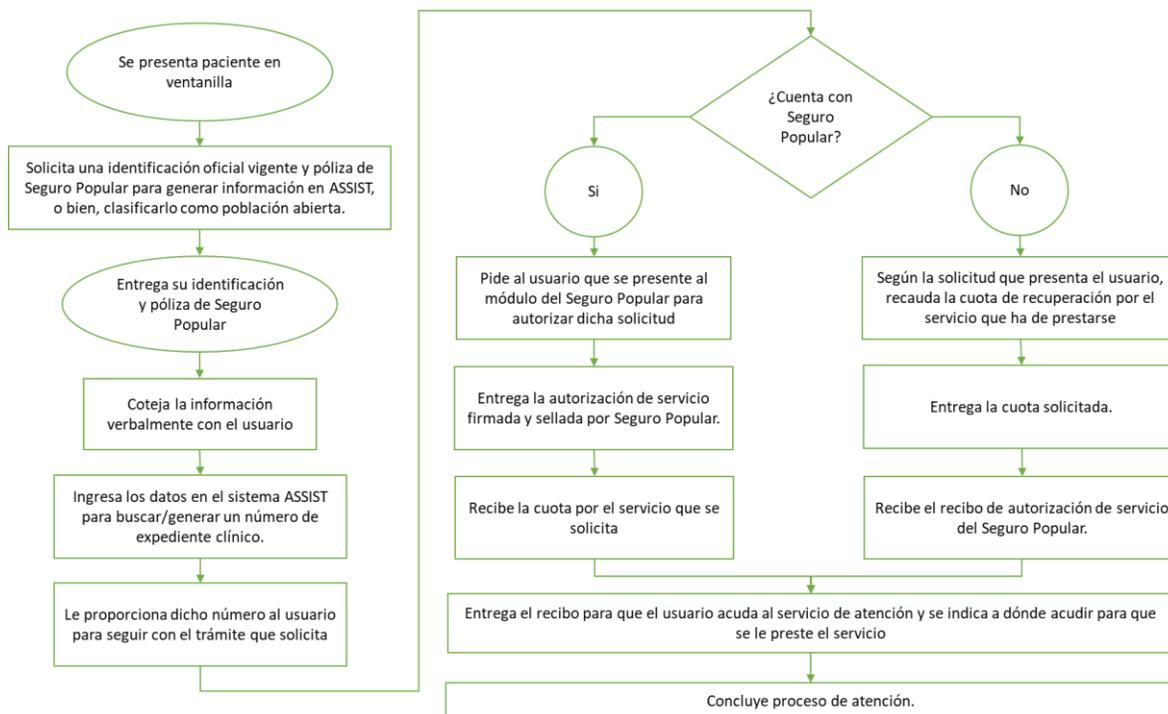
Fuente: elaboración propia con base en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular>

En cuanto a los procedimientos para otorgar los servicios a los beneficiarios se encuentran sistematizados, difundidos públicamente y están apegados al documento normativo del programa.

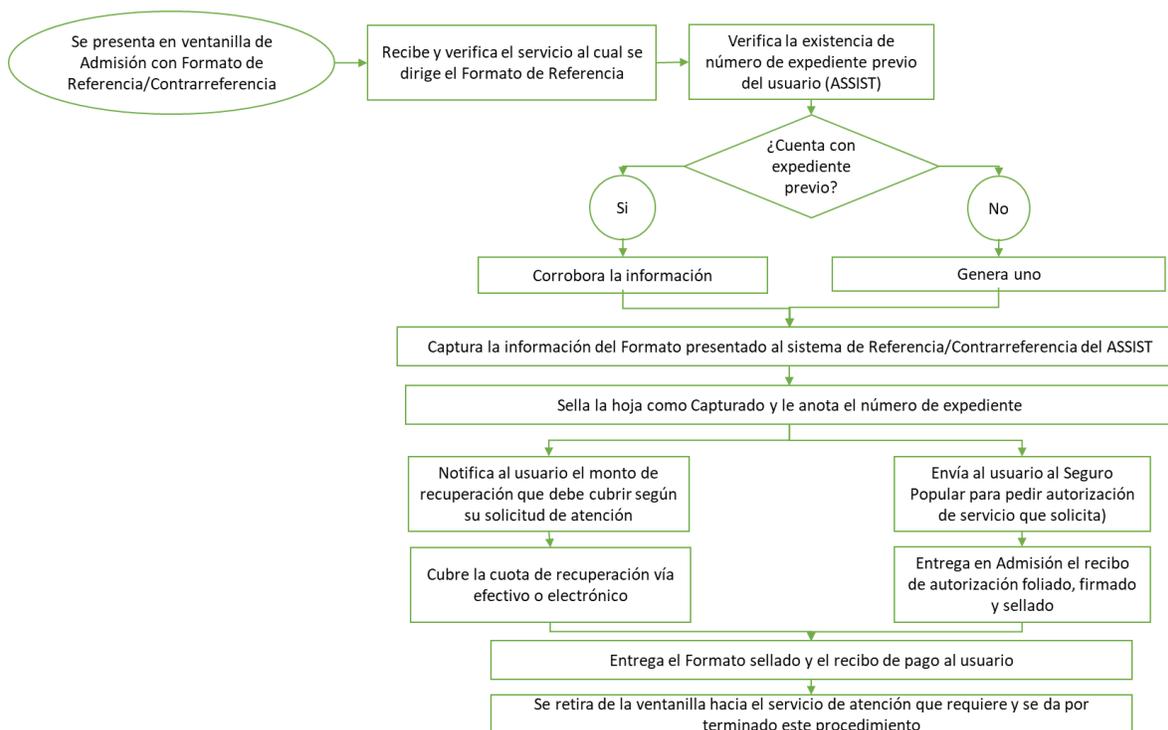
El manual de operaciones de admisión hospitalaria, cuenta con sistemas claros en cuanto a los procedimientos que se deben llevar a cabo tanto para los usuarios como para el personal, de acuerdo con dicho manual los ingresos al hospital están determinados por la categoría de admisión a través de citas y de urgencias, donde se tienen protocolos de acción distintos que se encargan de satisfacer las mismas necesidades de información, esta información está concentrada en el área de estadística de cada hospital y los servicios que se ofrecen están debidamente publicados y difundidos en las áreas de transparencia (en cuanto a los empleados) y por medios masivos para que los usuarios tengan la capacidad de reconocer los derechos y obligaciones que se contraen al momento de acceder al programa.

Diagramas de atención:

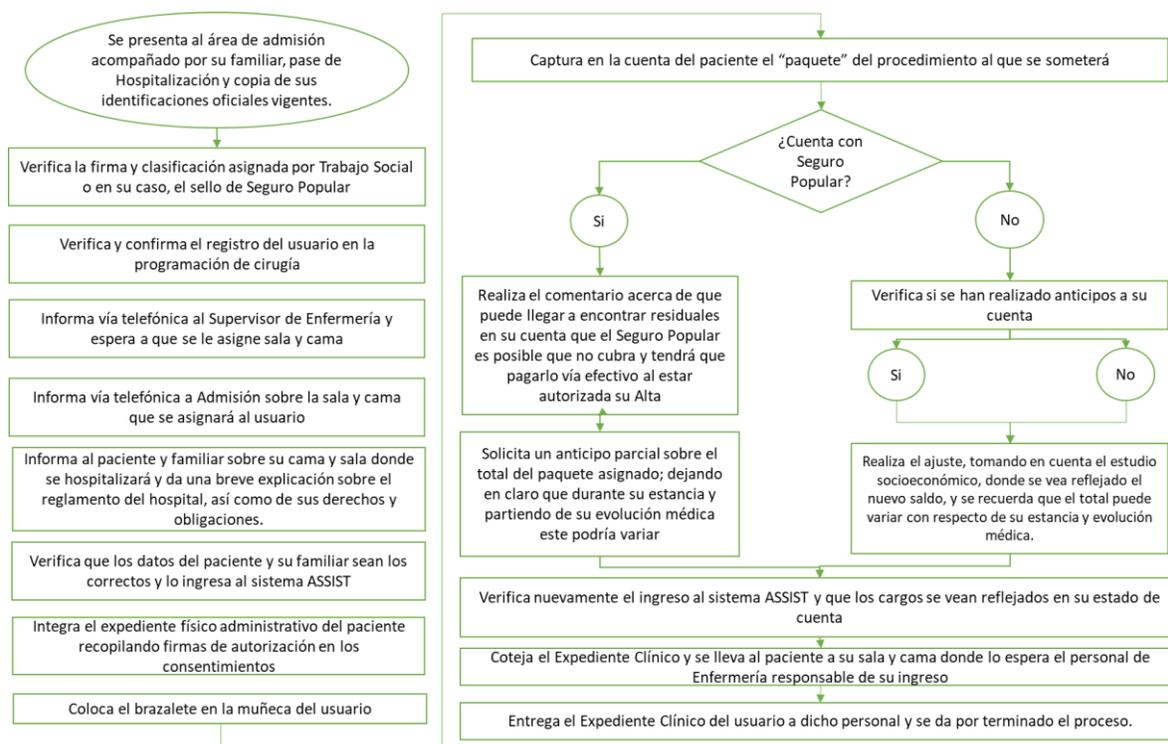
### Búsqueda/generación del número de expediente clínico



## Registro del formato de referencia/contrarreferencia



## Ingreso a área de hospitalización



Fuente: Elaboración propia con base en manual de procedimientos departamento admisión 2016 - 2018

Sin embargo, las instancias ejecutoras, es decir los hospitales de las V jurisdicciones en el Estado de Sonora no cuentan con un sistema común que permita centralizar la información de manera ordenada, cada instancia cuenta con un esfuerzo propio y por mencionar alguno se tiene el programa TCA Assist ®, utilizado por el Hospital General ubicado en Hermosillo. Lo cual provee de un área de oportunidad para la SSS, pues utilizar un *software* estandarizado, permitiría obtener información ordenada y oportuna que permita detectar áreas de mejora para el desempeño el buen desempeño del Programa.

## **VI. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR).**

La Matriz debe ser analizada en varios sentidos, en primera instancia se tiene la lógica vertical, donde se realiza un análisis de los componentes que estén claramente especificados, ordenados de manera cronológica con las actividades y componentes necesarios.

En este sentido la MIR para la ATENCIÓN MÉDICA SEGUNDO NIVEL, cuyo eje “todos los sonorenses todas las oportunidades”, y su reto es “Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias, posee tres componentes con sus respectivas tres actividades:

C1: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización

A1 C1: Atención a pacientes en servicio de urgencias

C2: Tratamiento quirúrgico proporcionado

A1 C2: Atención a pacientes en estancia hospitalaria

C3: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales

A1 C3: Conformación de plantilla de personal especializado

Los cuales:

a). - Están claramente especificadas y no existe ambigüedad en su redacción.

b). - Sin embargo, No están ordenados en secuencia, por lo que a continuación se sugiere el siguiente ordenamiento:

C1: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales

A1 C1: Conformación de plantilla de personal especializado.

C2: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización

A1 C2: Atención a pacientes en servicio de urgencias

C3: Pacientes de consulta externa canalizados a hospitalización

A1 C3: Atención a Pacientes de consulta externa canalizados a hospitalización

Nota: como no se contempla en C2 el ingreso a hospitalización vía consulta externa, se sugiere agregar este componente. O bien en el componente existente agregar "Pacientes del servicio de urgencias y consulta externa canalizados a hospitalización"

C4: Tratamiento quirúrgico proporcionado

A1 C4: Atención a pacientes en estancia hospitalaria

Las actividades son necesarias, es decir, ninguna de ellas es prescindible para producir los Componentes.

Se observa en la MIR Estatal, que existe un solo criterio de supuestos para las tres actividades (disponibilidad oportuna de los recursos). Siendo que cada una las actividades responden a lógicas y procesos distintos.

Siguiendo el orden propuesto, los supuestos serían:

A1C1: Conformación de plantilla de personal especializado.

Supuestos: disponibilidad-calidad-formación-experiencia del recurso humano médico.

A1 C2: Atención a pacientes en servicio de urgencias

Supuestos: Incidencia de Fenómenos naturales, epidemias, condiciones laborales de las personas que no tienen seguridad social.

A1 C3: Atención a Pacientes de consulta externa canalizados a hospitalización

Supuestos: Incidencia de Enfermedades crónico-degenerativas y otros padecimientos relacionados con la inadecuada alimentación y malos hábitos en el cuidado de la salud.

Propuesta:

1.- Realizar un panel de involucrados en el Programa, donde se expliciten los supuestos para Actividades, Componentes, Propósito y Fin. EN el entendido que:

- Los supuestos en la MIR corresponden a la explicación del comportamiento de los factores que no están bajo el control de la dirección del programa, denominados "factores externos".

- Los supuestos consideran tres factores: a) identificación de factores externos; b) verificación de la condición de los supuestos y; c) análisis de consistencias en la relación causal entre objetivos (complemento a la lógica vertical).
- Los factores externos describen las condiciones que son importantes para la realización satisfactoria de la intervención pública por medio del programa. La razón para identificarlos es porque un programa, entendido como una lógica de intervención y transformación de una realidad referida al problema que se busca resolver, nunca abarca toda la realidad de que se trata ya que existen factores externos a la intervención pública que pueden influir de manera significativa. De ahí la importancia de identificarlos y tenerlos en cuenta.

Los componentes son bienes o servicios que produce el programa, enunciados a continuación:

C1: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización

C2: Tratamiento quirúrgico proporcionado

C3: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales

La redacción de los componentes guarda una lógica de resultados logrados.

Ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito, Sin embargo, no se considera el componente de servicio de atención a pacientes de consulta externa canalizados a hospitalización. Finalmente, si bien los componentes aportan a la generación del propósito, el único supuesto planteado: “Disponibilidad oportuna de los recursos”, no abarca todos los riesgos que están más allá del control directo de la dirección del programa, el equipo de diseño del programa se debe preguntar qué podría ir mal en cada nivel de la lógica vertical de la MIR, identificando factores externos a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades.

En cuanto al propósito de la MIR su redacción, se expresa como una consecuencia directa, resultado de los componentes. En este caso, el supuesto planteado en la MIR “Disponibilidad oportuna de recursos”, considera implícitos fenómenos macroeconómicos que pudieran afectar el comportamiento de variables de la economía que influyan negativamente al programa.

Incluye un solo objetivo: Los sonorenses tienen acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel.

Está redactada en términos de una situación lograda: “Los sonorenses tienen acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel.

Incluye la población objetivo ya que en su propósito se refiere a: Los sonorenses tienen acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel”. Sin embargo, es necesario puntualizar que su población objetivo-definida, es: “La Población sin derechohabencia a servicios de salud en el estado, de Sonora”. En ese sentido, ya que los Hospitales de segundo nivel de Sonora, no sólo atienden a los originarios de Sonora, sino que dan servicio a usuarios de otros estados de la República, consideramos que la redacción del propósito debería ser: “La

población sin derechohabencia tiene acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel”.

El Fin de la MIR Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción. El Fin planteado en la MIR es: “Contribuir a mejorar la salud de los sonorenses que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”. Si bien está claramente especificado y no existe ambigüedad en su redacción. Es conveniente observar que, en concordancia con la definición de la población objetivo, se propone que el Fin se redacte de la siguiente manera: “Contribuir a mejorar la salud de población que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”

El FIN del programa es un objetivo superior al que el programa contribuye, lo que implica que éste solo apoya parcialmente a la mejora de la salud de la población sin seguridad social; es decir, se requiere otros factores externos para que se cumpla con el objetivo superior.

Efectivamente, el logro del FIN no está controlado por los responsables del programa, toda vez que algunos aspectos relacionados con la mejora de la salud están relacionados con elementos que atañen al comportamiento del individuo (malos hábitos de alimentación, higiene, falta de ejercicio, adicciones, entre otras.)

Incluye un solo objetivo: “Contribuir a mejorar la salud de los sonorenses que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”

Está vinculada con dos estrategias del programa sectorial:

- 4.1.- Desarrollar nueva infraestructura especializada con tecnología de punta, así como remodelar y equipar la existente.
- 4.2.- Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica en el Estado.

Sólo en el Resumen Narrativo de la MIR se identifica el FIN, el Propósito, los componentes y las actividades, en el documento normativo del programa, no se plasman todas las actividades contempladas en la MIR.

En cuanto a los indicadores se pueden identificar las siguientes características:

Fin: Contribuir a mejorar la salud de ~~los sonorenses~~ la población en Sonora que no cuenta con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel.

- Tasa general de morbilidad hospitalaria.
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

Propósito: La población en Sonora ~~Los sonorenses~~ tiene acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel

- Camas censables por cada mil habitantes
- NO se encuentra justificación en documentos proporcionados

- NO se justifica que a través del indicador cama censable, se consiga acceso universal a los servicios especializados de salud de Segundo nivel
- No relevante (falta agregar los otros servicios que ofertan los HG; de urgencias calificadas, no calificadas, consulta interna, referencias, contrarreferencias, exámenes de laboratorio, etc.)

