



Evaluación Específica de Desempeño de los Programas Presupuestarios Estatales con Recursos Federales del Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

Evaluación externa de desempeño, 2016



Evaluación Específica de Desempeño de los Programas Presupuestarios
Estatales con Recursos Federales del Ramo 33. Fondo de Aportaciones para
los Servicios de Salud (FASSA)
Evaluación externa de desempeño, 2016

Tipo de evaluación: Específica de Desempeño

Ejercicio anual: 2016

Fecha de publicación: Julio, 2017

Entidad evaluadora:

Dr. Hiram A. Ángel Lara

Investigadores:

Dr. Hiram Abel Ángel Lara, líder del equipo y coordinador.

Mtra. Ma. Azucena Salcido Ledezma, investigadora asociada

Subsecretaría de Planeación y Evaluación
Secretaría de Planeación, Administración y Finanzas
Gobierno del Estado de Jalisco
Magisterio 1499, primer piso, colonia Miraflores C.P. 44270
Guadalajara, Jalisco, México.

Citación sugerida:

Evaluación Específica de Desempeño de los Programas Presupuestarios Estatales con Recursos Federales del Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Evaluación externa de desempeño, 2016. México: 2017.

Disponible en: <http://seplan.app.jalisco.gob.mx/biblioteca>

Colección: Evaluaciones

Este documento fue homologado de acuerdo con los criterios de estilo institucional definidos para esta colección. El texto y los contenidos se mantienen como fueron entregados por su(s) autor(es).

DIRECTORIO

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Mtro. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz
Gobernador constitucional del Estado de Jalisco

Mtro. Héctor Rafael Pérez Partida
Secretario de Planeación, Administración y Finanzas
Presidente del Consejo Técnico Evalúa Jalisco

Mtra. Carolina Toro Morales
Subsecretaria de Planeación y Evaluación
Secretario ejecutivo del Consejo Técnico Evalúa Jalisco

Dra. Mónica Teresita Ballescá Ramírez
Directora general de Monitoreo y Evaluación
Secretaria técnica del Consejo Técnico Evalúa Jalisco

Consejo Técnico Independiente para la Evaluación de las Políticas Públicas de Jalisco (Consejo Técnico Evalúa Jalisco)

Representantes de instancias nacionales

Dr. Gonzalo Hernández Licona
Secretario ejecutivo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de
Desarrollo Social

Dra. Gabriela Pérez Yarahuán
Coordinadora general del Centro Regional de América Latina para el Aprendizaje
en Evaluación y Resultados

Lic. José Ángel Mejía Martínez del Campo
Titular de la Unidad de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Hacienda y
Crédito Público (invitado)

Norma Angélica Cabeza Esquivel
Unidad de Evaluación de la Gestión y el Desempeño Gubernamental de la
Secretaría de la Función Pública (invitado)

DIRECTORIO

Representantes de instancias académicas locales

Dr. Antonio Sánchez Bernal
Universidad de Guadalajara

Dr. Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Mtro. Alberto Bayardo Pérez Arce
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Dr. Freddy Ramón Mariñez Navarro
El Colegio de Jalisco

Dra. Nora Claudia Ampudia Márquez
Universidad Panamericana

Dr. Raúl Montalvo Corzo
Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey

Representantes de Gobierno de Jalisco e instancias públicas locales

Lic. Miguel Castro Reynoso
Secretario de Desarrollo e Integración Social

Dr. Hugo Michel Uribe
Subsecretario de Finanzas

Mtra. Lizana García Caballero
Directora General de Política Social

Mtro. Roberto Orozco Gálvez
Consejo Económico y Social del Estado de Jalisco

Equipo técnico

Dra. Mónica Ballezá Ramírez, directora general de Monitoreo y Evaluación
Mtro. Estuardo Gómez Morán, director de Evaluación de Resultados e Impacto
Mtra. Eva Susana Cárdenas Reynaga, coordinadora de Evaluación de Proyectos

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN.....	9
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO DEL OPD HCG CON CARGO AL FASSA 15	
OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	18
METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	20
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO.....	21
PROGRAMA PACIENTES SIN SEGURIDAD SOCIAL RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL (PP 184).....	22
I. ANÁLISIS DE LA LÓGICA VERTICAL Y HORIZONTAL DE LAS MATRICES	22
¿En qué medida la MIR del programa presupuestario es un instrumento eficiente para explicar la lógica causal del Programa?.....	22
¿En qué medida los indicadores de la MIR de los Pp son relevantes para medir el cumplimiento de objetivos?	26
¿En qué medida los objetivos previstos en las MIR de los Pp, contribuyen al logro de los objetivos de la MIR del fondo correspondiente?	27
II. ANÁLISIS DE LOS AVANCES PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS DE LOS Pp Y DE LAS METAS DEL FONDO CORRESPONDIENTE DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2016.....	29
¿En qué medida se han cumplido los objetivos (de Fin, Propósito y Componentes) de la MIR del Pp, a partir del análisis de cumplimientos de las metas?.....	30
¿En qué medida se han cumplido las metas del Programa a partir de otros indicadores no contenidos en la MIR?	32
¿En qué grado el cumplimiento de los objetivos de los Pp permite validar el cumplimiento de los objetivos de la MIR del fondo correspondiente?	33
III. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA Y EL PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS PARA LOS EJERCICIOS 2014-2016	33
¿Existe una definición y cuantificación pertinente de la población potencial, objetivo y atendida?.....	33
¿En qué medida la información sobre los resultados de los programas presupuestarios permite conocer la cobertura de sus poblaciones potencial y objetivo?.....	34
¿En qué grado la información sobre el ejercicio presupuestal permite conocer la eficiencia en el uso de los recursos públicos?.....	36
IV. ANÁLISIS FODA Y RECOMENDACIONES	37
V. CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	42
GLOSARIO DE TÉRMINOS	43
FICHA TÉCNICA DE LA EVALUACIÓN	45
ANEXOS	46
PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS	47

RESUMEN EJECUTIVO

En este documento se presenta la evaluación de desempeño de un programa presupuestario que ejerce recursos del Ramo 33 a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) en el Estado de Jalisco para el ejercicio fiscal del año 2016. El programa presupuestario en cuestión es: *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel* que tiene como unidad responsable al OPD Hospital Civil de Guadalajara (OPD HCG).