#### Componentes:

##### C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización.

- Los pacientes canalizados a hospitalización es uno de los servicios que Brinda el programa
- Ofrece un indicador de una mayor cobertura del Programa en la canalización hospitalaria.
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

##### C2: Porcentaje de cirugías por egreso

- El número de cirugías es uno de los servicios que otorga el programa
- Es un proxy para la eficacia de la infraestructura de quirófanos.
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

##### C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica

- Eficiencia de los médicos especialistas de ramas troncales
- Mide la capacidad del hospital, en términos de médicos especialistas para atender las necesidades del usuario.
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

#### Actividades:

##### A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas

- Proporción de urgencias calificadas respecto al total de urgencias recibidas
- Es un indicador proxy de la Eficacia de atención en urgencias
- Es un indicador claro, económico, NO monitoreable (está planteado de manera descendente), y relevante

##### A1 C2: Días estancia de pacientes hospitalizados (días por paciente)

- Días estancia del paciente promedio
- Es un indicador proxy de la Eficacia de atención hospitalaria
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

##### A1 C3: Porcentaje de especialistas

- Nivel de Especialización de la plantilla médica

- Es un indicador proxy de la calidad del servicio hospitalario
- Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

El programa cuenta con la siguiente información de sustento: la MIR, las fichas del POA y la ficha del programa presupuestario E411E41, correspondiente al eje 4 “Todos los sonorenses, todas las oportunidades”; reto 11:” Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias”. Sin embargo, en las fichas técnicas proporcionadas, faltan elementos técnicos para el FIN, Propósito, Componente y Actividades, respectivamente.

Debido a que no existe un parámetro de semaforización de la meta, se dificulta determinar la factibilidad de alcanzar la meta en los plazos y con los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.

Los medios de verificación son referidos a sitios de internet en donde se localiza la información, misma que permite la reproducción de los indicadores.

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

Recomendaciones para precisar los Medios de Verificación:

1. Fin-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores.

Si bien es cierto se señala que los medios de verificación son el SAEH y CUBOS, es necesario precisar la sección de cada uno de estos sistemas de información, de donde se obtuvo la información para el cálculo del indicador.

2. Propósito-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores.

Los medios de verificación Para el propósito son: SINERHIAS y CUBOS, es importante hacer notar que aun cuando el indicador de pronóstico tiene que redefinirse (al cálculo de población atendida/ Población sin seguridad social) En el mismo caso del Fin, para el propósito, es necesario contar con precisión el lugar de donde se obtuvo el dato para el cálculo del indicador.

3. Componentes-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores.

Para los indicadores de los componentes, son: SAEH, CLUES y Urgencias, también se sugiere que se precise el sitio de donde se obtiene el dato, incluso que se haga explícita la página web.

4. Componentes-Indicadores a ese nivel-Medios de Verificación de dichos indicadores.

Para los indicadores de las actividades, son: Urgencias, SAEH, SINERHIAS, también se sugiere que se precise el sitio de donde se obtiene el dato, incluso que se haga explícita la página web.

## VALORACIÓN FINAL DE LA MIR

	Resumen narrativo	Indicadores				Línea base
	(Objetivos)	Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Frecuencia	Valor 2016
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar la salud de los sonorenses la población en Sonora que no cuenta con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel.	Tasa general de morbilidad hospitalaria de población sin seguridad social en sonora	<del>(Número de personas sin seguridad social demandante de servicios hospitalarios institucionales/ Total de población sin seguridad social) *100.</del> TM= (número de casos existentes de padecimientos/ Total de población sin seguridad social) *100	Porcentaje	Anual	$(341,883/1,178,626) *100 = 29\%$ El establecimiento de la meta debe ser en dirección descendente para medir efectividad
<b>PROPÓSITO</b>	La población en Sonora Los sonorenses tiene acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel.	<del>Camas censables por cada mil habitantes.</del> Tasa de atención a la población sin seguridad social	<del>(Número de camas en operación/Total de población sin seguridad social de Sonora) *1000</del> Población sin seguridad social atendida/ Total de población sin seguridad social) *100	Cama Porcentaje	Anual	$(\text{Dato No Disponible} / 1,178,626) *100= X\%$ La población atendida debe considerar todos los servicios de segundo nivel proporcionados; CExt, Lab. y servicios compl.
<b>COMPONENTES</b>	C1: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización	C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización	C1: (Número de pacientes de urgencias canalizados a hospitalización/Total de pacientes atendidos en urgencias)*100	Porcentaje	Anual	$(52,284 / 313,512) *100=17\%$ El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir efectividad
	C2: Tratamiento quirúrgico proporcionado	C2: Porcentaje de cirugías por egreso	C2: (Total de cirugías / Total de egresos) *100	Porcentaje	Anual	$(28,711 / 72,498) *100=39.6\%$
	<del>C3: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales</del> C3": Pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa y otros servicios	<del>C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica</del>	<del>C3: (Número de hospitales con plantilla de las cuatro especialidades/Total de hospitales) *100</del>	Razón	Anual	$(18/18) *100=100\%$ (Dato No Disponible /831) =X Componente adicional. El establecimiento de la meta

	complementarios (Laboratorios, Electrocardiogramas, Banco de Sangre, etc.	Porcentaje de pacientes atendidos	Población atendida/ Total de médicos especialistas) *100			debe ser en dirección ascendente para medir efectividad
ACTIVIDADES	A1 C1: Atención a pacientes en servicio de urgencias	A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas	A1 C1: (Número de atenciones de urgencias calificadas/Total de urgencias) *100	Porcentaje	Anual	(64,912 / 313,512) *100=20.7% El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir efectividad
	A1 C2: Atención a pacientes en estancia hospitalaria	A1 C2: Días de estancia pacientes hospitalizados	A1 C2: Días de estancia/Total de egresos	Día	Anual	254,753/72,498=3.5 El establecimiento de la meta debe ser en dirección descendente para medir efectividad
	A1 C3: Conformación de plantilla de personal especializado	A1 C3: Porcentaje de especialistas	A1 C3: (Número de especialistas/Total de médicos) *100	Porcentaje	Anual	(831/1639) *100=50.7% El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir calidad en la atención.

## VII. ANÁLISIS DE LA ASIGNACIÓN, EJERCICIO PRESUPUESTAL Y RENDICIÓN DE CUENTAS.

El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.

### Registro de operaciones programáticas y presupuestales (Determinación del Gasto Unitario)

Dato de población atendida según el FIN de la MIR 2017				Dato de población atendida según Componentes de la MIR 2017			
Gastos de Operación \$	Gastos de Mantenimiento \$	Gasto Total (A)	Población Atendida (B)	Gastos de Operación \$	Gastos de Mantenimiento \$	Gasto Total (A)	Población Atendida (B)
3,131,511,999	11,500,190	3,143,012,189	*Egresos de Cama Censable 85,932	3,131,511,999	11,500,190	3,143,012,189	Egreso85,932
529,480,403	44,613,643	574,094,046		CanUr33,956			
386,032,340	**	386,032,340		* Dato CExt ND			
4,047,024,743	56,113,833	4,103,138,575		119,888			
Gasto Unitario (A/B)			\$ 47,749	Gasto Unitario (A/B)			\$ 34,225

\*No considera el dato de Población Atendida en Consulta Externa que no egreso de Cama Censable; es decir, la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud específicos o cirugías simples, así como exámenes de laboratorio y otros diagnósticos básicos.

\*\*No considera Gastos de Capital (programa con antigüedad mayor a 2 años), ni Gastos por ADEFAS.

Capítulo 4000 (A)	\$ 11,500,190
Población Atendida según el FIN de la MIR 2017 (B)	85,932
Apoyo otorgado entregado a la Población Atendida (A/B)	\$ 134

Presupuesto del programa que llega a la Población Atendida en bienes y/o servicios, monetarios o no monetarios	
Capítulo 4000 (A)	\$ 11,500,190
Población Atendida según Componentes de la MIR 2017 (B)	*119,888
Apoyo otorgado entregado a la Población Atendida (A/B)	\$ 96

\*No considera el dato de Población Atendida en Consulta Externa que no egreso de Cama Censable; es decir, la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud específicos o cirugías simples, así como exámenes de laboratorio y otros diagnósticos básicos.

Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.

- a) Las ROP o Documento normativo del Programa: Manual de Organización Servicios de Salud de Sonora Servicios de Salud de Sonora (Manual general) con fecha del 31/07/2018. Mismo que se encuentra en: <http://sicad.sonora.gob.mx/Publicaciones/BE.aspx>
- b) Los resultados principales del programa, así como la información para monitorear su desempeño, se encuentra en el portal de la Dirección General de Información en Salud, ((SINERHIAS) en la liga: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-informacion-en-salud-dgis>. Ahí se localiza la información actualizada sobre: Egresos hospitalarios, Lesiones, Población, Servicios otorgados, Defunciones, nacimientos, recursos, y urgencias atendidas. En cuanto a los indicadores de salud, se recolectan datos a través de toda la gama de Sistemas de Información que la entidad está obligada a reportar a nivel federal, estos sistemas se muestran en el numeral 7.9 de la NOM35 y son: CLUES, PGS, POBLACION Y COBERTURA, SINERHIAS. También los SSS utilizan el sistema nacional INDICAS II donde se recaban indicadores que miden la calidad brindada en los servicios médicos.
- c) Los procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información acorde a lo establecido en la normatividad aplicable. Se encuentran en la página: <http://www.transparencia.sonora.gob.mx/procedimiento-para-la-solicitud-de-informaci%C3%B3n.html>
- d) A través del portal de transparencia.sonora.gob.mx, se accede a la página del DECIDES (Denuncias Ciudadanas del Estado de Sonora) [contraloria.sonora.gob.mx/decides/registro](http://contraloria.sonora.gob.mx/decides/registro). En dicho portal se encuentran las secciones de Quejas, Denuncias Reconocimientos y Sugerencias. EN esta última se recaban las Ideas que propone el ciudadano para que se tenga en consideración a la hora de tomar alguna decisión.

Los procedimientos de obras y acciones de los Servicios de Salud de Sonora tienen todas las características establecidas.

- a) Las ROP o Documento normativo del Programa: Manual General de Organización Servicios de Salud de Sonora de fecha 31/07/2018 y el Manual de Organización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora (REPSS), publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora del 17/11/2016, en este último se describen los objetivos del Departamento Estatal de Supervisión cuyas funciones principales son: Verificar la información de los expedientes de los beneficiarios para conocer si están debidamente integrados y Realizar visitas domiciliarias para corroborar la información contenida en los expedientes. La Dirección de Gestión de Servicios de Salud tiene como objetivo: Implementar sistemas de operación que permitan registrar la atención de los afiliados, impulsar la acreditación de las unidades de salud y vigilar la prestación de servicios, a fin de garantizar la tutela de derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.
- b) Los esquemas de operación principales del programa se encuentran descritos en los manuales referidos, así como la información para monitorear su desempeño, que se encuentra en el portal de la Dirección General de Información en Salud, (SINERHIAS) en la liga: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-informacion-en-salud-dgis>, ahí se localiza la información actualizada sobre: Egresos hospitalarios, Lesiones, Población, Servicios otorgados, Defunciones, nacimientos, recursos y urgencias atendidas.
- c) El Manual de General de Organización de los Servicios de Salud de Sonora que se encuentra en: <http://sicad.sonora.gob.mx/Publicaciones/BE.aspx> y el Manual de Organización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora (REPSS), que se localiza en: <http://contraloria.sonora.gob.mx/ciudadanos/compendio-legislativo-basico/compendio-legislativo-basico-estatal/manuales/546--404/file.html> decisión.
- d) En adición a las acciones de cumplimiento de metas previstas en la MIR, se realizan acciones que cubren un espectro más amplio de las atribuciones consignadas en sus documentos normativos como: La Firma de la Carta de Adhesión del Estado de Sonora al Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios con la Instalación del grupo de trabajo Interinstitucional, integrado por representantes de las Delegaciones en Sonora del IMSS e ISSSTE, así como del ISSSTESON y la SSP, para analizar el intercambio de servicios en la entidad. Integración actualizada del diagnóstico en las unidades médicas de cada Institución sobre oferta y demanda de servicios, para identificar las intervenciones con potencial de intercambio en el Estado.
- e) En el tema de Asistencia Social en 2017 se llevaron a cabo Jornadas Protésicas donde se benefició a 90 personas de escasos recursos económicos de 31 Municipios con operaciones de colocación de Prótesis de Cadera y Rodilla. Jornada para Verte Mejor se benefició a 82 personas de escasos recursos económicos de 43 Municipios con el retiro de Catarata y la colocación de lente intraocular. Por otra parte, se realizó la entrega a 324 personas de anteojos graduados, de 3 Municipios. Jornada para Oírte Mejor se benefició a 316 personas de escasos recursos económicos de 28 Municipios con la colocación de aparatos auditivos. Entrega de Apoyos Funcionales se entregaron Sillas de Ruedas, bastones, muletas y andaderas en beneficio de 249 personas de 23 municipios. Jornada para Sentirme Mejor se realizó la colocación de 7 prótesis de mama en beneficio de personas de escasos recursos de 4 municipios. Jornada para Comer Mejor se colocaron placas dentales totales a 82 personas de 10 municipios.
- f) En la Protección contra Riesgos Sanitarios la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Sonora, sigue realizando tareas de planeación,

organización, dirección y ejecución de vigilancia sanitaria, todo ello a través del fomento sanitario dirigido a establecimientos, industrias, productos y servicios, con total apego a la Ley General de Salud, Ley de Salud para el Estado de Sonora y en cumplimiento de las normas sanitarias aplicables vigentes.

También se llevaron a cabo acciones de Enseñanza e Investigación en Salud, en el año 2017 se registraron 107 protocolos de investigación y con la colaboración de la Dirección General de Tecnologías de la Información y Comunicaciones se está elaborando la propuesta de página web, para la difusión de reglamentos, normas y lineamientos de investigación en salud, así como para el registro en línea de los protocolos de investigación y se llevó a cabo el II Diplomado en Metodología de la Investigación, promovido por la Dirección General de Enseñanza y Calidad, para brindar capacitación al personal de los Servicios de Salud de Sonora interesados en realizar proyectos de investigación en salud, participando 20 Médicos, Químicos y Enfermeras.

### **VIII. COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS OBJETIVOS Y METAS, INDICADORES DE PROGRAMAS FEDERALES.**

El Programa presenta las siguientes complementariedades: Con el Seguro Popular; Prospera Programa de Inclusión Social; Cruzada Nacional contra el Hambre (estrategia); IMSS, Prospera; Seguro Médico Siglo XXI; Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017 (Antes Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud).

Se requiere avanzar en los siguientes puntos:

- Mantener el padrón actualizado y depurado, en concordancia con el Seguro Popular.
- Intensificar la interacción con IMSS Prospera para aminorar coincidencias en la oferta de servicios en una región determinada.

## VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.

Tema	Nivel	Justificación
<b>Diseño</b>	3.7	<p>No considera diferencias entre hombres y mujeres, y tampoco especifica las diferencias geográficas que atañen a cada uno de los 72 municipios.</p> <p>Ausencia del componente referido a consulta externa</p> <p>Existe un solo criterio de supuestos (disponibilidad oportuna de los recursos).</p> <p>Algunos indicadores tienen un sentido inverso, tal es el caso del FIN cuyo sentido es ascendente.</p> <p>El indicador del Propósito (cama censable) es parcial ya que no contempla de los servicios especializados de segundo nivel; ya que se deja de lado la atención ambulatoria que no requirió de hospitalización</p>
<b>Planeación y Orientación a Resultados</b>	3.5	<p>Se cuenta con la ficha del programa presupuestario E411E41. Así mismo con Las fichas técnicas diseñadas para la distribución y evaluación del POA. Pero estas no contemplan toda la información requerida para la MIR; por lo que se requiere elaborar las fichas técnicas para este propósito.</p>
<b>Cobertura y Focalización</b>	4	<p>Se define la población objetivo, existe información estadística para su seguimiento. Existe un padrón de beneficiarios actualizado por parte del Seguro Popular.</p>
<b>Operación</b>	3.7	<p>Los Hospitales Generales de segundo nivel, cuentan con procedimientos definidos de registro, trámite de referencias y contra referencias de sus usuarios. Coparticipación de instituciones como: SEDESOL, PROSPERA, SEGURO POPULAR, en la atención a la población objetivo.</p>
<b>Percepción de la Población Atendida</b>	4	<p>No toda la población conoce o tiene acceso a los portales de transparencia.</p> <p>Es muy baja la participación de la población a través de los portales de la Secretaría.</p> <p>Respecto a la calidad de los SSS cuantificado por INDICAS, comportamientos de los índices revelan un comportamiento por encima del Nacional.</p> <p>Destacando Trato digno en primer nivel, el Trato digno en Segundo Nivel y la Organización de Servicios en primer nivel urbano, Organización de servicios de urgencias, que presentan índices por encima de 90 puntos, en escala del 0 a 100.</p>

<b>Resultados</b>	4	Las acciones de cumplimiento de metas previstas en la MIR se llevaron a cabo, Además se realizan acciones que cubren un espectro más amplio de las atribuciones consignadas en sus documentos normativos.
<b>Valoración Final</b>	<b>3.8</b>	

## Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Tabla 1. "Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones"

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Justificación de la creación y ejecución del programa  (1-3)	F1: El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver.  O1: El diseño del programa, tanto a nivel nacional como estatal, está estructurado por la metodología de Marco Lógico, que permite el seguimiento, monitoreo y evaluación de los indicadores de desempeño.	1	
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	D1: No considera diferencias entre hombres y mujeres. Tampoco especifica las diferencias demográficas y morbilidad que atañen a cada uno de los 72 municipios.  D2: No se realiza una actualización periódica del diagnóstico de necesidades en salud de la población.  D3: En el diagnóstico no se utiliza la MML y no se define la causalidad entre actividades, componentes, propósito y fin.  A1: que la orientación de la política en el sector salud a nivel nacional no concuerde con la problemática sanitaria en el Estado de Sonora.	2 y 3	R1: Se recomienda realizar diagnósticos tomando en cuenta la desagregación de la población según sexo, distribución geográfica y el tipo de morbilidad respectivo.

Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.

**Tabla 2. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Contribución a las metas y estrategias nacionales (4-6)	<p>F1.- Existen propósitos y objetivos comunes entre el Programa y el PED.</p> <p>F2.- Existe coordinación entre los tres órdenes de gobierno.</p> <p>O1: Desarrollar nueva infraestructura especializada con tecnología de punta. Así como la remodelación y equipamiento de la existente</p>	4, 6	<p>R1: Tomar en consideración los objetivos del Milenio y Río +20, donde se recomienda: “aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo”.</p>
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	<p>D1: un componente que define el propósito, no se encuentra reflejado en el árbol de problemas: el “4.1. Desarrollar nueva infraestructura especializada con tecnología de punta, así como remodelar y equipar la existente”</p> <p>A1: paulatino envejecimiento de la población sin seguridad social, lo que impone retos mayúsculos para la capacidad de atención derivada de las limitaciones de la infraestructura sanitaria</p>	4,6	<p>R1: Incluir en el árbol de problemas el apartado de infraestructura especializada con tecnología de punta, así como la remodelación y equipamiento de la existente.</p>

*Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.*

**Tabla 3. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
<p>Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad (7 a 12)</p>	<p>F1: En el Programa, la definición de Población potencial y objetivo, constituye una base para la definición expresada en MML y MIR.</p> <p>F2: La información estadística en cuanto a la población potencial es clara y se presenta desagregada por grupos de edad, sexo y quinquenios de edad.</p> <p>F2: El programa cuenta con información sistematizada en las plataformas de CUBOS y SINERHIAS, entre otros.</p> <p>F3: Los Hospitales Generales de segundo nivel, cuentan con procedimientos definidos de registro, trámite de referencias y contrareferencias de sus usuarios.</p> <p>O1: Existe un padrón de beneficiarios actualizado por parte del Seguro Popular.</p> <p>O2: Cooparticipación de instituciones como: SEDESOL, PROSPERA, SEGURO POPULAR, en la atención a la población objetivo.</p>	<p>7,8,9,12</p>	<p>R1: Precisar la redacción del enunciado de la población objetivo, se propone: Población No derechohabiente en el Estado de Sonora sin acceso a servicios de salud del segundo nivel.</p> <p>R2: Mantener el padrón de beneficiarios en el Sistema de Protección Social en Salud de los afiliados del Seguro Popular.</p> <p>R3: Coadyuvar con el SPS para la afiliación de la población en los municipios de la entidad que aún no cuenta con una derechohabiencia social en salud, a través de Brigadas, por estrategias de medios, porque la gente lo solicite o cualquier otro medio de afiliación.</p> <p>R4: Coadyuvar con el SP para reafilear al total de la población a quienes se les vence la póliza, en conformidad con la meta definida por la CNPSS para la Entidad.</p>

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	<p>D1: Los pacientes egresados de camas censables, son considerados como la población objetivo; lo cual brinda una subcontabilización de dicha población.</p> <p>D2: En la cuantificación de la población objetivo se utiliza el criterio de restricción presupuestaria.</p> <p>A1: Un incremento en la morbilidad de la población sin seguridad social.</p>	7	<p>R1. Ajustar el cálculo de la población objetivo al crecimiento demográfico y a la evolución de la tasa de morbilidad.</p> <p>R2: Dar seguimiento a los resultados en los indicadores de morbilidad, provistos por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>

Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.

**Tabla 4. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención (13 a 15)	<p>F1.- Se cuenta con un padrón de beneficiarios, el cual contiene la clasificación de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>F2.- Existe sistematización y se cuenta con la clave única de identificación por beneficiario.</p> <p>F3.- El manual de operaciones de admisión hospitalaria, cuenta con sistemas claros en cuanto a los procedimientos que se deben llevar a cabo tanto para los usuarios como para el personal.</p> <p>F4.- El Seguro Popular, recaba los datos generales del beneficiario, así como de un estudio socioeconómico a través de CECASOEH.</p> <p>O2.- Avanzar en la integración de las bases de datos de las unidades hospitalarias con el padrón de beneficiarios de Seguro Popular.</p>	13, 14, 15	<p>R1: Implementar un <i>software</i> estandarizado, que permitiría tener en tiempo real la información para que el Programa brinde un servicio eficiente, eficaz y de calidad.</p>

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	<p>D1.- No se detectó un mecanismo documentado para la depuración y actualización de padrón de beneficiarios.</p> <p>D2.- No cuentan con un sistema común que permita centralizar la información de manera ordenada; no existe homogeneidad en los mecanismos de registro y seguimiento del paciente en las Unidades Hospitalarias.</p>	13, 14, 15	

*Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.*

**Tabla 5. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) (16 a 26)	<p>F1.- Las Actividades de la MIR están claramente especificadas y no existe ambigüedad en su redacción.</p> <p>F2.- Las actividades son necesarias, ninguna es prescindible para producir los Componentes.</p> <p>F3.- El propósito, se expresa como consecuencia directa de los componentes.</p> <p>F4.- El Fin planteado en la MIR está claramente especificado y no existe ambigüedad en su redacción.</p>	16, 17, 18, 19, 20	<p>R1.- Realizar un panel de involucrados en el Programa, donde se expliciten los supuestos para Actividades, Componentes, Propósito y Fin.</p> <p>R2.- En concordancia con la definición de la población objetivo, se propone que el FIN se establezca en términos de: “Contribuir a mejorar la salud de población que no cuentan con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel”.</p>
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	<p>D1.- Las actividades No están ordenados cronológicamente.</p> <p>D2.- En la MIR Estatal, que existe un solo criterio de supuestos para las tres, siendo que cada una de las actividades responde a lógicas y procesos distintos.</p> <p>D3.- El supuesto planteado en la MIR “Disponibilidad oportuna de recursos”, asume fenómenos macroeconómicos que pudieran afectar el comportamiento de variables de la economía que influyan negativamente al programa.</p> <p>D4.- El FIN no está controlado por los responsables del programa, toda vez</p>	16, 17, 18, 19, 20	<p>R1.- Se sugiere agregar el componente de consulta externa canalizados a hospitalización y ordenar cronológicamente las actividades.</p> <p>R2.- Se sugiere puntualizar que su población objetivo definida, sea: “La Población sin derechohabiencia a servicios de salud en el estado de Sonora.</p> <p>R3.- Se sugiere establecer un parámetro de</p>

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
	<p>que algunos aspectos relacionados con la mejora de la salud, están relacionados con elementos que atañen al comportamiento del individuo (malos hábitos de alimentación, higiene, falta de ejercicio, adicciones, entre otras.)</p> <p>D5.- No se encontró documento normativo del programa donde se plasmen los criterios descritos en el Resumen Narrativo.</p>		<p>semaforización de la meta, para determinar la factibilidad de alcanzarla en los plazos, con los recursos humanos y financieros a disposición del Programa.</p> <p>R4.- Se sugiere elaborar las fichas técnicas para el FIN, Propósito, Componente y Actividades, respectivamente.</p> <p>R5.- Es necesario precisar los apartados de los sistemas, de donde se obtuvo la información para el cálculo del indicador.</p>

*Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.*

**Tabla 6. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Presupuesto y rendición de cuentas (27 a 29)	<p>F1: Se cuenta con un Manual de organización de los SSS.</p> <p>F2. Se monitorea el desempeño del programa a través del avance del POA trimestral.</p> <p>F3. Existe información actualizada en los portales SINERHIAS y SICAD</p> <p>F4. Existe procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a información</p> <p>F5. Existe el conducto, a través de la página DECIDES, para recabar la opinión ciudadana.</p> <p>O1. Existe una amplia gama de leyes que sustentan la participación ciudadana en la toma de decisiones.</p>	28, 29	<p>R1. Ampliar la incorporación de la opinión de la ciudadanía, a fin de que expresen sus propuestas para la mejora del Programa.</p>
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	<p>D1. No toda la población conoce o tiene acceso a los portales de transparencia.</p> <p>D2. Es muy baja la participación de la población a través de los portales de la Secretaría.</p>	28	<p>R1. Ampliar la difusión de resultados por medios masivos de información.</p> <p>R2. Incorporar la participación de la ciudadanía a través de foros participativos de consulta.</p>

*Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.*

**Tabla 8. “Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones”**

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Fortaleza y Oportunidad</b>			
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales (30)	F1. El Programa cuenta con complementariedad con otros programas del gobierno Federal.  O1. Existen programas que atienden en segmentos específicos de la población objetivo del Programa.	30	R1: Mantener el padrón actualizado y depurado, en concordancia con el Seguro Popular.
<b>Debilidad o Amenaza</b>			
	A1. Los programas complementarios desaparezcan o reduzcan su nivel de atención. A2.- Que no exista coordinación entre programas y se duplique el servicio ofertado.	30	R1: Intensificar la interacción con IMSS Prospera para aminorar coincidencias en la oferta de servicios en una región determinada.

*Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la Evaluación.*

## CONCLUSIONES

El Programa de Atención Médica de Segundo Nivel en el Estado de Sonora, tiene identificado el problema que ha de solucionar: Población No derechohabiente del Estado de Sonora sin acceso a servicios de salud del segundo nivel. el cual se plasma en su reto: “Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias”. Dicho problema está sustentado en diagnósticos contenidos en el Plan Estatal de Desarrollo (PED, 2016-202), y el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2016-2021. El sustento teórico del Programa a nivel internacional se base en los trabajos de la OMS, en experiencias en Latinoamérica y en modelos planteados para México, las cuales sustentan que esta estrategia está probada para la solución de la problemática detectada.

A continuación, se presentan algunos apartados que dan cuenta de la estructura del Programa y serán útiles para ordenar los hallazgos y recomendaciones contenidas en esta evaluación al desempeño: diseño; planeación y orientación a resultados; cobertura y focalización; operación; percepción de la población atendida; y resultados. También se precisan algunos elementos que se detectaron en el estudio y que no son, del todo concordantes, con los criterios de MML. A fin de que sean valorados por los actores involucrados y se conviertan en elementos de mejora para el mejor funcionamiento de dicho Programa.

- Existen conceptos comunes entre el Propósito, los objetivos del PED y del PSS. Además, está vinculado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Desarrollo Post 2015.
- Tiene acceso a un padrón de beneficiarios a través del REPSS, a mecanismos de coparticipación con PROSPERA, a la reafiliación que realiza el Seguro Popular y a las estadísticas mensuales provenientes de las jurisdicciones sanitarias en el Estado.
- El propósito del Programa “Los sonorenses tiene acceso Universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel”. Así como el Fin, el Propósito, los componentes y las actividades, están claramente especificados y no existe ambigüedad en su redacción.
- Se corrobora que el Programa, presenta actividades claramente especificadas y sin ambigüedad en su redacción, así mismo se constató que éstas son las necesarias; es decir, ninguna de ellas es prescindible para producir los Componentes. Sin embargo, se detectó que tanto las actividades como los componentes, no están organizados de manera secuenciada, por lo que se sugiere brindarles un orden. Por otro lado, se observa que en los hospitales de segundo nivel se brinda un servicio que en la MIR no se contempla como componente: el ingreso a hospitalización vía consulta externa, por lo que se recomienda incluirlo como un componente más.
- Un aspecto encontrado en el diseño de la MIR, que no es concordante con el criterio de causalidad, es el referido a la existencia de un solo criterio de supuestos (disponibilidad oportuna de los recursos).
- Las fichas técnicas para la construcción de la MIR son insumos con los que el Programa cuenta. En este caso, se cuenta con las fichas del POA y la ficha del programa presupuestario E411E41. Sin embargo, en las fichas técnicas proporcionadas por SSS, faltan elementos técnicos de soporte para el Fin, Propósito, Componente y Actividades, respectivamente. Se anexa un formato propuesto para la elaboración de tales fichas.
- Por otro lado, los medios de verificación son referidos a sitios de internet en donde se localiza la información, misma que permite la reproducción de los indicadores.

- Respecto a los indicadores y su construcción, se detectan algunas inconsistencias a lo largo del diseño de la MIR, mismas que se pueden subsanar sin mayor problema. Las cuales se enlistan a continuación:
  - Existe un sentido inverso en el indicador del Fin, donde el sentido del indicador debe ser descendente; puesto que es de esperarse que, a través de los servicios de Salud, la morbilidad poblacional decrezca o bien permanezca en parámetros razonables en tanto la población total crece de manera natural.
  - Respecto al Propósito: el indicador Cama Censable, refleja el servicio ofrecido por el Hospital. Este es un indicador parcial de los servicios especializados de segundo nivel; ya que se deja de lado la atención ambulatoria que no requirió de hospitalización.
- El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos. Sin embargo, no presenta la separación de presupuesto a primer nivel y segundo nivel.
- Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, así como, los procedimientos de obras y acciones de los Servicios de Salud de Sonora tienen todas las características establecidas.
- El Programa presenta las siguientes complementariedades: Con el Seguro Popular, Prospera Programa de Inclusión Social, Cruzada Nacional contra el Hambre (estrategia); IMSS, Prospera; Seguro Médico Siglo XXI; Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017 (Antes Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud).
- Se recomienda: avanzar en Mantener el padrón actualizado y depurado, en concordancia con el Seguro Popular. Intensificar la interacción con IMSS Prospera para aminorar coincidencias en la oferta de servicios en una región determinada.

## **ANÁLISIS DE LA GESTIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS**

De acuerdo a las categorías analíticas, solicitadas en los TDR para la Evaluación del desempeño de los hospitales de segundo nivel, a continuación, se despliegan elementos que brindan una aproximación a la Gestión y distribución de medicamentos, problemática y puntos críticos en las áreas de almacén y farmacia.

Se realizó trabajo de campo en cinco Jurisdicciones sanitarias, en los hospitales generales de: Nogales, Caborca, Hermosillo, Cd. Obregón y Navojoa.

Para lo cual se realizaron entrevistas estructuradas con el siguiente guión:

### **II. Análisis de la Gestión y Distribución de Medicamentos.**

#### **1.- Compras**

- ¿Las compras de medicamentos se realizan de forma centralizada?
- ¿Qué porcentaje de las compras del total del medicamento se hace mediante licitación pública?
- ¿Se cuenta con una unidad administrativa encargada de lo siguiente? Conteste sí o no, en caso de ser positivo mencione el nombre de la misma.
- ¿Se tienen identificados los bienes que son de suministro continuo y aquellos de una sola transferencia?

#### **2.- Almacén e inventarios.**

- ¿Con qué frecuencia se realiza inventario del total de medicamentos?
- ¿Se cuenta con una persona responsable del almacén?
- ¿Se cuenta con infraestructura para atender las condiciones especiales de almacenamiento de los medicamentos y vacunas que requieren de cadena de frío
- ¿Se tiene identificado un porcentaje o valor de la merma de medicamento por motivo de caducidad al año? Si es afirmativo el inciso, proporcionar el dato
- ¿Se cuenta con políticas escritas de manejo y uso de inventario que previenen que el medicamento se pierda por caducidad?
- ¿Se cuenta con un único sistema de información de abastecimiento de medicamentos?

#### **3.- Distribución.**

- ¿Se comparte información de existencias o consumo entre los diferentes almacenes (almacén central y almacén del hospital)?
- ¿Se cuenta con prácticas de distribución y transporte de medicamentos que permiten atender las condiciones especiales de aquellos que requieren de cadena de frío u otras condiciones especiales? Sección III. Aplicación de cédulas de información.

#### **4.- Estatus de la Infraestructura física y la normatividad aplicable en las Farmacias de segundo nivel en Sonora.**

#### **5.- Existencia de medicamentos de acuerdo a las clasificaciones del CAUSES.**

## I.- Hospital General de Hermosillo. “Dr. Ernesto Ramos Bours”.



### *Almacén:*

- La logística de recepción: Se recibe el producto, se checan caducidades (caducidad mínima para recibirse 18 meses)
- De almacén se surte a farmacia
- De farmacia llega la demanda los pedidos a través de requisición y almacén surte
- Los inventarios se hacen cada semana
- Los faltantes en el inventario se pasan al departamento de compras
- Para el almacén, a través del sistema ASSIST se lleva el control de existencias, en ese sistema están habilitadas las siguientes secciones:
  - Solicitud de compra, solicitud de traspaso, surtir traspaso, traspaso directo, descarga de receta, insumos y ventas, Kardex de artículos, consultas, reportes e inventario físico.
  - Recepción general de compra, recepción directa, devolución a proveedor, consulta de recepciones, artículos recibidos, recepciones por partida y reporte de órdenes de compras directas.
- Existen las instalaciones adecuadas tanto para la cadena de frío como para los medicamentos en general.
- Los medicamentos próximos a caducar se boletinan a las unidades y otros hospitales.
- Se cuenta con el manual de procedimientos para el almacén de medicamentos.
- A través del formato AB01 se solicita el medicamento al almacén central.
- Se tienen identificados los bienes de suministro continuo.

### *Punto crítico.*

- La falta de medicamento, que en este momento es del 40% en promedio en el mes.