Los objetivos específicos de la evaluación fueron tres:

1. Validar las lógicas horizontal y vertical de los programas presupuestarios así como su relación con las MIR de los Fondos del Ramo 33.
2. Dimensionar el avance en el cumplimiento de las metas establecidas de los programas presupuestarios con recursos del Ramo 33 efectuados durante el ejercicio fiscal 2016, y
3. Determinar la evolución de la cobertura y el presupuesto de los programas para los ejercicios anuales anteriores.

Sobre el análisis de la validez de la lógica vertical, en términos generales, se obtuvo que la mayoría de los objetivos que corresponden a cada uno de sus niveles – Fin, Propósito y Componentes-, no cumplen con los criterios establecidos sobre la sintaxis, coherencia y claridad propuestos por la *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados* del Coneval (2013). Además, el nivel de actividades no formó parte de esta evaluación pues no fue parte del objeto de estudio, y los Supuestos, en general, no representan factores externos que deban cumplirse para el logro de los objetivos. Por lo tanto, no se pudo validar con suficiencia la lógica vertical del programa.

En cuanto a la validez de la lógica horizontal, se observó que ningún indicador propuesto resultó ser pertinente para medir el avance y cumplimiento de las metas u objetivos propuestos por en el programa presupuestario. Además, no cumplen con la sintaxis propuesta por el CONEVAL de mostrar una relación de dos variables que permitan hacer una comparación. Así, la lógica horizontal tampoco pudo ser validada.

Con relación al segundo objetivo, que corresponde al análisis de los avances para el cumplimiento de metas establecidas de los programas presupuestarios y de las metas del fondo correspondiente durante el ejercicio fiscal 2016, se identificó, por un lado, que en promedio las metas planteadas para sus indicadores no lograron el 100% de cumplimiento, sin embargo, tuvieron un desempeño óptimo, por encima del 95%, no obstante, se observó que ninguna de las unidades de medida refleja el logro efectivo de sus objetivos.

Finalmente, para el tercer objetivo se observó que, se carece de una definición suficiente de su población objetivo. Además, no se cuenta con información confiable sobre la cobertura real de la población atendida. Esto no permitió conocer la evolución de la cobertura del programa presupuestario evaluado. En cuanto a la asignación histórica del presupuesto, se observó que el programa refleja un decremento en su presupuesto ejercido del 2015 al 2016, a pesar de que el fondo FASSA ha incrementado su presupuesto de manera anual desde el 2014 al 2016. Aunque es importante mencionar que el monto de la reducción presupuestal de \$6,925,138.00 pesos del 2015 al 2016 equivale a la suma de los dos programas presupuestarios (185 y 186) que no pudieron evaluarse dado que la información de sus MIR no está disponible.

Es recomendable que se reelaboren o modifiquen los diseños de las MIR para el programa evaluado, con tal de que sea posible conocer los objetivos en cada uno de sus niveles y medir el grado de cumplimiento de los mismos. Asimismo, es recomendable que las fuentes de información proporcionadas sobre los avances financieros y programáticos permitan conocer los montos ejercidos para cada nivel de la MIR, Fin, Propósito y Componentes en los distintos momentos presupuestales, aprobado, modificado y ejercido.

INTRODUCCIÓN

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) tiene como principal objetivo aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud.¹

De acuerdo con la Secretaría de Salud Federal el objetivo del FASSA se lleva a cabo mediante:

- a) La implementación de mecanismos que apoyan las actividades de protección contra riesgos sanitarios
- b) La promoción de la salud y la prevención de enfermedades
- c) La mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud
- d) El abasto y entrega oportuna y adecuada de medicamentos

Además del cumplimiento de su objetivo principal la Secretaría de Salud Federal sostiene que el fondo busca que las entidades federativas consoliden sus sistemas estatales de salud, lo que a su vez coadyuvará al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y además se busca a través del fondo una mayor equidad en el gasto público otorgado a los estados de la federación.

Por otro lado, la Ley de Coordinación Fiscal en su artículo 29 establece que: con cargo a las aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan, los Estados y el Distrito Federal recibirán los recursos económicos que los apoyen para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3o., 13 y 18 de la Ley General de Salud les competan. Además, el artículo 30 de la misma ley señala que: el monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente.

En el estado de Jalisco el FASSA se ejerce por dos unidades responsables el Organismo Público Descentralizado Secretaría de Salud Jalisco (OPD SSJ) y el Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara (OPD HCG).

Durante el año 2016, periodo que corresponde a esta evaluación, en Jalisco el FASSA se ejerció a través de ocho programas presupuestarios (Pp), tres correspondientes al OPD HCG: *pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel (184)², la población jalisciense recibe promoción de la salud prospera, equitativa e incluyente y apoyo en programas de prevención de enfermedades que deterioran la salud (185) y profesionales de la salud reciben docencia, aprendizaje e Investigación Científica en materia de salud pública (186).*

Los otros cinco Pp del FASSA, correspondientes al OPD SSJ son: *ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud (182), impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud (193), mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona (190),*

¹ Fuente: Dirección General de Evaluación del Desempeño

<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

² Clave del Programa Presupuestario

³ Es importante destacar que el presupuesto modificado para el Pp 188 presentado en la tabla 1, corresponde al último

programas y proyectos de protección contra riesgos sanitarios (715) y, por último, reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad (188).