### **Compras:**

- Se envía un requerimiento anual al SSS
- Las compras se realizan: aproximadamente el 80% a 85% de las necesidades se realiza por licitación; el 10% lo compra el hospital y el 5% lo surte almacén estatal u otras unidades.
- Llegan las requisiciones semanales o quincenales, de los faltantes en farmacia del HGH al almacén. Se reenvía a los proveedores y ellos cotizan
- Se hace la orden de compra a la cotización más barata
- El proveedor surte a almacén.

### **Farmacia:**

- Los CENDIS solicitan el medicamento a Farmacia (En el hospital de Hermosillo existen dos CENDIS: planta alta y planta baja); ellos distribuyen el medicamento a los pacientes. Y son estos Centros de Distribución quienes emiten las necesidades a Farmacia
- La Farmacia emite su solicitud a Almacén
- De almacén se surte a farmacia
- En farmacia se lleva una clasificación para el medicamento No controlado y se tiene un resguardo especial para el medicamento controlado.
- Existe la señalización indicada por la norma de protección civil,
- El aviso sanitario vigente.
- Se encuentran en lugar propicio los refrigeradores y sin objetos distintos al medicamento en su interior,
- Se cuenta con los contactos eléctricos tipo hospitalario, así como instalaciones eléctricas adecuadas.
- El medicamento controlado refrigerado se encuentra separado del resto y bajo llave.
- El acomodo de medicamento sigue un orden apropiado,
- Se observó limpieza en el interior de los refrigeradores y no se encontraron objetos ajenos; así mismo contaban con termómetros, bitácora de temperaturas y cedula de mantenimiento de los equipos.
- El área de ventanilla es reducida respecto al total de usuarios que solicitan medicamentos.

## **II. Hospital General de Cd. Obregón**



- En este hospital se encuentran dos servicios hospitalarios: el Hospital General de Obregón y el Hospital del Niño y la mujer.
- Para la recepción del paciente, se solicitan los documentos que se solicitan para dar el servicio son: Credencial de Elector, CURP, Seguro Popular, Acta de nacimiento. Para el caso del niño y la mujer, se tienen dos tipos de consulta, para los niños y el obstétrico. Cabe decir que los documentos no son restrictivos para brindar los servicios, ya que atienden a población marginada que en ocasiones no cuenta con la documentación y aun así se les brinda el servicio.
- Existe un departamento de referencia y contra referencia, que es quien lleva el control de recepciones y de envíos de pacientes a otras unidades.
- Si bien existe un software para llevar el control del hospital, está inconcluso y así se utiliza, por ejemplo, el área de almacén, farmacias y administración, recetas no está habilitado, sólo se lleva el control de ingresos – egresos.
- Llevan un control de depuración de su archivo físico, que conforme a la norma dice que cada cinco años se debe dar de baja a un paciente que no tuvo “movimiento”, los

expedientes se llevan a una recicladora de papel y el recurso llega al patronato del hospital.

- 80% de los pacientes son de urgencias el 20% es ambulatoria

#### *Compras*

- Existe un departamento de compras. El cual realiza un requerimiento anual y pedidos mensuales al almacén central.
- Cuando llegan las negativas de lo que no se puede surtir por almacén central, este departamento cotiza los medicamentos que los médicos solicitan y se comparan si existen los recursos. Ya que, del 100% de las necesidades, mensualmente se tiene un déficit del 60% del almacén central, por lo cual el Hospital tiene que recurrir a realizar las compras.
- Se tiene identificado el suministro continuo de medicamentos. Sin embargo, existe un problema de logística del almacén central, ya que envían medicamento fuera de temporada, por ejemplo, en la temporada de verano se requieren antibióticos para *riquetzia*, y en este momento no se tiene el insumo. Existe un desfase logístico en el surtido; además en ocasiones envían el medicamento con fecha próxima de caducidad y fuera de temporada, lo cual da poco tiempo para encontrarle uso. Otro ejemplo es la norepinefrina, la cual está de faltante.

#### *Farmacia:*

- Existe la señalización indicada por la norma de protección civil.
- El aviso sanitario vigente.
- Cuenta con refrigeradores y sin objetos distintos al medicamento en su interior.
- Se cuenta con los contactos eléctricos tipo hospitalario, así como instalaciones eléctricas adecuadas.
- El medicamento controlado refrigerado se encuentra separado del resto y bajo llave.
- El acomodo de medicamento sigue un orden apropiado,
- Limpieza en el interior de los refrigeradores; con termómetros, bitácora de temperaturas y cedula de mantenimiento de los equipos.

#### *Puntos críticos Farmacia de Cd. Obregón:*

- 1.- Abastecimiento del medicamento, a tiempo y las cantidades solicitadas, a veces viene restringido y no alcanza para cubrir las necesidades.
- 2.- Otras instituciones quieren surtir aquí, por ejemplo, el hospital psiquiátrico, otros centros de salud.
- 3.- La población objetivo a atender se incrementa ya que les dan servicio a pacientes de ciudades como: Álamos, Huatabampo y Navojoa.
- 4.- Existe un desfase logístico del almacén central de hasta el 60% de medicamentos que deberían llegar en invierno y llegan en verano.

#### *Surtimiento del medicamento entre las áreas:*

- 1.- la jefatura de enfermería junto con la coordinación médica realizan un listado de medicamentos mas frecuentes en los servicios que prestan,
- 2.- A partir de esta demanda se surte de farmacia y si no se encuentra se realiza un listado de faltantes para su posterior solicitud, las cuales se convierte en requisiciones, que se licitan o se compran directamente a proveedores.

#### *Medicamento caduco*

- 1.- Es mínimo, y es debido a que muchos doctores cambian sus medicamentos o bien traen nuevos documentos y los que se tienen en stock no se utilizan por lo que se van rezagando y terminan caducando.
- 2.- La mayoría de los medicamentos que se van rezagando son los de Programa, esos son los que se compran en abundancia por parte del almacén estatal y son los que distribuyen a las jurisdicciones, la problemática estriba en que tienen una fecha de caducidad corta, lo cual no da margen de devolución y tampoco de sacarlo con los médicos; es decir se puede decir que son medicamentos descontinuados y los médicos no los utilizan.
- 3.- El stock de medicamentos debe estar planificado racionalmente, en el sentido de que la Unidad médica indique cuáles y cuántos medicamentos va a utilizar y no hacer el envío para que, a partir de ellos, utilicen los medicamentos que se les surten.
- 4.- Existe una clasificación de medicamentos lentos, rápidos, nulos, estancados.
- 5.- A nivel de farmacia intrahospitalaria, se propone evolucionar a una dosis unitaria por paciente; es decir distribuir 30 tabletas a 30 paciente y no una caja de 30 tabletas a un paciente. Una demanda individual efectiva, donde la farmacia surta al paciente lo que éste va a consumir realmente. Esto propiciaría una mayor eficiencia en el uso del medicamento y disminuiría el robo "hormiga".
- 6.- No existe un software que en tiempo real de cuenta del inventario.
- 7.- Tampoco se tiene una receta digital, lo que implica que no se le dé seguimiento al surtido de recetas del paciente; en ocasiones el paciente tiene un buen stock de medicamentos, muy por encima de lo que debería tener.
- 8.- Respecto a los pacientes de referencia de segundo nivel proveniente de las unidades, también a ellos se les otorga medicamento, pero como no se cuenta con receta digital, también se pierde el control del surtido de medicamento, ya que en ocasiones los doctores de esas unidades envían recetas en hojas en blanco. En este caso los pacientes se regresan para que les pongan un sello de las unidades.

#### *Distribución:*

1. La logística de distribución de Farmacia a las unidades y por secuencia a los pacientes posee un criterio de ineficiencia, por lo que es recomendable evolucionar a una dosis unitaria; es decir que, si el paciente requiere una tableta, se le envía solo una no toda la caja y con ello reduce costos.

#### *Almacén:*

- Cada seis meses se realiza el inventario
- El software no es eficiente, ya que las bajas no se registran. Por lo cual se tiene que hacer un doble trabajo llevando el control en Excel.
- La merca de medicamentos llega hasta un 20%
- Se lleva una semaforización de las caducidades del medicamento para poder sacar aquellas que ya están próximas a caducar.
- Existe información fluida entre Almacén y la Farmacia.

### **III.- Hospital General de Caborca**

#### **Almacén e Inventarios**

- Se estima en un 3% del inventario lo que se elimina por este motivo y que se basan en el Manual de “Procedimientos Normalizado de Operación” para el manejo de los productos, en el que señala que con anticipación a las fechas de caducidad se deben boletinar los medicamentos a otras unidades hospitalarias y al Almacén Central para utilizarla y en caso de que no se ocupen, se procede a solicitar su retiro por parte de la empresa encargada de la disposición final.
- Se cuenta con un sistema de información de abastecimientos de medicamento (Sistema de Tarjeta Electrónica) que les fue donado por otro hospital, pero no cuenta con licencia y no se puede utilizar para compartir información de existencias y consumos con otros almacenes.
- Se apegan al manual referido previamente y cuentan con refrigeradores para los medicamentos que se deben conservar en condiciones especiales.
- Se cuenta con infraestructura suficiente para atender las condiciones especiales de almacenamiento de los medicamentos y vacunas que requieren cadena de frío
- Además, se está acondicionando una nueva área para aumentar la capacidad que tienen actualmente aun cuando ya se cuenta con una ventanilla de atención hacia el área de Urgencias, así como a la de Consulta Externa.
- Para el manejo de la merma de medicamentos por caducidad al año se indica que se basan en el Manual de “Procedimientos Normalizado de Operación” para el manejo de los productos, en el que señala que con anticipación a las fechas de caducidad se boletinan los medicamentos a otras unidades hospitalarias y al Almacén General para utilizarla y en caso de que no se ocupen se almacenan en un anaquel independiente (no protegido y muy cerca del acceso) y después son regresadas al Almacén para que soliciten su retiro por parte de la empresa encargada de la disposición final.
- No se cuenta con un sistema de información de abastecimientos de medicamento, Solo utilizan un Kardex de Farmacia para llevar el control de entradas y salidas, (Sistema de Tarjeta Física de Almacén), por lo que no se puede utilizar para compartir información de existencias y consumos con otros almacenes.
- Señala además que ya se contrató a una persona con conocimientos de cómputo y se va a instalar una computadora para llevar el control, pero no conoce el sistema de captura que van a utilizar.

#### *Farmacia:*

- No se realiza con frecuencia un inventario general
- señalización indicada por la norma de protección civil.
- Aviso sanitario, no es vigente, pero se encuentra en trámite de actualización.
- Instalaciones propicias, refrigeradores y sin objetos distintos al medicamento en su interior, así como instalaciones eléctricas adecuadas.
- El medicamento controlado refrigerado se encuentra separado del resto, pero no tiene protección adicional.
- Acomodo de medicamento sigue un orden apropiado, se observó limpieza en el interior de los refrigeradores y no se encontraron objetos ajenos; así mismo contaban con termómetros, bitácora de temperaturas y cedula de mantenimiento de los equipos.

### **IV.- Hospital General de Nogales**

#### *Compras*

- Las compras se realizan de forma centralizada con ciertas reservas, estiman que alrededor de un 30% son compras por licitación central, mientras que las compras locales son realizadas por la Oficina de Recursos Financieros, la cual tiene identificados además de los medicamentos, los principales insumos que son necesarios para la correcta operación del Hospital. Mencionan que cuando se presentan eventos que requieren atención prioritaria, estos absorben recursos que se tienen considerados para la operación habitual del Hospital.

#### *Almacén e Inventarios*

- 2 veces por año se realiza el inventario general.
- todo el medicamento se maneja por el área de farmacia y se cuenta con 2 almacenes uno de ellos es parcialmente oficina y ahí se resguardan los materiales de curación mientras que el edificio que ocupa el almacén de material de limpieza, no estaba destinado para ese propósito por lo que tuvo que adecuarse para utilizarlo como almacén y que su tamaño puede llegar a ser insuficiente si aumenta la demanda de insumos.
- No conocen el porcentaje de mermas ya que el maneja más que nada material de curación y limpieza que es muy raro que caduquen y que se basan en el Manual de “Procedimientos Normalizado de Operación” para el manejo de los productos.
- A pregunta expresa señala que No se cuenta con un sistema de información de abastecimientos de medicamento, Solo utilizan un Kardex para llevar el control de entradas y salidas, (Sistema de Tarjeta Física de Almacén). Finalmente menciona que se apegan al manual referido previamente.

## *Farmacia*

### Tema Almacén e Inventarios

- 2 veces al año se realiza inventario general
- Se cuenta con infraestructura suficiente para atender las condiciones especiales de almacenamiento de los medicamentos y vacunas que requieren cadena de frío
- Existe un porcentaje de merma de 3% de medicamentos por caducidad y se manejan con base en el Manual de “Procedimientos Normalizado de Operación” para el manejo de los productos, en el que señala que con anticipación a las fechas de caducidad se boletinan los medicamentos a otras unidades hospitalarias y al Almacén General para utilizarla y en caso de que no se ocupen se almacenan en un anaquel independiente y después son notificadas al Almacén Central de los SSS para que soliciten su retiro por parte de la empresa encargada de la disposición final.
- Cuentan con un sistema de información de abastecimientos de medicamento (Sistema de Tarjeta Electrónica) en software Excel por lo que no se puede utilizar para compartir información de existencias y consumos con otros almacenes.
- La farmacia tiene señalización indicada por la norma de protección civil,
- Aviso sanitario vigente.
- refrigeradores sin objetos distintos al medicamento en su interior,
- Instalaciones eléctricas adecuadas.
- El medicamento controlado separado del resto, pero no tiene protección adicional.
- Acomodo de medicamento sigue un orden apropiado,
- Refrigeradores limpios con termómetros, bitácora de temperaturas y cedula de mantenimiento de los equipos.

## **V.- Hospital General de Navojoa**

### **Farmacia:**

Factores críticos:

- Desabasto de medicamentos.
- De almacén central envían medicamento que no se solicita y ese medicamento es el de lento movimiento.
- Se tienen detectados medicamento de lento movimiento, esos son los que se boletinan y se colocan en otros hospitales.
- CENDIS distribuye el medicamento al paciente con dosis individuales, el stock del medicamento lo maneja CENDIS.
- De cada 10 pacientes a tres le dan negativa, sobre todo para diabetes, hipertensión y controlados.

### **Almacen:**

- Los medicamentos se almacenan en Farmacia.
- En almacén solo se almacena el material de curación, los sueros, las soluciones, rayos x, laboratorio y de limpieza.
- El control se lleva con tarjetas
- Los inventarios en farmacia y almacén es cada seis meses.
- La merma del medicamento es baja, ya que se regresa al almacén central, o bien a través de grupos de *WhatsApp*, boletinan el medicamento.

### **Compras:**

- Las compras se realizan, en su mayoría, de manera centralizada, sin embargo, existen algunas soluciones que compra el hospital.

A continuación, se presenta información de las existencias en farmacias de Hospitales de segundo nivel al mes de septiembre de 2018. Cabe hacer mención que este ejercicio es sólo para fines ilustrativos, ya que no se tuvo acceso a datos de los hospitales de Caborca, Nogales y Cd. Obregón, por lo que los datos que se describen no guardan representatividad de la totalidad de las Jurisdicciones.

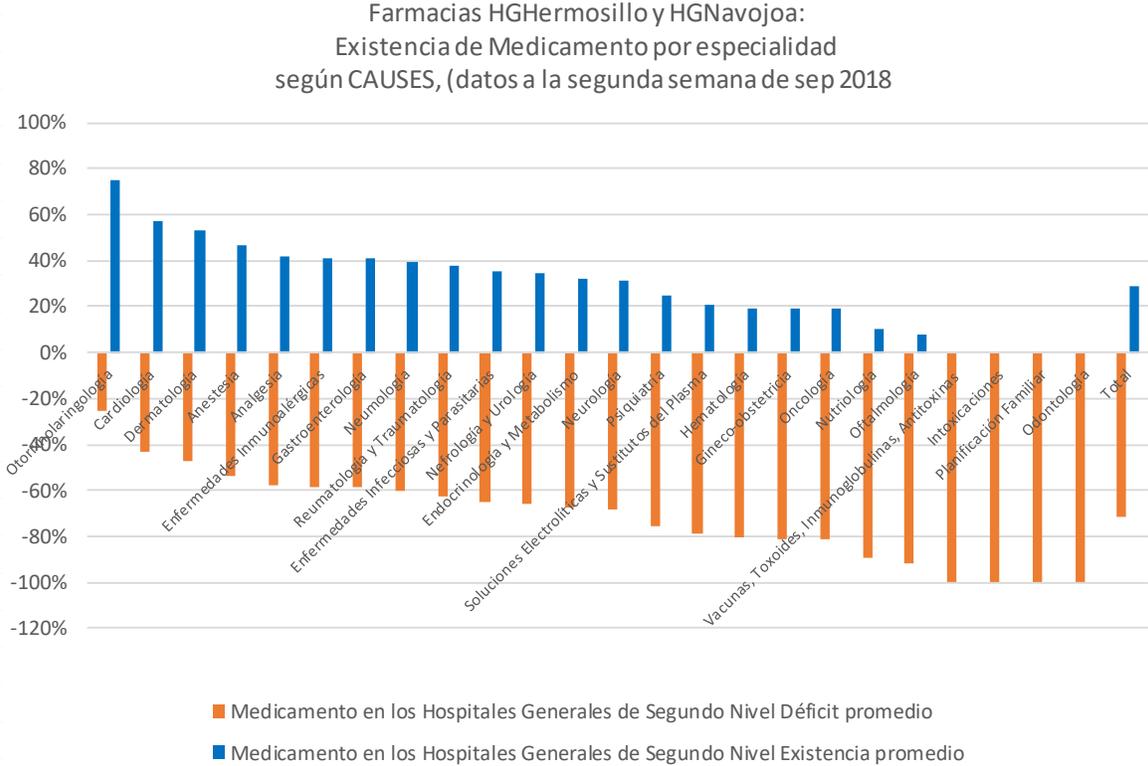
En este sentido, se aprecia que existe un déficit promedio del 73% en el inventario de los medicamentos para Hospitales de segundo nivel. Este dato es contrastable si avanzamos el análisis por grupos de especialidades:

Existencia de medicamento en Farmacias de los Hospitales de Segundo Nivel de  
Hermosillo y Navojoa.