Tabla 1. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido 2016 por los OPD SSJ y HCG, por programa presupuestario del FASSA en Jalisco

Programa Presupuestario por unidad responsable*	Clave Pp	Suma de Aprobado	Suma de Modificado	Suma de Ejercido
O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara		\$589,802,140.00	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00
La población jalisciense recibe promoción de la salud prospera, equitativa e incluyente y apoyo en programas de prevención de enfermedades que deterioran la salud.	185	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00
Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel.	184	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00
Profesionales de la Salud reciben docencia, aprendizaje e Investigación Científica en materia de Salud Pública	186	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00
O.P.D. Servicios de Salud Jalisco		\$3,623,454,482.00	\$3,672,121,678.00	\$3,672,121,678.00
Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud	182	\$1,059,103,249.00	\$976,209,830.00	\$976,209,830.00
Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud	193	\$202,851,931.00	\$202,851,931.00	\$202,851,931.00
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona	190	\$438,796,021.00	\$494,597,539.00	\$494,597,539.00
Programas y Proyectos de Protección contra Riesgos Sanitarios	715	\$29,551,349.00	\$29,953,365.00	\$29,953,365.00
Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad	188	\$1,893,151,932.00	\$1,968,509,013.00 ³	\$1,968,509,013.00
Total general		\$4,213,256,622.00	\$4,261,923,818.00	\$4,261,923,818.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

*Cabe mencionar que para el año 2014, se encontró un Programa Presupuestario, el 269, con presupuesto asignado, pero no ejercido, cuya Unidad Responsable era la Secretaría de Infraestructura y Obra Pública y para el 2015 se encontró otro el 665, cuya Unidad Responsable era la Secretaría de Salud.

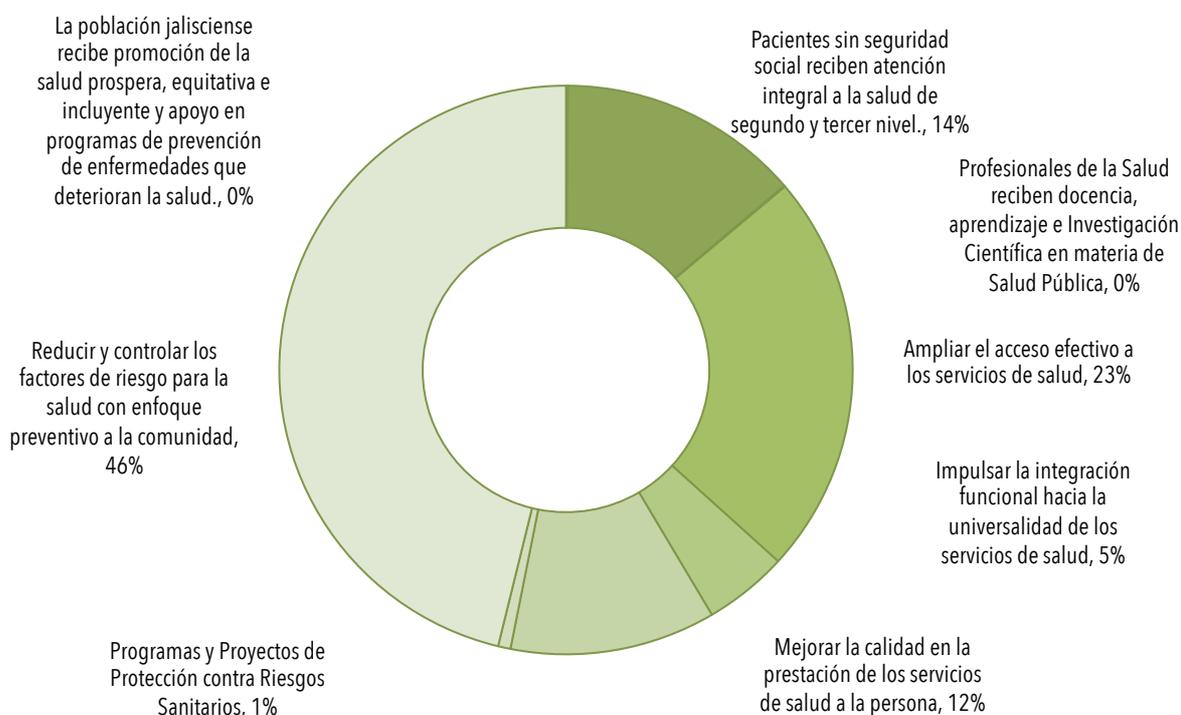
De acuerdo a la información proporcionada por la Subsecretaría de Planeación y Evaluación (SUBSEPLAN) del Gobierno Estatal, para el año 2016 el presupuesto modificado para el FASSA fue de \$4, 261, 923,818.00 pesos, mismo que fue ejercido en su totalidad. Si observamos el presupuesto por unidad responsable, al OPD HCG se le asignó una cantidad considerablemente menor, tan solo el 14% del presupuesto total para el fondo, con respecto al 86% del presupuesto asignado a la OPD SSJ. El OPD SSJ cuenta con dos programas presupuestarios más que el OPD HCG y a dos de sus programas se le asignó más del 60% del presupuesto, por lo tanto, a los otros tres sólo el 40%. Los programas con mayor asignación del OPD SSJ son: *Ampliar el acceso*

³ Es importante destacar que el presupuesto modificado para el Pp 188 presentado en la tabla 1, corresponde al último archivo recibido para realizar la evaluación denominado "Cierre FONDOS FEDERALES 2016_procesado", sin embargo, previamente en el archivo denominado "Avance Financiero 2014_2016" el monto del presupuesto modificado era de \$1, 919, 935,213.00, lo que revela un incremento en el presupuesto modificado de poco más de 48 millones de pesos.

efectivo a los servicios de salud y reducir y Controlar los factores de riesgo para la salud con un enfoque preventivo a la comunidad.