Especialidad Médica	Medicamento en los Hospitales Generales de Segundo Nivel			
	Hermosillo	Navojoa	Existencias promedio	Déficit promedio
Otorrinolaringología	75%	75%	75%	-25%
Cardiología	57%	57%	57%	-43%
Dermatología	41%	65%	53%	-47%
Anestesia	41%	52%	47%	-54%
Analgesia	36%	48%	42%	-58%
Enfermedades Inmunoalérgicas	18%	64%	41%	-59%
Gastroenterología	41%	41%	41%	-59%
Neumología	33%	46%	40%	-61%
Reumatología y Traumatología	31%	44%	38%	-63%
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	26%	44%	35%	-65%
Nefrología y Urología	38%	31%	35%	-66%
Endocrinología y Metabolismo	24%	41%	33%	-68%
Neurología	28%	35%	32%	-69%
Psiquiatría	28%	21%	25%	-76%
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma	19%	23%	21%	-79%
Hematología	22%	17%	20%	-81%
Gineco-obstetricia	0%	38%	19%	-81%
Oncología	13%	25%	19%	-81%
Nutriología	0%	21%	11%	-90%
Oftalmología	8%	8%	8%	-92%
Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas	0%	0%	0%	-100%
Intoxicaciones	0%	0%	0%	-100%
Planificación Familiar	0%	0%	0%	-100%
Odontología	0%	0%	0%	-100%
Planificación Familiar	0%	0%	0%	-100%
Total	23%	32%	28%	-73%

Fuente: elaboración propia con base en trabajo de campo.

Líneas abajo, se muestra una gráfica donde se puede apreciar que en ninguna de las especialidades se cuenta con el 100% de los medicamentos disponibles. La estadística va desde otorrinolaringología con 25% de déficit, hasta Odontología con un déficit del 100%.



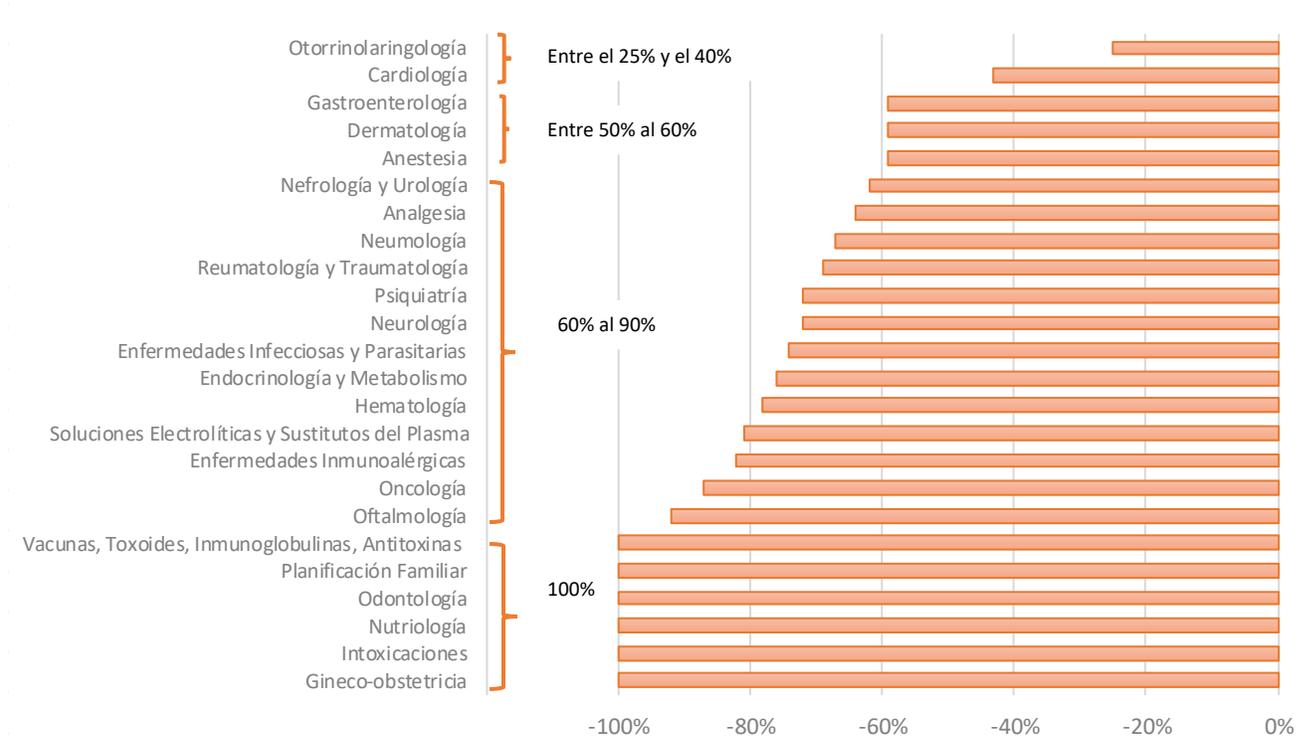
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Hospitales generales Hermosillo y Navojoa.

Como puede observarse en el cuadro anterior, a nivel general se tiene un déficit promedio de 73% de medicamentos. Para el caso de Hermosillo, el déficit es de 77%.

Conforme a la especialidad y al déficit de medicamentos, se puede realizar la siguiente clasificación del déficit:

- 1.- 25 al 40%: Otorrinolaringología y Cardiología
- 2.- 50 al 60%: Gastroenterología Dermatología, Anestesia.
- 3.- 60% al 90%: Nefrología y urología, Analgesia, Neumología, Reumatología y traumatología, Psiquiatría, Neurología, Enfermedades infecciosas y parasitarias, Endocrinología y metabolismo, Hematología, Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma, enfermedades inmunoalérgicas, oncología, oftalmología.
- 4.- 100%: Vacunas, toxoides, inmunoglobulinas, antitoxinas, Planificación familiar, Odontología, Nutriología, Intoxicaciones, gineco-obstetricia.

### Farmacia del HGH: Déficit de Medicamentos septiembre de 2018

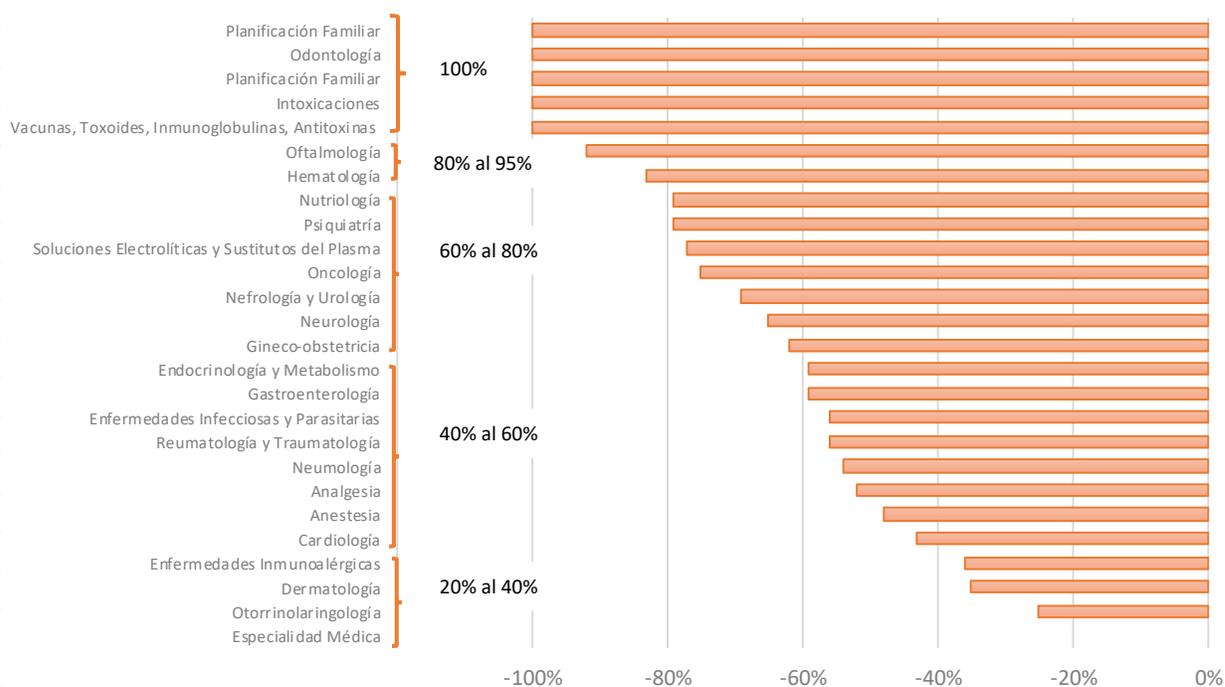


Fuente: elaboración propia.

Para el Hospital General de Navojoa, el promedio del déficit es 68%. Así, de acuerdo a la especialidad y al déficit de medicamentos, la clasificación es la siguiente:

- 1.-Del 20 al 40%: Otorrinolaringología, Dermatología, Enfermedades inmunoalérgicas.
- 2.- Del 40% al 60%: Endocrinología y metabolismo, Gastroenterología, Enfermedades infecciosas y parasitarias, Reumatología y Traumatología, Neumología, Analgesia, Cardiología.
- 2.- Del 60% al 80%: Nutriología, Psiquiatría, Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma, Oncología, Nefrología y urología, Neurología, Gineco Obstetricia.
- 3.- Del 80% al 95%: Oftalmología y Hematología.
- 4.- El 100%: Planificación familiar, Odontología, Intoxicaciones, Vacunas, toxoides, inmunoglobulinas y Antioxininas.

Farmacia del HGNavojoa: Déficit de Medicamentos  
septiembre de 2018



Fuente: elaboración propia.

# **Anexos**

*Anexo 1.- Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida*

Con base en: Ley Número 269 que crea los Servicios de Salud.

ARTICULO 1o.- Se crean los Servicios de Salud de Sonora, como un organismo público descentralizado de servicio, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios. Tendrá funciones de autoridad administrativa, en los términos establecidos en esta ley.

ARTICULO 2o.- El organismo tendrá las siguientes funciones: I. Organizar y operar los servicios de salud a población abierta en el Estado en materia de salubridad general; III. Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado; VI. Realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Para efectos de la cuantificación de la población potencial, definida como Población de Sonora sin derechohabiencia a servicios de salud, que para Sonora en el año 2017 fue: 1,191,517, considerando como fuente oficial las proyecciones de CONAPO.

De acuerdo con las proyecciones de cobertura, de la ficha técnica: del Programa presupuestario clave: E411E41. la población objetivo se considera a las personas sin seguridad social demandante de servicios hospitalarios (Meta 2017) 77,334. La población atendida es a la que se garantiza el acceso a la salud por estar afiliada al SPSS y la cual, al ser validada, genera recursos que aseguran sus servicios a través del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), así como la aportación que el Estado cubre.

Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios". Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) Se actualiza cada tres años.

**CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE**

**I. Identificación del Solicitante** Fecha de Llenado: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: **2** \_\_\_\_\_ Folio: **3** \_\_\_\_\_ Afiliación: **4** \_\_\_\_\_ Reafiliación: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: **5** \_\_\_\_\_ Municipio: **6** \_\_\_\_\_ Localidad/Barrio: **7** \_\_\_\_\_

**Tipo de Asentamiento Humano: 8**

<input type="checkbox"/> Anepante	<input type="checkbox"/> Ciudad Industrial	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Fraccionamiento	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Puente	<input type="checkbox"/> Rinconada	<input type="checkbox"/> Unidad Habitacional	<input type="checkbox"/> Zona Naval
<input type="checkbox"/> Amolación	<input type="checkbox"/> Colonia	<input type="checkbox"/> Cuartel	<input type="checkbox"/> Granja	<input type="checkbox"/> Parque Industrial	<input type="checkbox"/> Rancharía	<input type="checkbox"/> Sección	<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Condominio	<input type="checkbox"/> Ejido	<input type="checkbox"/> Hacienda	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Rancho	<input type="checkbox"/> Sector	<input type="checkbox"/> Zona Federal	
<input type="checkbox"/> Camilo	<input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional	<input type="checkbox"/> Ex Hacienda	<input type="checkbox"/> Ingenio	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Región	<input type="checkbox"/> Siglo Veintiuno	<input type="checkbox"/> Zona Industrial	
<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Condotio Industrial	<input type="checkbox"/> Fracción	<input type="checkbox"/> Mansión	<input type="checkbox"/> Pueblo	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Unidad	<input type="checkbox"/> Zona Militar	

Nombre del Asentamiento: \_\_\_\_\_

**Tipo de Vialidad: 9**  Vialidad  Camino  Carretera

<b>Vialidad</b>											
<input type="checkbox"/> Ampliación	<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Calzada	<input type="checkbox"/> Circuito	<input type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Diagonal	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Periférica	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Viaducto	
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Boulevard	<input type="checkbox"/> Callejón	<input type="checkbox"/> Cerrada	<input type="checkbox"/> Circunvalación	<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Eje Vial	<input type="checkbox"/> Peatonal	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Nombre de la Vialidad: _____											
<b>Camino</b>											
Tipo de Camino: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Errecha <input type="checkbox"/> Terracería <input type="checkbox"/> Venada <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Origen _____ <input type="checkbox"/> Destino _____											
Manejo: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo											
Nombre del Camino: _____											
<b>Carretera</b>											
Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Derecho de Tránsito <input type="checkbox"/> cuota <input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Código: _____											
Tránsito: <input type="checkbox"/> Origen _____ <input type="checkbox"/> Destino _____ <input type="checkbox"/> Cadenamiento: <input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> + _____											
Nombre de la Carretera: _____											

No. Exterior **10** \_\_\_\_\_ No. Interior **11** \_\_\_\_\_ C. P. **12** \_\_\_\_\_

Referencia: **13** \_\_\_\_\_

**Tipo de Vialidad:**  Vialidad  Camino  Carretera

<b>Vialidad</b>											
<input type="checkbox"/> Ampliación	<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Calzada	<input type="checkbox"/> Circuito	<input type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Diagonal	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Periférica	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Viaducto	
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Boulevard	<input type="checkbox"/> Callejón	<input type="checkbox"/> Cerrada	<input type="checkbox"/> Circunvalación	<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Eje Vial	<input type="checkbox"/> Peatonal	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Nombre de la Vialidad: _____											
<b>Camino</b>											
Tipo de Camino: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Errecha <input type="checkbox"/> Terracería <input type="checkbox"/> Venada <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Origen _____ <input type="checkbox"/> Destino _____											
Manejo: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo											
Nombre del Camino: _____											
<b>Carretera</b>											
Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Derecho de Tránsito <input type="checkbox"/> cuota <input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Código: _____											
Tránsito: <input type="checkbox"/> Origen _____ <input type="checkbox"/> Destino _____ <input type="checkbox"/> Cadenamiento: <input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> + _____											
Nombre de la Carretera: _____											

Descripción del Domicilio: **14** \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: **15** \_\_\_\_\_ Celular: **16** \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: **17** \_\_\_\_\_ Unidad de Salud: **18** \_\_\_\_\_

**Identificación Oficial con Fotografía: 19**

<input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local	<input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar	<input type="checkbox"/> Identificación para Titular Menor de Edad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Carta de Naturalización	<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Licencia de Manejo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia	
<input type="checkbox"/> Carta de Identidad Postal	<input type="checkbox"/> Credencial para votar (IFE o INE)	<input type="checkbox"/> Matrícula Consular	<input type="checkbox"/> Tarjeta INAH	

**Comprobante de Domicilio: 20**

<input type="checkbox"/> Acta ante J. Testigos	<input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local	<input type="checkbox"/> Escritura Pública	<input type="checkbox"/> Predial	<input type="checkbox"/> Recibo de Luz	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Acta de Asamblea Estatal	<input type="checkbox"/> Credencial para votar (IFE o INE)	<input type="checkbox"/> Licencia de Matrícula	<input type="checkbox"/> Recibo de Agua	<input type="checkbox"/> Recibo de Teléfono	

II. Información Socioeconómica  
Módulo 1: Características de los Integrantes del Hogar

¿Me podría decir el número de personas que se registrarán? **21** Folio del Programa ó Colectividad: **24**

No.	Nombre de los Integrantes	Programa o Colectividad	Consecutivo	Fecha de Nacimiento dd/mm/aa	Edad	Sexo	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP
1			<b>25</b>			(H) (M)		
2				<b>26</b>		(H) (M)		
3						(H) (M)		
4	<b>22</b>	<b>23</b>				(H) (M)	<b>29</b>	<b>30</b>
5						(H) (M)		
6						(H) (M)		
7						(H) (M)		
8						(H) (M)		
9						(H) (M)		
10						(H) (M)		

No.	Parentesco	Estado Civil	Discapacidad	Estudia	Nivel de Estudios	Años cursados	¿Se considera indígena?	¿Habla lengua alguna indígena? ¿Cuál?	¿Trabaja?	¿En que Trabaja?	Seguridad Social	
											Tiene	Institución
1	Titular		(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
2			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
3	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>
4			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
5			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
6			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
7			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
8			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
9			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	
10			(Física) (Mental)	(S) (No)			(S) (No)	(S) (No)	(S) (cuenta propia / empleado) (No)		(S) (No)	

No.	Embarazo	Documentación Entregada							Módulo 2: Características de la Vivienda	
		Embarazada	Muere	CUMIP / Acta	Acta de Nacimiento	Acta de Matrimonio	Comprobante de Ingresos	COM/COE	Comprobante de Residencia	Identificación
1	<b>43</b>									
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

**44**

¿La vivienda en la que habita es...? **46** ¿Esta vivienda es...? **47**

¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda...? **48**

¿Cuántos cuartos tiene sin contar el baño en la cocina? **49** ¿Dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes...? **50**

¿Cuanta con los siguientes bienes...? **51**

Folio del CUN **45**

**52** Nombre y Firma (o huella) del solicitante

SABEDOR DE LAS PENAS A QUE SE HACEN ACREEDORES QUIENES DECLARAN FALSAMENTE ANTE AUTORIDADES DISTINTAS A LA JUDICIAL; MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE ESTUDIO SON CIERTOS Y VERDADEROS.