La distribución presupuestal de la siguiente gráfica nos permite visualizar en cuáles programas presupuestarios del FASSA se ejerció el mayor y menor presupuesto. Existen dos Pp en los que se ejerció poco menos del 0.11% del presupuesto: *la población jalisciense recibe promoción de la salud próspera [...]*, y *profesionales de la salud reciben docencia[...]*; ambos programas bajo la responsabilidad del OPD HCG. En contraste, el 46% del presupuesto se ejerció en el Pp *reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad*. El segundo Pp más fuerte en términos de monto presupuestal ejercido, fue el de *ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud*, pues recibió el 23% del mismo, por otro lado, el Pp del OPD HCG denominado *pacientes sin seguridad social [...]*, recibió el 13.67% del presupuesto, el tercer Pp con mayor presupuesto destinado, esto significa que el OPD HCG ejerció tan solo poco más del 13.84% del total del FASSA.

Gráfica 1. Distribución del presupuesto ejercido para el FASSA 2016 por programa presupuestario



Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

Tabla 2. Distribución del presupuesto aprobado, modificado y ejercido por fuente de financiamiento para el FASSA 2016

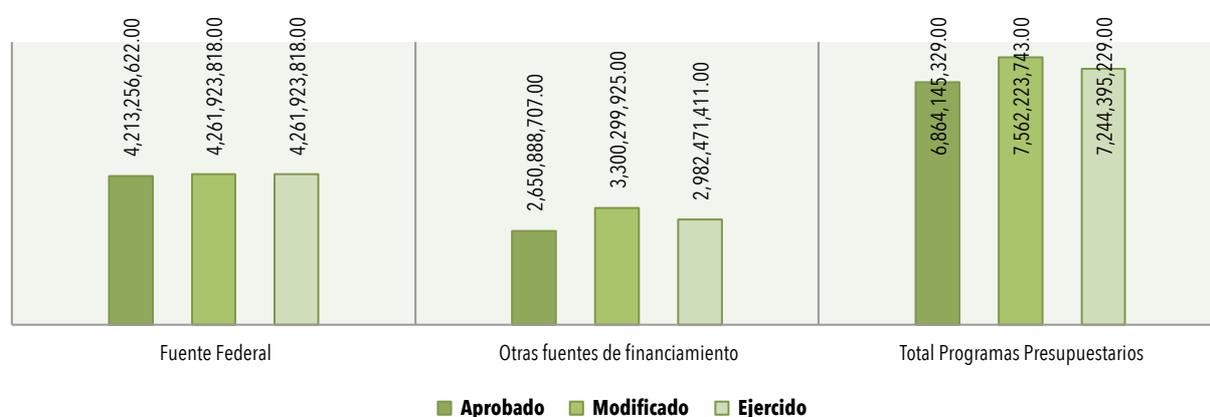
Fuentes de financiamiento	Aprobado	Modificado	Ejercido
Fuente Federal	4,213,256,622.00	4,261,923,818.00	4,261,923,818.00
Otras fuentes de financiamiento	2,650,888,707.00	3,300,299,925.00	2,982,471,411.00*
Total Programas Presupuestarios**	6,864,145,329.00	7,562,223,743.00	7,244,395,229.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

*Nota: el monto ejercido de otras fuentes de financiamiento corresponde hasta el tercer trimestre del año 2016.

**Nota: esta tabla contempla únicamente los seis Programas Presupuestarios sujetos a evaluación (182, 184, 188, 190, 193 y 715)

Gráfica 2. Distribución del presupuesto aprobado, modificado y ejercido por fuente de financiamiento para el FASSA 2016



Además del presupuesto Federal el FASSA contó en 2016 con otras fuentes de financiamiento, lo que eleva su presupuesto modificado de \$4, 261, 923,818.00 (fuente Federal) a poco más de 7,500 millones de pesos (incluyendo otras fuentes), cifra muy similar al presupuesto que se ejerció durante el 2016. Las otras fuentes de financiamiento representan aproximadamente el 40% del total del presupuesto del FASSA para 2016. Cabe mencionar que en esta evaluación solo se considera el presupuesto aprobado, modificado y ejercido de la fuente Federal.

Tabla 3. Presupuesto OPD SSJ y OPD HCG con cargo al FASSA, Ejercicio fiscal 2014 a 2016

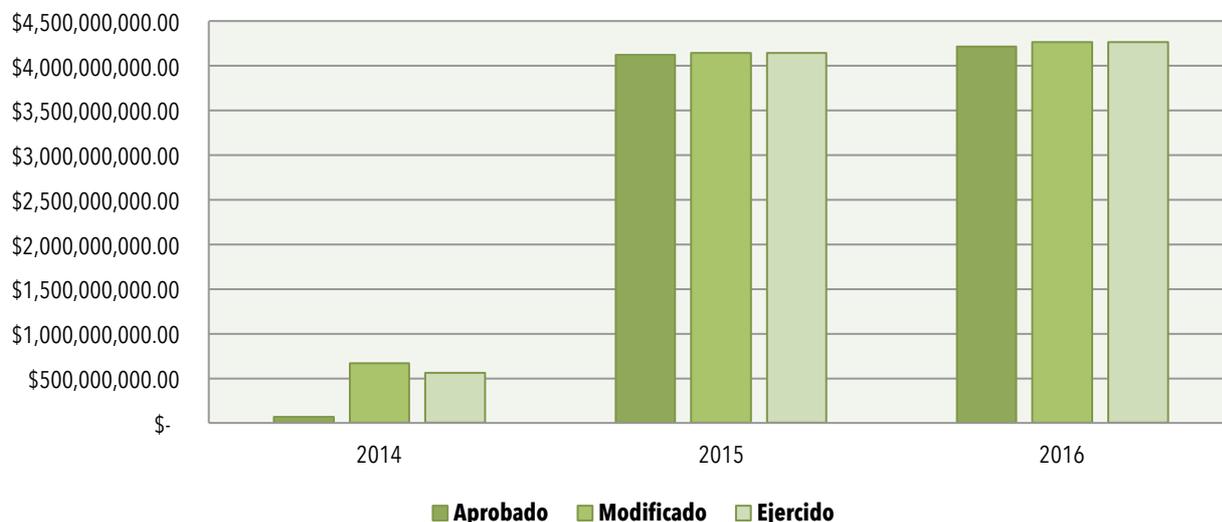
Año	Aprobado	Modificado	Ejercido
2014	\$69,656,911.32	\$666,881,704.32	\$561,716,324.00
2015	\$4,121,004,000.00	\$4,143,327,292.93	\$4,143,327,292.91
2016	\$4,213,256,622.00	\$4,261,923,818.00	\$4,261,923,818.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que el FASSA ha incrementado su presupuesto desde el 2014 al 2016, ya que el presupuesto pasó de \$561, 716,324.00 de pesos ejercidos al cierre del 2014, a más de 4 mil millones aprobados para el 2016. En el año 2014 se registró un aumento