Entrevistador: **53**

Resultado de la entrevista: **54**

01 Entrevista completa  
02 Entrevista incompleta  
03 Se Negó a dar información  
04 Solicita visita a domicilio  
05 Acudir al Módulo de Afiliación después  
06 Otro:

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón con fundamento en el artículo 77 bis 6, inciso A, fracción II e inciso B, fracción II de la Ley General de Salud, artículos 68, 69 y 71 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo VI, numeral Cuadragésimo Noveno y Sexagésimo Cuarto de los Lineamientos para la Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nacional que contenga información las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación, la cual está registrada en el Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, antes Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (en su día original), mismo que en igual forma podrá ser transferido a otras dependencias e instituciones de salud, con la finalidad de realizar el conteo de padrones a que se refiere el artículo 77 bis 6, inciso A, fracción II de la Ley General de Salud, además de otras transferencias previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección en términos del artículo 68, fracción I de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública en el Módulo de Afiliación y Operación del Padrón en la Póliza de Afiliación del beneficiado, así como en el domicilio de la Unidad de Estrategia que se ubica en Guatemala 5, Campa, No. 54, planta baja, Colonia Guadalupe Ins, C.P. 01221 Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México. Lo anterior se informa en cumplimiento al acronímico de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicado en el Diario Oficial de Federación el 30 de septiembre de 2015.

**CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE**

**I. Identificación del Solicitante**

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_ Reafiliación: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad/Barrio: \_\_\_\_\_

**Tipo de Asentamiento Humano:**

<input type="checkbox"/> Asentamiento	<input type="checkbox"/> Ciudad Industrial	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Fincas/Asentamiento	<input type="checkbox"/> Finca	<input type="checkbox"/> Parque Industrial	<input type="checkbox"/> Puerto	<input type="checkbox"/> Ejecutada	<input type="checkbox"/> Unidad Habitacional	<input type="checkbox"/> Zona Naval
<input type="checkbox"/> Anclaje	<input type="checkbox"/> Colonia	<input type="checkbox"/> Cuartel	<input type="checkbox"/> Granja	<input type="checkbox"/> Hacienda	<input type="checkbox"/> Rancho	<input type="checkbox"/> Rancharía	<input type="checkbox"/> Sección	<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> Zona Federal
<input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Condominio	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Hacienda	<input type="checkbox"/> Ingenio	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Región	<input type="checkbox"/> Súper Manzana	<input type="checkbox"/> Zona Industrial	<input type="checkbox"/> Zona Militar
<input type="checkbox"/> Campesino	<input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional	<input type="checkbox"/> Ex hacienda	<input type="checkbox"/> Fracción	<input type="checkbox"/> Manzana	<input type="checkbox"/> Pueblo	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Unidad	<input type="checkbox"/> Zona Industrial	<input type="checkbox"/> Zona Militar

Nombre del Asentamiento: \_\_\_\_\_

Tipo de Vialidad: \_\_\_\_\_ Vialidad \_\_\_\_\_ Camino \_\_\_\_\_ Carretera \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Anclaje	<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Calzada	<input type="checkbox"/> Circuito	<input type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Diagonal	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Vialidad
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Boulevard	<input type="checkbox"/> Callejón	<input type="checkbox"/> Carrada	<input type="checkbox"/> Circunvalación	<input type="checkbox"/> Corredor	<input type="checkbox"/> Eje Vial	<input type="checkbox"/> Peatonal	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Rotonda	<input type="checkbox"/> Ninguna

Nombre de la Vialidad: \_\_\_\_\_

<b>Camino</b>	
Tipo de Camino: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Brincha <input type="checkbox"/> Terracería <input type="checkbox"/> Vereda	Trazo: <input type="checkbox"/> Origen <input type="checkbox"/> Destino
Margen: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	Cadenamiento: km _____ + _____

Nombre del Camino: \_\_\_\_\_

<b>Carretera</b>	
Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular	Derecho de Tránsito: <input type="checkbox"/> Cuota <input type="checkbox"/> Libre
Trazo: <input type="checkbox"/> Origen <input type="checkbox"/> Destino	Cadenamiento: km _____ + _____

Nombre de la Carretera: \_\_\_\_\_

No. Exterior: \_\_\_\_\_ No. Interior: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

**Referencia:**

Tipo de Vialidad: \_\_\_\_\_ Vialidad \_\_\_\_\_ Camino \_\_\_\_\_ Carretera \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Anclaje	<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Calzada	<input type="checkbox"/> Circuito	<input type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Diagonal	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Prolongación	<input type="checkbox"/> Vialidad
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Boulevard	<input type="checkbox"/> Callejón	<input type="checkbox"/> Carrada	<input type="checkbox"/> Circunvalación	<input type="checkbox"/> Corredor	<input type="checkbox"/> Eje Vial	<input type="checkbox"/> Peatonal	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Rotonda	<input type="checkbox"/> Ninguna

Nombre de la Vialidad: \_\_\_\_\_

<b>Camino</b>	
Tipo de Camino: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Brincha <input type="checkbox"/> Terracería <input type="checkbox"/> Vereda	Trazo: <input type="checkbox"/> Origen <input type="checkbox"/> Destino
Margen: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	Cadenamiento: km _____ + _____

Nombre del Camino: \_\_\_\_\_

<b>Carretera</b>	
Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular	Derecho de Tránsito: <input type="checkbox"/> Cuota <input type="checkbox"/> Libre
Trazo: <input type="checkbox"/> Origen <input type="checkbox"/> Destino	Cadenamiento: km _____ + _____

Nombre de la Carretera: \_\_\_\_\_

Descripción del Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

**Identificación Oficial con Fotografía:**

<input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local	<input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar	<input type="checkbox"/> Identificación para Titular Menor de Edad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Carta de Naturalización	<input type="checkbox"/> Cédula Profesional	<input type="checkbox"/> Licencia de Manejo	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia	
<input type="checkbox"/> Carta de Identidad Postal	<input type="checkbox"/> Credencial para votar (IFE o INE)	<input type="checkbox"/> Matrícula Consular	<input type="checkbox"/> Tarjeta INAHAM	

**Comprobante de Domicilio:**

<input type="checkbox"/> Acta ante J. Notario	<input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local	<input type="checkbox"/> Escritura Pública	<input type="checkbox"/> Predial	<input type="checkbox"/> Recibo de Luz	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Acta de Asamblea Barrial	<input type="checkbox"/> Credencial para votar (IFE o INE)	<input type="checkbox"/> Honoraria de Matrícula	<input type="checkbox"/> Recibo de Agua	<input type="checkbox"/> Recibo de Teléfono	



### Anexo 3: Matriz de Indicadores para Resultados MIR 2017.

Dependencia y/o Entidad:		Servicios de Salud de Sonora									
Programa Presupuestario:		E411 E41 ATENCIÓN MÉDICA SEGUNDO NIVEL									
Eje del PED:		EJE 4 Todos los sonorense todas las oportunidades									
Reto del PED:		Reto 11: Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.									
Beneficiarios:		Población sin derechohabencia a servicios de salud									
		Segundo Nivel de Atención									
Resumen narrativo (Objetivos)	Nombre	Indicadores		Unidad de medida	Frecuencia	Línea base Valor 2016	Meta anual 2017	Medios de verificación (Fuentes)	Supuestos	Avance del Periodo	% de Avance
		Fórmula	Fórmula								
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar la salud de los sonorense que no cuentan con seguridad social mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel.	Tasa general de morbilidad hospitalaria	(Número de personas sin seguridad social demandante de servicios hospitalarios institucionales/ Total de población sin seguridad social)*100	Porcentaje	Annual	(72,488/1,178,626)*100=6.15%	(77,334/1,191,517)*100=6.49%	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SAEH) Dirección General de Información en Salud (CUBOS de Información)	No aplica	(65,932/1,191,517)*100=7.21%	111.11%
<b>PROPOSITO</b>	Los sonorense tienen acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel.	Camas censables por cada mil habitantes	(Número de camas en operación/Total de población sin seguridad social de Sonora)*1000	Camas	Annual	(1,128/1,178,626)*1000=95	(1,128/1,191,517)*1000=94	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SINERHIAS) Dirección General de Información en Salud (Estimaciones de Población de CUBOS)	Se mantiene el nivel de cobertura de otras instituciones de salud. (IMSS, ISSSTE, ISSSTEON, etc.) y se garantiza el presupuesto federal del Seguro Popular.	(1,128/1,191,517)*1000=0.94	100%
<b>COMPONENTES</b>	C1: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización	C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización	C1: (Número de pacientes de urgencias canalizados a hospitalización/Total de pacientes atendidos en urgencias)*100	Porcentaje	Annual	(62,284/315,512)*100=19%	(67,280/350,796)*100=19%	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SAEH y Urgencias)		(65,932/315,497)*100=27.25%	137.72%
	C2: Tratamiento quirúrgico proporcionado	C2: Porcentaje de cirugías por egreso	C2: (Total de cirugías / Total de egresos)*100	Porcentaje	Annual	(28,711/72,488)*100=39.6%	(32,314/77,334)*100=41.8%	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SAEH)	Disponibilidad oportuna de los recursos	(33,956/85,932)*100=39.51%	116.08%
	C3: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales	C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica	C3: (Número de hospitales con plantilla de los cuatro especialidades/Total de hospitales)*100	Porcentaje	Annual	(18/18)*100=100%	(18/18)*100=100%	Dirección General de Recursos Humanos Dirección General de Planeación y Desarrollo (CLUES)		(18/18)*100=100%	100%
<b>ACTIVIDADES</b>	A1 C1: Atención a pacientes en servicio de urgencias	A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas	A1 C1: (Número de atenciones de urgencias calificadas/Total de urgencias)*100	Porcentaje	Annual	(64,912/315,512)*100=20.7%	(69,362/350,796)*100=19.77%	Dirección General de Planeación y Desarrollo (Urgencias)		(62,459/315,497)*100=19.79%	90.04%
	A1 C2: Atención a pacientes en estancia hospitalaria	A1 C2: Dias estancia de pacientes hospitalizados	A1 C2: Dias estancia/Total de egresos	Día	Annual	254,753/72,488=3.5	272,045/77,334=3.5	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SAEH)	Disponibilidad oportuna de los recursos	235,136/85,932= 2.73	86.43%
	A1 C3: Conformación de plantilla de personal especializado	A1 C3: Porcentaje de especialistas	A1 C3: (Número de especialistas/Total de médicos)*100	Porcentaje	Annual	(831/1639)*100=50.7%	(831/1639)*100=50.7%	Dirección General de Planeación y Desarrollo (SINERHIAS)		(831/1639)*100=50.7%	100%

### Anexo 4 "Indicadores"

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	C	R	E	M	A	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Tasa general de morbilidad Hospitalaria	= (numero de personas sin seguridad social demandantes de servicios hospitalarios institucionales) / (Total de la población sin seguridad social)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Descendente  (El programa lo reporta en sentido inverso: manera Ascendente).
Propósito	Camas censables por cada 1000 habitantes	= (Número de camas en operación / Total de Población sin seguridad social) * 1000	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Ascendente  (El programa lo reporta en sentido inverso: descendente)
Componente	C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización.	= (número de Pacientes de urgencias canalizados a hospitalización) / (Total de pacientes atendidos en urgencias)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Ascendente
	C2: Porcentaje de cirugías por egreso	= (Total de cirugías / Total de egresos) * 100	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Ascendente
	C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica	= (Número de hospitales con plantilla de las cuatro especialidades) / (Total de Hospitales) * 100	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Ascendente
Actividad	A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas	= (número de atenciones de urgencias calificadas) / (Total de urgencias) * 100	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Ascendente  (El programa lo reporta en sentido inverso: descendente)



### Anexo 5 “Metas del programa”

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	Tasa general de morbilidad hospitalaria	6.49%	SI	La tasa de morbilidad es un indicador de mejora de la salud,	SI	Una tasa de descendente, sugiere que el programa es efectivo, en tanto los hospitales de primer nivel están haciendo su función de prevención.	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante	Revisar el sentido del indicador, ya que la tasa de morbilidad está creciendo y la semaforización está en verde; Es decir se pretende que la gente enferme menos y el indicador es creciente.  Se recomienda Un panel entre los operadores del programa, los directores, DGPD.
Propósito	Camas censables por cada mil habitantes	.94	SI	NO se encuentra justificación en documentos proporcionados	NO	NO se justifica que a través del indicador cama censable, se consiga acceso universal a los servicios especializados de salud de Segundo nivel	NO	No relevante	Se recomienda la precisión del indicador, debe construirse un indicador que de cuenta sobre la atención de usuarios respecto al total sin derechohabencia. Validar este indicador en el panel entre los operadores del programa, los directores, DGPD.
Componente	C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización.	19%	SI	Los pacientes canalizados a hospitalización es uno de los servicios que Brinda el programa	SI	Ofrece un indicador de una mayor cobertura del Programa en la canalización hospitalaria.	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante	Incluir un componente adicional para contabilizar a los pacientes de consulta externa canalizados a Segundo nivel
	C2: Porcentaje de cirugías por egreso	41.8%	SI	El número de cirugías es uno de los servicios que otorga el programa	SI	Es un proxy para la eficacia de la infraestructura de quirófanos.	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante	Incorporar el dato de la razón de cirugía por quirófano, para medir la eficiencia de éstos.
	C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica	100%	SI	Eficiencia de los médicos especialistas de ramas troncales	SI	Mide la capacidad del hospital, en términos de médicos especialistas para atender las necesidades del usuario.	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante	Incorporar la productividad media de atención por especialista.
Actividad	A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas	19.77%	SI	Proporción de urgencias calificadas respecto al total de urgencias recibidas	SI	Es un indicador proxy de la Eficacia de atención en urgencias	SI	Es un indicador claro, económico, NO monitoreable y relevante	Plantear el indicador de manera incremental no de forma descendente

A1 C2: Días estancia de pacientes hospitalizados	3.5 (días por paciente)	SI	Días estancia del paciente promedio	SI	Es un indicador proxy de la Eficacia de atención hospitalaria	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante
A1 C3: Porcentaje de especialistas	50.7%	SI	Nivel de Especialización de la plantilla médica	SI	Es un indicador proxy de la calidad del servicio hospitalario	SI	Es un indicador claro, económico, monitoreable y relevante

*Notas: Se deben incluir todos los indicadores de cada uno de los niveles de objetivo.*

*Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.*

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

	Resumen narrativo	Indicadores				Línea base
	(Objetivos)	Nombre	Fórmula	Unidad de medida	Frecuencia	Valor 2016
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar la salud de los sonorenses <b>la población en Sonora</b> que no cuenta con seguridad social, mediante el acceso universal a servicios de salud de segundo nivel.	Tasa general de morbilidad hospitalaria <b>de población sin seguridad social en sonora</b>	(Número de personas sin seguridad social demandante de servicios hospitalarios institucionales/ Total de población sin seguridad social)*100.  TM=(número de casos existentes de padecimientos/ Total de población sin seguridad social)*100	Porcentaje	Anual	(341,883/1,178,626) *100 = 29%  El establecimiento de la meta debe ser en dirección descendente para medir efectividad
<b>PROPÓSITO</b>	<b>La población en Sonora</b> Los sonorenses tiene acceso universal a los servicios especializados de salud de segundo nivel.	Camas censables por cada mil habitantes. <b>Tasa de atención a la población sin seguridad social</b>	(Número de camas en operación/Total de población sin seguridad social de Sonora)*1000  <b>Población sin seguridad social atendida/ Total de población sin seguridad social)*100</b>	Camas Porcentaje	Anual	<b>(Dato No Disponible / 1,178,626) *100= X%</b> La población atendida debe considerar todos los servicios de segundo nivel proporcionados; CExt., Lab. y servicios compl.
<b>COMPONENTES</b>	C1: Pacientes del servicio de urgencias canalizados a hospitalización	C1: Porcentaje de pacientes canalizados a hospitalización	C1: (Número de pacientes de urgencias canalizados a hospitalización/Total de pacientes atendidos en urgencias)*100	Porcentaje	Anual	(52,284 / 313, 512) *100=17%  El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir efectividad
	C2: Tratamiento quirúrgico proporcionado	C2: Porcentaje de cirugías por egreso	C2: (Total de cirugías / Total de egresos)*100	Porcentaje	Anual	(28, 711 / 72, 498) *100=39.6%
	C3: Hospitales con plantilla de personal médico de ramas troncales  C3": <b>Pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa y otros servicios complementarios (Laboratorios, Electrocardiograma s, Banco de Sangre, etc.</b>	C3: Porcentaje de hospitales con plantilla básica  <b>Porcentaje de pacientes atendidos</b>	C3: (Número de hospitales con plantilla de las cuatro especialidades/Total de hospitales)*100  <b>Población atendida/ Total de médicos especialistas)*100</b>	Razón	Anual	(18/18)*100=100%  <b>(Dato No Disponible /831)=X</b>  Componente adicional. El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir efectividad

<b>ACTIVIDADES</b>	A1 C1: Atención a pacientes en servicio de urgencias	A1 C1: Porcentaje de urgencias calificadas	A1 C1: (Número de atenciones de urgencias calificadas/Total de urgencias)*100	Porcentaje	Anual	(64,912 / 313,512) *100=20.7%  El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir efectividad
	A1 C2: Atención a pacientes en estancia hospitalaria	A1 C2: Días estancia de pacientes hospitalizados	A1 C2: Días estancia/Total de egresos	Día	Anual	254,753/72,498=3.5  El establecimiento de la meta debe ser en dirección descendente para medir efectividad
	A1 C3: Conformación de plantilla de personal especializado	A1 C3: Porcentaje de especialistas	A1 C3: (Número de especialistas/Total de médicos)*100	Porcentaje	Anual	(831/1639)*100=50.7%  El establecimiento de la meta debe ser en dirección ascendente para medir calidad en la atención.

*Anexo 7 " Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación "*

Capítulo de gasto	Partida	Concepto de gasto	Ejercido
	Total		<b>3,131,511,998.99</b>
1000: Servicios Personales	11000	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER PERMANENTE	1,587,173,762.17
	12000	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO	222,486,687.99
	13000	REMUNERACIONES ADICIONALES Y ESPECIALES	178,910,840.45
	14000	SEGURIDAD SOCIAL	351,116,285.84
	15000	OTRAS PRESTACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS	669,644,131.04
	17000	PAGOS DE ESTIMULOS A SERVIDORES PUBLICOS	122,180,291.50
2000: Materiales y suministros	Total		<b>529,480,403.29</b>
	21000	MATERIALES DE ADMINISTRACIÓN, EMISIÓN DE DOCUMENTOS Y ARTÍCULOS OFICIALES	33,132,438.26
	22000	ALIMENTOS Y UTENSILIOS	24,542,716.55
	23000	MATERIAS PRIMAS Y MATERIALES DE PRODUCCION Y COMERCIALIZACION	19,709.73
	24000	MATERIALES Y ARTICULOS DE CONSTRUCCION Y DE REPARACION	3,655,520.19
	25000	PRODUCTOS QUIMICOS, FARMACEUTICOS Y DE LABORATORIO	411,458,965.69
	26000	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS	29,136,351.28
	27000	VESTUARIO, BLANCOS, PRENDAS DE PROTECCION Y ARTICULOS DEPORTIVOS	21,296,510.19
	28000	MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SEGURIDAD	4,200.72
29000	HERRAMIENTAS, REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES	6,233,990.68	
3000: Servicios Generales	Total	Servicios Generales	<b>386,032,340.35</b>
	31000	SERVICIOS BASICOS	39,172,074.53
	32000	SERVICIO DE ARRENDAMIENTO	23,031,425.21
	33000	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS, TECNICOS Y OTROS SERVICIOS	84,823,131.06
	34000	SERVICIOS FINANCIEROS, BANCARIOS Y COMERCIALES	4,350,725.96
	35000	SERVICIOS DE INSTALACION, REPARACION, MANTENIMIENTO Y CONSERVACION	113,978,619.95
	36000	SERVICIOS DE COMUNICACION SOCIAL Y PUBLICIDAD	62,772,465.80
	37000	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIATICOS	20,863,842.73
	38000	SERVICIOS OFICIALES	11,175,501.58
39000	OTROS SERVICIOS GENERALES	25,864,553.53	
4000: Transferencias, subsidios y otras ayudas	Total	Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas	<b>11,500,189.75</b>
	41000	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO	5,328,575.77
	43000	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES	932,000.00
	44000	AYUDAS SOCIALES	5,218,620.98
	48000	DONATIVOS	20,993.00
5000: Bienes muebles e inmuebles	Total	Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles	<b>44,613,643.08</b>
	51000	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACION	9,069,406.07
	52000	MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO	176,393.89
	53000	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	26,902,948.02
	54000	VEHICULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE	4,928,260.00
	56000	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	1,484,732.72
	59000	ACTIVOS INTANGIBLES	2,051,902.38
6000: Inversión pública	Total	Inversión Pública	<b>31,419,562.91</b>
	61000	OBRA PUBLICA EN BIENES DE DOMINIO PUBLICO	3,240,448.07
	62000	OBRA PUBLICA EN BIENES PROPIOS	28,179,114.84
9000: Deuda pública	Total	Deuda Pública	<b>32,922,306.90</b>
	99000	ADEFAS	32,922,306.90
<b>Total</b>			<b>4,167,480,445.27</b>

*Anexo 8 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno”*

Nombre del programa	Modalidad y clave	Dependencia/Entidad	Propósito	Población objetivo	Tipo de apoyo	Cobertura geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	¿Se complementa con el programa evaluado?	Justificación
PROSPERA Programa de Inclusión Social		Secretaría de Desarrollo Social	PROSPERA Programa de Inclusión Social se alinea con los documentos de planeación nacional de otros sectores. En lo relativo al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se alinea con la Estrategia 2.1 Avanzar en el acceso efectivo a los servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral, correspondiente al Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	Hogares de la población potencial que el programa planea atender en el ejercicio fiscal, y son los hogares cuyo ingreso mensual per cápita se encuentre por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo (LBM), a excepción de los hogares que habitan en localidades de cobertura total, quienes son elegibles independientemente de su ingreso mensual per cápita. Los hogares podrán permanecer en el programa, si su ingreso mensual per cápita es inferior a la Línea de Verificación		Nacional	DOF ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018	Programa de Apoyo Alimentario	SP	El SP se ha priorizado como el esquema de atención a la salud de la población en Prospera. En tanto que Prospera cuenta con un mecanismo de focalización explícito en condición socioeconómica, no es el caso para el SP, si bien la incidencia mayor del programa es en población similar que con mayor probabilidad no cuenta con seguridad social, y entra al SP como no contribuyente.

				es Permanente s.						
Programa IMSS Prospera	S	IMSS Prospera	Facilitar el acceso a servicios de salud de calidad; está dirigido a la población que carece de seguridad social y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano marginadas, adscrita territorialmente al programa. Otorga permanente servicios médicos preventivos y curativos en unidades de primero y segundo niveles de atención, a través del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que vincula la atención médica con la acción comunitaria, para el auto-cuidado de la salud y mejora de la salud pública, para lo que forma y actualiza a promotores voluntarios de la comunidad.	población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales.	Otorga permanente servicios médicos preventivos y curativos en unidades de primero y segundo niveles de atención, a través del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que vincula la atención médica con la acción comunitaria, para el autocuidado de la salud y mejora de la salud pública, para lo que forma y actualiza a promotores voluntarios de la comunidad.	Nacional	DOF: 26/12/ 2017.  ROP IMSS- PROSPE RA, 2018.  ACUER DO med iante el cual se establec en las Reglas de Operaci ón del Progra ma IMSS	SI	Prosper a Progra ma de Inclusió n Social, Cruzad a Nacion al contra el Hambre (estrategia)	El Programa IMSS Prospera tiene el objetivo de proveer servicios de salud, por lo que coincide programa objeto de estudio.
Seguro Médico Siglo XXI		Secretaría de Salud	La cobertura de servicios de la salud para todos los niños y niñas menores de cinco años, a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI, el cual ha contribuido de manera significativa a preservar la salud de todos los niños y niñas en el país, financiando la atención médica completa e integral de aquéllos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, al tiempo que garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud;	.	Apoyo económico a los SESA por incremento en la demanda de servicios. 5.3.2. Apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI. 5.3.3. Apoyo económico para el pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA. 5.3.4. Apoyo económico para la realización del Tamiz Auditivo, para	Nacional	ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2018. DOF. Sábado 30 de diciembre de 2017		Si. Se complementa con:  SP, IMSS Prospera, Prospera Programa de Inclusión Social	El objetivo del SMSXXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar el financiamiento de la atención preventiva, curativa y de rehabilitación para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada,

					la detección de niñas y niños con Hipoacusia. 5.3.5. Apoyo económico para realizar la evaluación del Desarrollo Infantil. 5.3.6. Apoyo económico para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana. 5.3.7. Apoyo económico para el Tamiz Metabólico Semiampliado				preparada y activa.
Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017 (Antes Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud)		Secretaría de Salud	Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando servicios de Atención Primaria a la Salud mediante UMM a la población que carece o tiene dificultad para acceder a los servicios de salud.	Se define como las personas de las Localidades Subsede y de LAI de las UMM; y a las personas vulnerables, en riesgo o afectadas por agentes perturbadores de origen natural o antropogénico.	Los servicios que otorga el Programa forman parte de los seis conglomerados de intervenciones que tiene el CAUSES. Cabe señalar que el otorgamiento de las intervenciones de salud estará determinado por la Capacidad Resolutiva de las UMM y que habrá de buscarse, mediante la referencia a otros niveles de atención, el acceso al total de las intervenciones del CAUSES.	Nacional	DOF: 29/12/2016 ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017. (Continúa en la Sexta Sección)	SI	en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica no se contraponen, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal, en cuanto a diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo, y Que los gastos indirectos del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2017, se ajustarán a lo establecido en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado el 10 de diciembre de 2012

## Anexo 9. Propuesta de Ficha técnica para la construcción de la MIR



Ficha técnica  
Nivel: Fin  
Servicios de Salud Sonora



Gobierno del  
Estado de Sonora

Datos de identificación del programa presupuestario											
Institución o dependencia			Responsable del programa presupuestario								
Beneficiarios:											
Alineación											
Plan Estatal de Desarrollo			Programa								
Datos de identificación del indicador											
Indicador:											
Alineado al indicador del PED:											
Tipo	Dimensión	Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Tipo de fórmula							
Unidad de medida		Método de calculo	Área responsable								
Características del indicador											
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte marginal						
Justificación											
Serie de información disponible:											
Medios de verificación			Fuentes de información								
Determinación de metas											
Línea base		Meta y periodo de cumplimiento		Parámetros de Semaforización							
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Comportamiento del indicador hacia la meta:			Factibilidad:								
Descripción de factibilidad:											
Meta sexenal											
Año		Valor		Periodo							
Metas intermedias al sexenio											
Año											
Valor											
Periodo											
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Características de las variables											
Variable											
Definición											
Unidad de medida		Frecuencia de medición		Desagregación geográfica		Disponibilidad de información					
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic



Ficha técnica  
 Nivel: Propósito  
 Servicios de Salud Sonora



Gobierno del  
 Estado de Sonora

Datos de identificación del programa presupuestario											
Institución o dependencia			Responsable del programa presupuestario								
Beneficiarios:											
Alineación											
Plan Estatal de Desarrollo			Programa								
Datos de identificación del indicador											
Indicador:											
Alineado al indicador del PED:											
Tipo	Dimensión	Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Tipo de fórmula							
Unidad de medida		Método de calculo	Área responsable								
Características del indicador											
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte marginal						
Justificación											
Serie de información disponible:											
Medios de verificación			Fuentes de información								
Determinación de metas											
Línea base		Meta y periodo de cumplimiento		Parámetros de Semaforización							
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Comportamiento del indicador hacia la meta:			Factibilidad:								
Descripción de factibilidad:											
Meta sexenal											
Año		Valor		Periodo							
Metas intermedias al sexenio											
Año											
Valor											
Periodo											
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Características de las variables											
Variable											
Definición											
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Disponibilidad de información							
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic



Ficha técnica  
Nivel: Componente  
Servicios de Salud Sonora



Gobierno del  
Estado de Sonora

Datos de identificación del programa presupuestario											
Institución o dependencia			Responsable del programa presupuestario								
Beneficiarios:											
Alineación											
Plan Estatal de Desarrollo			Programa								
Datos de identificación del indicador											
Indicador:											
Alineado al indicador del PED:											
Tipo	Dimensión	Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Tipo de fórmula							
Unidad de medida		Método de calculo	Área responsable								
Características del indicador											
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte marginal						
Justificación											
Serie de información disponible:											
Medios de verificación			Fuentes de información								
Determinación de metas											
Línea base		Meta y periodo de cumplimiento		Parámetros de Semaforización							
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Comportamiento del indicador hacia la meta:			Factibilidad:								
Descripción de factibilidad:											
Meta sexenal											
Año		Valor		Periodo							
Metas intermedias al sexenio											
Año											
Valor											
Periodo											
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Características de las variables											
Variable											
Definición											
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Disponibilidad de información							
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic



Ficha técnica  
 Nivel: Actividades  
 Servicios de Salud Sonora



Gobierno del  
 Estado de Sonora

Datos de identificación del programa presupuestario											
Institución o dependencia			Responsable del programa presupuestario								
Beneficiarios:											
Alineación											
Plan Estatal de Desarrollo			Programa								
Datos de identificación del indicador											
Indicador:											
Alineado al indicador del PED:											
Tipo	Dimensión	Frecuencia de medición	Desagregación geográfica	Tipo de fórmula							
Unidad de medida		Método de calculo	Área responsable								
Características del indicador											
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuado	Aporte marginal						
Justificación											
Serie de información disponible:											
Medios de verificación			Fuentes de información								
Determinación de metas											
Linea base		Meta y periodo de cumplimiento		Parámetros de Semaforización							
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Comportamiento del indicador hacia la meta:			Factibilidad:								
Descripción de factibilidad:											
Meta sexenal											
Año		Valor		Periodo							
Metas intermedias al sexenio											
Año											
Valor											
Periodo											
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Características de las variables											
Variable											
Definición											
Unidad de medida		Frecuencia de medición		Desagregación geográfica		Disponibilidad de información					
Metas actualizada											
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

*Anexo 10. Clasificación medicamentos de acuerdo a CAUSES.*

Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas	
1	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIALACRÁN
2	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIARÁCNIDO
3	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTICORALILLO
4	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIVIPERINO
Analgesia	
5	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
6	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
7	BUPRENORFINA
8	BUPRENORFINA
9	BUPRENORFINA
10	BUPRENORFINA
11	BUPRENORFINA
12	CLONIXINATO DE LISINA
13	DEXMEDETOMIDINA
14	ETOFENAMATO
15	KETOROLACO
16	METAMIZOL SÓDICO
17	METAMIZOL SÓDICO
18	MORFINA
19	MORFINA
20	OXICODONA
21	OXICODONA
22	PARACETAMOL
23	PARACETAMOL
24	PARACETAMOL
25	PARACETAMOL
26	PARACETAMOL
27	PARACETAMOL
28	TRAMADOL
29	TRAMADOL-PARACETAMOL
Anestesia	
30	ATROPINA
31	BUPIVACAÍNA
32	BUPIVACAÍNA
33	CISATRACURIO, BESILATO DE
34	DESFLURANO
35	DIAZEPAM
36	ETOMIDATO
37	FENTANILO
38	FLUMAZENIL
39	KETAMINA
40	LIDOCAÍNA
41	LIDOCAÍNA
42	LIDOCAÍNA
43	LIDOCAÍNA
44	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA
45	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA
46	MIDAZOLAM
47	MIDAZOLAM
48	MIDAZOLAM
49	NEOSTIGMINA
50	PROPOFOL
51	ROCURONIO, BROMURO DE
52	ROPIVACAÍNA
53	SEVOFLURANO
54	SUXAMETONIO, CLORURO DE
55	TIOPENTAL SÓDICO
56	VECURONIO