importante del presupuesto aprobado al ejercido de \$69,656,911.32 de pesos a \$666,881,704.32 de pesos, aunque la mayor parte del presupuesto se presupuesta y se ejerce en el OPD SSJ.

Gráfica 3. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido para el FASSA, Ejercicio fiscal 2014 a 2016



Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

La evaluación de desempeño presentada en este documento corresponde a uno de los seis programas presupuestarios susceptibles de evaluación que ejercen recursos del Ramo 33 a través del FASSA, es decir el único Pp bajo responsabilidad del OPD HCG que se pudo evaluar de acuerdo a la información disponible: *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel.*

En la información financiera recibida para la evaluación se encontró que en el año 2016 el fondo contó con ocho Pp, de los cuales solo seis son susceptibles de evaluación, ya que la información programática entregada por la Dirección de Programación y Presupuesto no mostraba información de las MIR de los programas 185 y 186 aunque a nivel de dependencia si se cuenta con ellas.

Además de lo anterior, para el año 2014 se halló en la información financiera otro Pp, el 269 del que tampoco se encontró la MIR correspondiente y para el 2015 se encontró otro, el 665 en la misma situación en cuanto a la MIR. De tal modo que del 2014 al 2016 el FASSA ha tenido diez programas presupuestarios en distintos años.

Tabla 4. Programas presupuestarios del FASSA sujetos a evaluación

Programa presupuestario	Clave Pp	Unidad Responsable
Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel.	184	O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara
Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud	182	O.P.D. Servicios de Salud Jalisco
Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud	193	
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona	190	
Programas y Proyectos de Protección contra Riesgos Sanitarios	715	
Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad	188	

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO DEL OPD HCG CON CARGO AL FASSA

En el estado de Jalisco el FASSA es ejercido por dos unidades responsables, el OPD Servicios de Salud Jalisco y el OPD Hospital Civil de Guadalajara. Durante el año 2016, periodo que corresponde a esta evaluación, el programa presupuestario a cargo del OPD Hospital Civil de Guadalajara susceptible de evaluación fue: *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*(184).

Este programa presupuestario *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*(184), tiene como objetivo general (objetivo a nivel Fin de la MIR), "Contribuir a mejorar la salud de los habitantes del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara".

A continuación, se muestra el presupuesto aprobado, modificado y ejercido por programa presupuestario del OPD HCG con cargo al FASSA para el 2016 y el histórico 2014-2016.

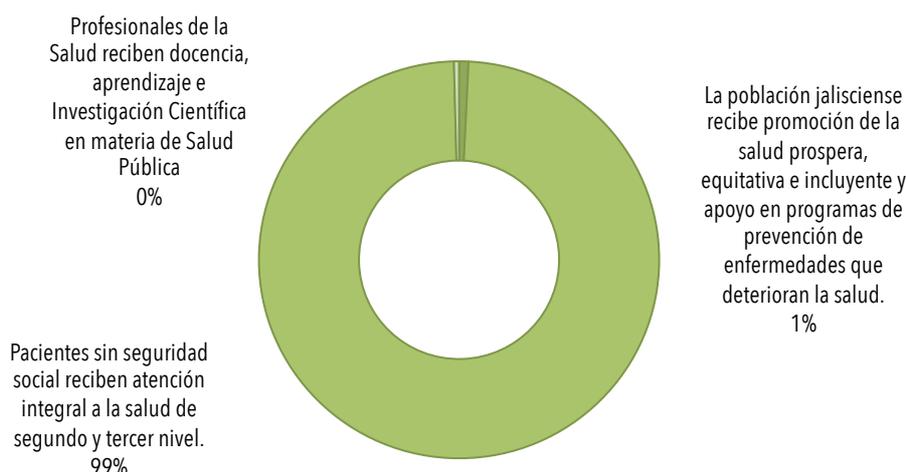
Tabla 5. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido por programa presupuestario del FASSA correspondientes al OPD HCG 2016

Programa Presupuestario por unidad responsable	Clave Pp	Suma de Aprobado	Suma de Modificado	Suma de Ejercido
O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara				
La población jalisciense recibe promoción de la salud prospera, equitativa e incluyente y apoyo en programas de prevención de enfermedades que deterioran la salud.	185	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00
Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel.	184	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00
Profesionales de la Salud reciben docencia, aprendizaje e Investigación Científica en materia de Salud Pública	186	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00
Total general para el OPD HCG		\$589,802,140.00	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

El programa presupuestario que más recursos ejerció durante el 2016 fue: *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*(184), que está sujeto a evaluación. Los otros dos programas del FASSA a cargo del OPD HCG que aparecen en la información financiera ejercieron en 2016 de manera conjunta poco más del 1% del presupuesto total del FASSA para el OPD HCG. Es decir, la cantidad de presupuesto que ejercen es mínima con respecto a lo ejercido por el Pp 184, sin embargo, no es menor dado que se trata de casi 7 millones de pesos.