Cardiología	
57	ADENOSINA
58	AMIODARONA
59	AMIODARONA
60	AMLODIPINO
61	CANDESARTÁN CILEXETILO- HIDROCLOROTIAZIDA
62	CAPTOPRIL
63	CLONIDINA
64	CLOPIDOGREL
65	CLOPIDOGREL
66	CLORTALIDONA
67	DIGOXINA
68	DIGOXINA
69	DIGOXINA
70	DOBUTAMINA
71	DOPAMINA
72	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL
73	EPINEFRINA
74	ESMOLOL
75	HIDRALAZINA
76	HIDRALAZINA
77	HIDRALAZINA
78	IRBESARTÁN
79	IRBESARTÁN
80	ISOSORBIDA
81	ISOSORBIDA
82	LIDOCAÍNA
83	LOSARTÁN
84	METILDOPA
85	METOPROLOL
86	NIFEDIPINO
87	NIFEDIPINO
88	NITROPRUSIATO DE SODIO
89	PROPRANOLOL
90	PROPRANOLOL
91	TELMISARTÁN
92	TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA
93	TRINITRATO DE GLICERILO
94	TRINITRATO DE GLICERILO
95	TRINITRATO DE GLICERILO
96	VERAPAMILLO
97	VERAPAMILLO
98	WARFARINA
Dermatología	
99	ÁCIDO RETINOICO
100	ALANTOÍNA Y ALQUITRÁN DE HULLA
101	ALIBOUR
102	BAÑO COLOIDE
103	BENZOILO
104	BENZOILO
105	BENZOILO
106	BENZOILO
107	BETAMETASONA
108	CLINDAMICINA
109	HIDROCORTISONA
110	ISOCONAZOL
111	MICONAZOL
112	ÓXIDO DE ZINC
113	PERMETRINA
114	PODOFILINA
115	SULFADIAZINA DE PLATA

Endocrinología y Metabolismo	
116	ATORVASTATINA
117	BEZAFIBRATO
118	BROMOCRIPTINA
119	CALCIO
120	CALCITRIOL
121	DEXAMETASONA
122	EZETIMIBA
123	GLIBENCLAMIDA
124	INSULINA ASPÁRTICA
125	INSULINA DETEMIR
126	INSULINA DETEMIR
127	INSULINA GLARGINA
128	INSULINA GLARGINA
129	INSULINA HUMANA
130	INSULINA HUMANA
131	INSULINA HUMANA
132	INSULINA HUMANA
133	INSULINA HUMANA
134	INSULINA LISPRO
135	INSULINA LISPRO, LISPRO PROTAMINA
136	LEVOTIROXINA
137	LINAGLIPTINA
138	METFORMINA
139	METILPREDNISOLONA
140	METILPREDNISOLONA
141	PRAVASTATINA
142	PREDNISONA
143	PREDNISONA
144	SIMVASTATINA
145	SIMVASTATINA
146	SITAGLIPTINA
147	SITAGLIPTINA
148	TIAMAZOL
149	VILDAGLIPTINA

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	
150	ACICLOVIR
151	ACICLOVIR
152	ACICLOVIR
153	ALBENDAZOL
154	ALBENDAZOL
155	AMFORTERICINA B
156	AMIKACINA
157	AMIKACINA
158	AMIKACINA
159	AMIKACINA
160	AMOXICILINA
161	AMOXICILINA
162	AMOXICILINA
163	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO
164	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO
165	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO
166	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO
167	AMPICILINA
168	AMPICILINA
169	AMPICILINA
170	AZITROMICINA
171	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA COMPUESTA
172	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA
173	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA
174	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA
175	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA
176	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA
177	BENZATINA BENCILPENICILINA
178	CEFALEXINA
179	CEFALOTINA
180	CEFEPIMA
181	CEFEPIMA
182	CEFEPIMA
183	CEFOTAXIMA
184	CEFTRIAXONA
185	CIPROFLOXACINO
186	CIPROFLOXACINO
187	CIPROFLOXACINO
188	CLARITROMICINA
189	CLINDAMICINA
190	CLINDAMICINA
191	CLINDAMICINA
192	CLORANFENICOL
193	CLOROQUINA
194	DAPSONA
195	DICLOXACILINA
196	DICLOXACILINA
197	DICLOXACILINA
198	DOXICICLINA
199	DOXICICLINA
200	ERITROMICINA
201	ERITROMICINA
202	ESTREPTOMICINA
203	ETAMBUTOL
204	GENTAMICINA
205	GENTAMICINA
206	IMIPENEM Y CILASTATINA
207	IMIPENEM Y CILASTATINA
208	ISONIAZIDA
209	ISONIAZIDA Y RIFAMPICINA
210	ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	
211	ITRACONAZOL
212	KANAMICINA
213	KETOCONAZOL
214	LEVOFLOXACINO
215	LEVOFLOXACINO
216	LEVOFLOXACINO
217	LINEZOLID
218	MEBENDAZOL
219	MEROPENEM
220	METRONIDAZOL
221	METRONIDAZOL
222	METRONIDAZOL
223	METRONIDAZOL
224	METRONIDAZOL
225	MINOCICLINA
226	NISTATINA
227	NITAZOXANIDA
228	NITAZOXANIDA
229	NITROFURANTOÍNA
230	NITROFURANTOÍNA
231	OFLOXACINA
232	OFLOXACINA
233	OFLOXACINA
234	PIPERACILINA-TAZOBACTAM
235	PIRANTEL
236	PRAZICUANTEL
237	PRIMAQUINA
238	PRIMAQUINA
239	RIFAMPICINA
240	RIFAMPICINA
241	TETRACICLINA
242	TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL
243	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL
244	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL
245	VALACICLOVIR
246	VALACICLOVIR
247	VANCOMICINA
Enfermedades Inmunoalérgicas	
248	BETAMETASONA
249	CLORFENAMINA
250	CLORFENAMINA
251	CLORFENAMINA
252	CLOROPIRAMINA
253	CROMOGLICATO DE SODIO
254	DIFENHIDRAMINA
255	DIFENHIDRAMINA
256	HIDROCORTISONA
257	LORATADINA
258	LORATADINA

Gastroenterología	
259	ALUMINIO Y MAGNESIO
260	ALUMINIO Y MAGNESIO
261	BISMUTO
262	BUTILHIOSCINA-METAMIZOL
263	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA
264	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA
265	CINITAPRIDA
266	CINITAPRIDA
267	CINITAPRIDA
268	LIDOCAÍNA
269	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA
270	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA
271	LOPERAMIDA
272	METOCLOPRAMIDA
273	METOCLOPRAMIDA
274	METOCLOPRAMIDA
275	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL
276	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL
277	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL
278	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL
279	PLÁNTAGO PSYLLIUM
280	RANITIDINA
281	RANITIDINA
282	RANITIDINA
283	RANITIDINA
284	SENÓSIDOS A-B
285	SENÓSIDOS A-B
286	SUCRALFATO
287	SULFASALAZINA
Gineco-obstetricia	
288	ÁCIDO ALENDRÓNICO
289	ÁCIDO ALENDRÓNICO
290	ÁCIDO RISEDRÓNICO
291	CARBETOCINA
292	DANAZOL
293	ERGOMETRINA
294	ESTRÓGENOS CONJUGADOS
295	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Y MEDROXIPROGESTERO
296	INDOMETACINA
297	INDOMETACINA
298	INMUNOGLOBULINA ANTI D
299	MEDROXIPROGESTERO
300	MEDROXIPROGESTERO
301	METRONIDAZOL
302	NISTATINA
303	NITROFURAL
304	ORCIPRENALINA
305	ORCIPRENALINA
306	OXITOCINA
307	PROGESTERONA
308	RALOXIFENO

Hematología	
309	ACENOCUMAROL
310	ACENOCUMAROL
311	DABIGATRÁN
312	DABIGATRÁN ETEXILATO
313	DABIGATRÁN ETEXILATO
314	DABIGATRÁN ETEXILATO
315	DEXAMETASONA
316	ENOXAPARINA
317	ENOXAPARINA
318	ENOXAPARINA
319	FITOMENADIONA
320	FUMARATO FERROSO
321	FUMARATO FERROSO
322	HEPARINA
323	HEPARINA
324	HIDROXOCOBALAMINA
325	NADROPARINA
326	NADROPARINA
327	NADROPARINA
328	NADROPARINA
329	NADROPARINA
330	SULFATO FERROSO
331	SULFATO FERROSO
Intoxicaciones	
332	CARBÓN ACTIVADO
333	NALOXONA
Nefrología y Urología	
334	ACETAZOLAMIDA
335	ACETAZOLAMIDA
336	DUTASTERIDA
337	ESPIRONOLACTONA
338	ESPIRONOLACTONA
339	ESPIRONOLACTONA
340	FUROSEMIDA
341	FUROSEMIDA
342	HIDROCLOROTIAZIDA
343	MANITOL
344	TAMSULOSINA
345	TAMSULOSINA
346	TAMSULOSINA

Neumología	
347	AMBROXOL
348	AMBROXOL
349	AMINOFILINA
350	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE
351	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE
352	IPRATROPIO
353	IPRATROPIO
354	IPRATROPIO
355	IPRATROPIO MONOHIDRATADO, BROMURO DE
356	IPRATROPIO-SALBUTAMOL
357	MONTELUKAST
358	MONTELUKAST
359	MONTELUKAST
360	SALBUTAMOL
361	SALBUTAMOL
362	SALBUTAMOL
363	SALMETEROL, FLUTICASONA
364	TEOFILINA
365	TEOFILINA
366	TERBUTALINA
367	TERBUTALINA
368	TERBUTALINA
369	TIOTROPIO, BROMURO DE
370	TIOTROPIO, BROMURO DE

Neurología	
371	ÁCIDO VALPROICO
372	ATOMOXETINA
373	ATOMOXETINA
374	ATOMOXETINA
375	BIPERIDENO
376	BIPERIDENO
377	CARBAMAZEPINA
378	CARBAMAZEPINA
379	CARBAMAZEPINA
380	CLONAZEPAM
381	CLONAZEPAM
382	CLONAZEPAM
383	DIAZEPAM
384	FENITOÍNA
385	FENITOÍNA
386	FENITOÍNA
387	FENITOÍNA
388	FENOBARBITAL
389	FENOBARBITAL
390	FENOBARBITAL
391	GABAPENTINA
392	LACOSAMIDA
393	LACOSAMIDA
394	LACOSAMIDA
395	LACOSAMIDA
396	LEVODOPA Y CARBIDOPA
397	LEVODOPA Y CARBIDOPA
398	LEVODOPA Y CARBIDOPA
399	METILFENIDATO
400	METILFENIDATO
401	METILFENIDATO
402	METILFENIDATO
403	METILFENIDATO
404	METILFENIDATO
405	PERFENAZINA
406	PREGABALINA
407	TOPIRAMATO
408	TOPIRAMATO
409	TRIHEXIFENIDILO
410	VALPROATO DE MAGNESIO
411	VALPROATO DE MAGNESIO
412	VALPROATO DE MAGNESIO
413	VALPROATO SEMISÓDICO
Nutriología	
414	ÁCIDO ASCÓRBICO
415	ÁCIDO FÓLICO
416	ÁCIDO FÓLICO
417	ÁCIDO FÓLICO
418	ÁCIDO FÓLICO
419	COMPLEJO B
420	DIETA POLIMÉRICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEÍNAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES
421	FÓRMULA DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA
422	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES
423	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES
424	PIRIDOXINA
425	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE PRETÉRMINO
426	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO
427	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO SIN LACTOSA
428	TIAMINA
429	VITAMINA A
430	VITAMINA A
431	VITAMINA A
432	VITAMINAS A, C Y D

Oftalmología	
433	ACICLOVIR
434	ALCOHOL POLIVINÍLICO
435	ATROPINA
436	ATROPINA
437	BRIMONIDINA-TIMOLOL
438	CLORANFENICOL
439	CLORANFENICOL
440	CLORANFENICOL-SULFACETAMIDA SÓDICA
441	CLORURO DE SODIO
442	HIPROMELOSA
443	HIPROMELOSA
444	NAFAZOLINA
445	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y BACITRACINA
446	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA
447	PILOCARPINA
448	PILOCARPINA
449	PREDNISOLONA
450	PREDNISOLONA
451	PREDNISOLONA-SULFACETAMIDA
452	SULFACETAMIDA
453	TETRACAÍNA
454	TIMOLOL
455	TOBRAMICINA
456	TRAVOPROST
Oncología	
457	ÁCIDO FOLÍNICO
458	ÁCIDO FOLÍNICO
459	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO
460	DACTINOMICINA
461	FINASTERIDA
462	METOTREXATO
463	METOTREXATO
464	METOTREXATO
Otorrinolaringología	
465	CINARIZINA
466	DIFENIDOL
467	DIFENIDOL
468	DIMENHIDRINATO
Planificación Familiar	
469	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL
470	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL
471	ETONOGESTREL
472	LEVONORGESTREL
473	LEVONORGESTREL
474	LEVONORGESTREL
475	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL
476	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL
477	MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO DE ESTRADIOL
478	NORELGESTROMINA-ETINILESTRADIOL
479	NORETISTERONA
480	NORETISTERONA Y ESTRADIOL
481	NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL

Psiquiatría	
482	ALPRAZOLAM
483	ALPRAZOLAM
484	AMITRIPTILINA
485	ARIPIPRAZOL
486	ARIPIPRAZOL
487	ARIPIPRAZOL
488	CITALOPRAM
489	CITALOPRAM
490	CLOZAPINA
491	CLOZAPINA
492	DULOXETINA
493	FLUOXETINA
494	FLUOXETINA
495	HALOPERIDOL
496	HALOPERIDOL
497	HALOPERIDOL
498	HALOPERIDOL
499	TMIPRAMINA
500	LEVOMEPROMAZINA
501	LEVOMEPROMAZINA
502	LITIO
503	LORAZEPAM
504	OLANZAPINA
505	OLANZAPINA
506	OLANZAPINA
507	OLANZAPINA
508	PAROXETINA
509	QUETIAPINA
510	QUETIAPINA
511	RISPERIDONA
512	RISPERIDONA
513	RISPERIDONA
514	SERTRALINA
515	TRIFLUOPERAZINA
516	TRIFLUOPERAZINA
517	VENLAFAXINA
518	ZUCLOPENTIXOL
519	ZUCLOPENTIXOL
520	ZUCLOPENTIXOL
Reumatología y Traumatología	
521	ALOPURINOL
522	ALOPURINOL
523	ALOPURINOL
524	AZATIOPRINA
525	CELECOXIB
526	COLCHICINA
527	DICLOFENACO
528	DICLOFENACO
529	INDOMETACINA
530	INDOMETACINA
531	KETOPROFENO
532	LEFLUNOMIDA
533	LEFLUNOMIDA
534	METOCARBAMOL
535	NAPROXENO
536	NAPROXENO

Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del	
537	ALMIDÓN
538	BICARBONATO DE SODIO
539	BICARBONATO DE SODIO
540	CLORURO DE POTASIO
541	CLORURO DE SODIO
542	CLORURO DE SODIO
543	CLORURO DE SODIO
544	DEXTRÁN
545	DEXTRÁN
546	ELECTROLITOS ORALES
547	ELECTROLITOS ORALES
548	FOSFATO DE POTASIO
549	GLUCONATO DE CALCIO
550	GLUCONATO DE CALCIO
551	GLUCOSA
552	GLUCOSA
553	GLUCOSA
554	GLUCOSA
555	GLUCOSA
556	GLUCOSA
557	GLUCOSA
558	GLUCOSA
559	MAGNESIO SULFATO DE
560	POLIGELINA
561	POLIGELINA
562	SOLUCIÓN HARTMANN
Odontología	
563	AGUJAS DENTALES
564	AGUJAS DENTALES
565	ALEACIONES PARA AMALGAMA DENTAL
Planificación Familiar	
566	CONDON FEMENINO
567	CONDON MASCULINO
568	DISPOSITIVOS
569	DISPOSITIVOS
570	DISPOSITIVOS
571	DISPOSITIVOS

## BIBLIOGRAFÍA.

Artaza Barrios Osvaldo (2015), "Calidad en el Sistema de Salud para el Acceso y la Cobertura Universal". En: La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. ISBN: 978-607-460-4887 Segunda edición:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro\\_03.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf)

Burr Claudia, Piñó Ana, Quiroz Luis Adrián, Martín-Lunas Elena (2011), Cap. 4. "Por los caminos del Sistema Nacional de Salud". En: Guía para el paciente participativo. atrévete a SABER . atrévete a EXIGIR. CIESAS, Pfizer. <http://asbis.org.mx/PDF/guiapacienteparticipativo.pdf>

DGIS (2018), Dirección General de Información en Salud, CUBOS, Secretaría de Salud

2018. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html)

INEGI (2016). Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). INEGI. Esperanza de vida al nacimiento/ Sexo y entidad federativa, 2010 a 2016.

Mercedes Juan, Alba Moguel Ancheita, Cuauhtémoc Valdés Olmedo, Eduardo González Pier, Gabriel Martínez González, Mariana Barraza Llorens, Nelly Aguilera Aburto, Silvia Trejo Rayón, Guillermo Soberón Acevedo, Julio Frenk Mora, Ignacio Ibarra Espinosa, Gabriel Manuell Lee, Roberto Tapia Conyer, Pablo Kuri Morales (2013), Carlos. Universalidad de los servicios de salud en México, Revista: salud pública de México / vol. 55, número especial, 2013. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0036-363420130006&lng=es&nrm=i](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0036-363420130006&lng=es&nrm=i)

OCDE (2016). Los Sistemas de Salud MÉXICO RESUMEN EJECUTIVO Y DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES 2016. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

OCDE (2017). Esperanza de vida en países de la OCDE. <https://imco.org.mx/temas/indice-una-vida-mejor-2017-via-ocde/>

OCDE (2017). Panorama del desempeño del sistema de salud de México. <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>

OMS (1978). Conferencia de Alma Ata. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

Secretaría de Salud (2010). Observatorio del desempeño hospitalario. [https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/110426\\_ODH2009.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/110426_ODH2009.pdf)

Soberón, G., de Witt-Greene, A., & Hernández Illescas, J. (1989). Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta. Salud Pública de México. may 29 [En línea] 31:3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2772737>