Gráfica 4. Distribución de los Pp del OPD HCG con cargo al FASSA, Ejercicio fiscal 2016



Fuente: elaboración propia a partir de la información proporcionada para la evaluación

A continuación, se presenta un análisis histórico de los ejercicios presupuestales de 2014 a 2016, presupuesto aprobado, modificado y ejercido, por programa presupuestario del FASSA a cargo de la unidad responsable OPD HCG.

Tabla 6. Presupuesto del FASSA para el Pp. 184 Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel

Año	Aprobado	Modificado	Ejercido
2015	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00
2016	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

El programa presupuestario *pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*, es uno de los tres Pp a cargo del OPD HCG y el único sujeto a evaluación. La gráfica anterior nos permite observar una disminución presupuestal del 2015 al 2016 de alrededor de 7 millones de pesos.

Tabla 7. Presupuesto del FASSA para el Pp. 185 La población jalisciense recibe promoción de la salud prospera, equitativa e incluyente y apoyo en programas de prevención de enfermedades que deterioran la salud

Año	Aprobado	Modificado	Ejercido
2016	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00	\$4,504,598.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

El programa presupuestario la población jalisciense recibe promoción de salud próspera, equitativa e incluyente y apoyo en programas de prevención de enfermedades que deterioran la salud, es uno de los dos Pp del FASSA a cargo del OPD HCG que no son objeto de esta

evaluación. No hay información de este programa para los años 2014 y 2015. En el 2016 se ejercieron \$4, 504,598.00

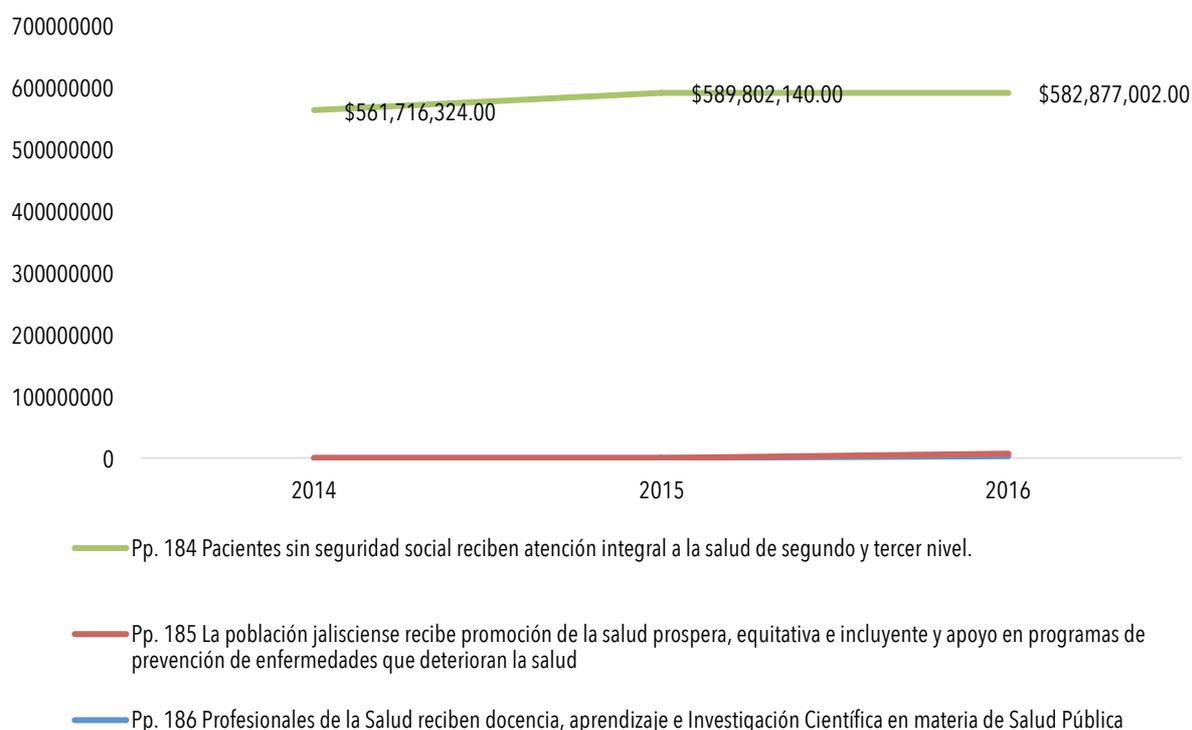
Tabla 8. Presupuesto del FASSA para el Pp.186 Profesionales de la Salud reciben docencia, aprendizaje e Investigación Científica en materia de Salud Pública

Año	Aprobado	Modificado	Ejercido
2016	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00	\$2,420,540.00

Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

El programa presupuestario *profesionales de la salud reciben docencia, aprendizaje e investigación científica en materia de salud pública*, es otro de los Pp del FASSA a cargo del OPD HCG que no están sujetos a evaluación. No se encontró información de este Pp para el 2014 o 2015 y en el 2016 se ejercieron \$2, 420,540.00 pesos.

Gráfica 5. Presupuesto ejercido por Pp del OPD HCG con cargo al FASSA, Ejercicios fiscales 2014-2016



Fuente: elaboración propia con base en la información financiera proporcionada para la evaluación.

En el gráfico anterior se muestra de manera más clara la evolución presupuestal de los programas presupuestarios del OPD HCG con cargo al FASSA del 2014 al 2016, a partir de los datos se puede inferir que la reducción presupuestal del Pp 184 *pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*, se debe a una reasignación presupuestal hacia los otros dos Pp del FASSA a cargo del HCG (185 y 186) que no son parte de esta evaluación.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Objetivo general

Determinar el avance en el cumplimiento de metas y objetivos de los programas presupuestarios financiados con recursos del Ramo 33 en el ejercicio 2016.

Objetivos Específicos

1. Validar las lógicas horizontal y vertical de las MIR de los programas presupuestarios, así como su relación con las MIR de los Fondos del Ramo 33.
2. Dimensionar el avance en el cumplimiento de las metas establecidas de los programas presupuestarios con recursos del Ramo 33 efectuados durante el ejercicio fiscal 2016, así como del Fondo correspondiente
3. Determinar la evolución de la cobertura y el presupuesto de los programas para los ejercicios anuales anteriores.

Preguntas de investigación

Para cumplir con los objetivos de investigación, se plantearon las siguientes preguntas:

Tabla 9. Objetivos y preguntas de investigación

Objetivo	Preguntas de investigación
Validar las lógicas horizontal y vertical de las MIR de los programas presupuestarios, así como su relación con las MIR de los Fondos del Ramo 33	1) ¿En qué medida la MIR del Pp es un instrumento eficiente para explicar la lógica causal del fondo mismo? (Lógica vertical)
	2) ¿En qué medida los indicadores de las MIR de los Pp son relevantes para medir el cumplimiento de objetivos? (Lógica horizontal)
	3) ¿En qué medida los objetivos previstos en las MIR de los Pp, contribuyen al logro de los objetivos de la MIR del Fondo correspondiente?
Dimensionar el avance en el cumplimiento de las metas establecidas de los programas presupuestarios con recursos del Ramo 33 efectuados durante el ejercicio fiscal 2016, así como del Fondo correspondiente	1) ¿En qué medida se han cumplido los objetivos (de Fin, Propósito y Componentes) de la MIR del Pp, a partir del análisis de cumplimientos de las metas?
	2) ¿En qué medida se han cumplido las metas del Programa a partir de otros indicadores no contenidos en la MIR?
	3) ¿En qué grado el cumplimiento de los objetivos de los Pp permite validar el cumplimiento de los objetivos de la MIR del fondo correspondiente?
Determinar la evolución de la cobertura y el presupuesto de los programas para los ejercicios anuales anteriores	1) ¿Existe una definición y cuantificación pertinente de la población potencial, objetivo y atendida?
	2) ¿En qué medida la información sobre los resultados de los programas presupuestarios permite conocer la cobertura de sus poblaciones potencial y objetivo?
	3) ¿En qué grado la información sobre el ejercicio presupuestal permite conocer la eficiencia en el uso de los recursos públicos?

Fuente: elaboración propia con base en los Términos de Referencia de la Evaluación

Las respuestas a cada una de las preguntas de investigación son problematizaciones analíticas construidas a partir de la evidencia de cada programa presupuestario evaluado; en este sentido, para cada pregunta de investigación se define una valoración cuantitativa que resume la revisión y análisis hecho, y que permite obtener una valoración sintética acerca de la suficiencia de los elementos que cumple el programa; para esto, se usa la escala *likert* de cuatro grados, en la que 1 equivale a un cumplimiento insuficiente de los criterios de evaluación y 4 equivale a un cumplimiento suficiente de los criterios definidos para la evaluación de cada objetivo.

En las secciones que corresponden a cada programa presupuestario, se presenta una descripción de los elementos que llevan a responder las preguntas de investigación y que justifican la valoración cuantitativa resultante.

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La propuesta metodológica para cumplir con los objetivos de evaluación siguió un enfoque de investigación predominantemente cualitativo, de un alcance descriptivo, con fuentes de información indirectas y con técnicas de investigación no experimentales, principalmente con fuentes documentales.

El análisis fue complementado con elementos cuantitativos en dos sentidos, por un lado, para responder a los niveles de suficiencia de cada una de las preguntas de investigación, y por el otro, para analizar el uso de los recursos; sin embargo, no se considera un análisis mixto ya que la evaluación se realiza para cada programa presupuestario, es decir, se presentan los resultados a detalle para cada caso o unidad de análisis, y no para el conjunto de los programas presupuestarios, lo que supone un análisis predominantemente cualitativo.

La investigación tiene un alcance descriptivo ya que se caracteriza a cada programa presupuestario señalando sus propiedades y aspectos más destacados; y no busca explicar al fenómeno o identificar relaciones causales entre dos o más variables de los programas públicos.

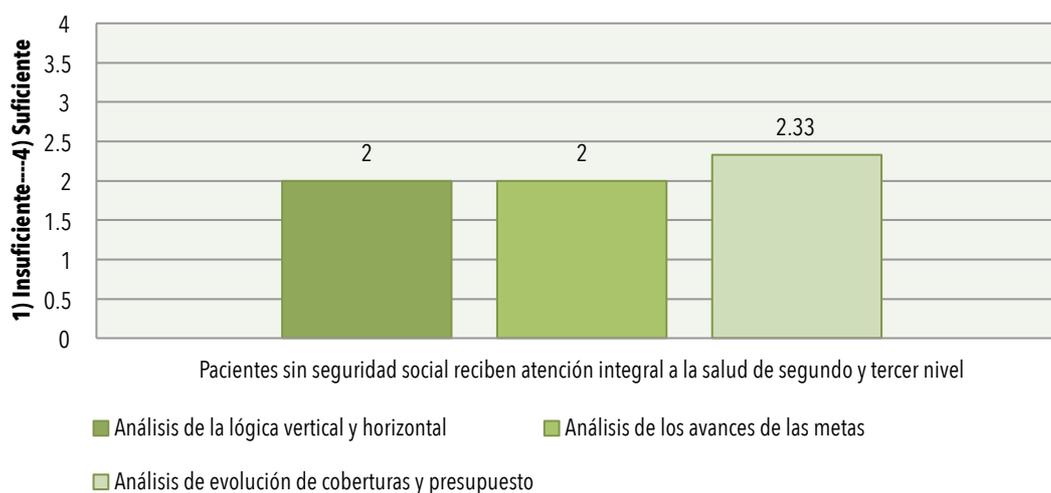
Las fuentes de información fueron: 1) avances programáticos y financieros de cada programa presupuestario; 2) Cierres financieros y programáticos para cada programa presupuestario. Adicionalmente, durante algunas partes del análisis se pueden observar explicaciones detalladas de los parámetros de medición utilizados para analizar el programa presupuestario en el aspecto específico que se está tocando en cuestión.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO

Este apartado tiene como propósito describir los hallazgos obtenidos de la revisión y análisis realizado del programa presupuestario que corresponde a la unidad responsable en revisión. Los resultados del programa presupuestario se muestran en cinco apartados, los primeros tres corresponden al análisis a partir de las preguntas de investigación planteadas en los tres objetivos de la misma, el cuarto apartado se presenta el análisis FODA y el quinto las conclusiones y recomendaciones del programa presupuestario.

Como ya ha sido señalado en la sección de objetivos del presente documento, el resultado de cada pregunta se presenta en una escala del 1 al 4 según su nivel de suficiencia. En la siguiente gráfica se presenta el puntaje promedio obtenido para el programa presupuestario en los tres objetivos específicos de la evaluación.

Gráfica 6. Puntaje promedio obtenido del programa presupuestario del FASSA a cargo del OPD HCG



Fuente: elaboración propia.

PROGRAMA PACIENTES SIN SEGURIDAD SOCIAL RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL (PP 184).

I. ANÁLISIS DE LA LÓGICA VERTICAL Y HORIZONTAL DE LAS MATRICES

Lógica vertical

¿EN QUÉ MEDIDA LA MIR DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO ES UN INSTRUMENTO EFICIENTE PARA EXPLICAR LA LÓGICA CAUSAL DEL PROGRAMA?

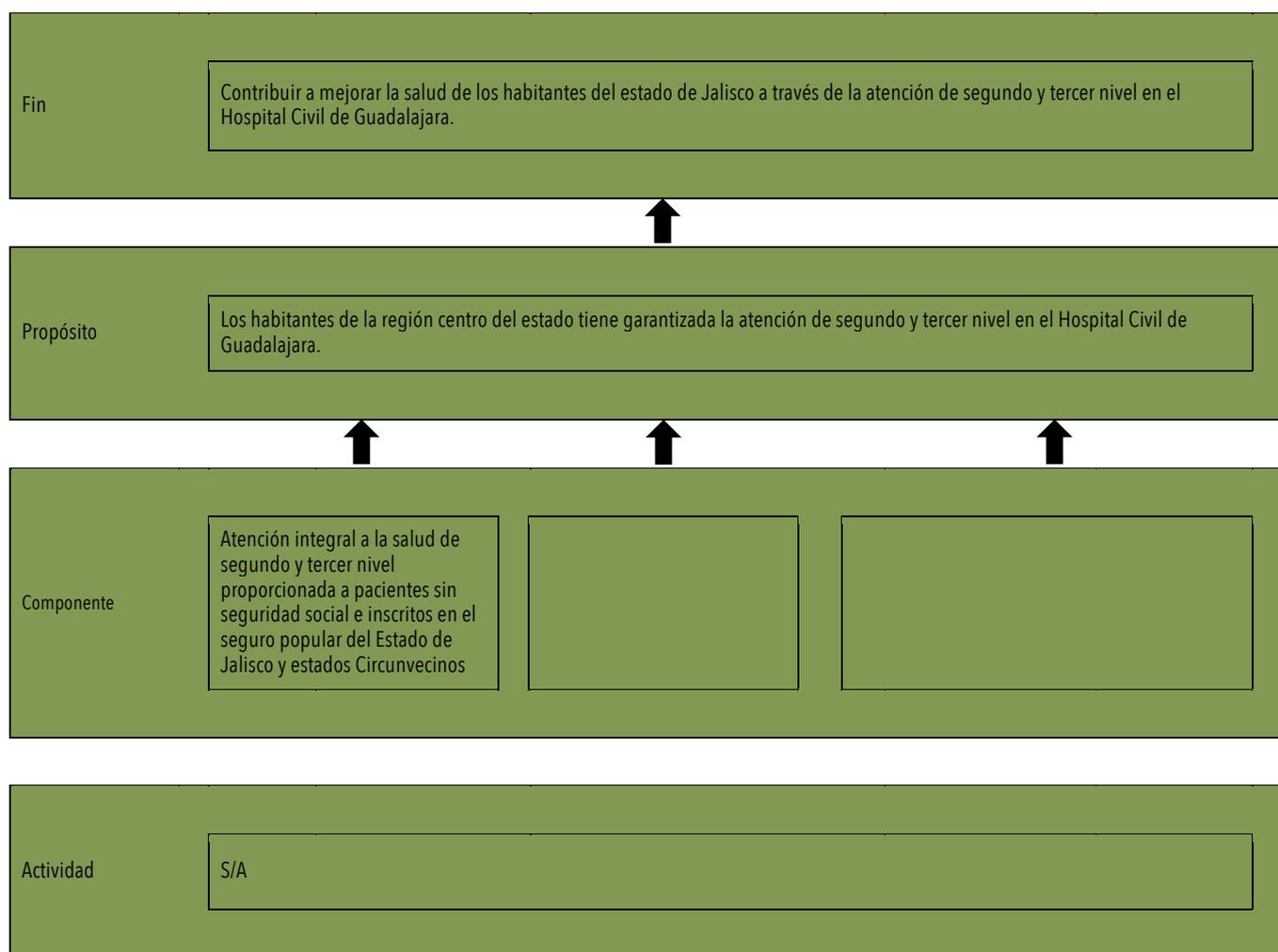


Resúmenes narrativos

Como se mencionó anteriormente el FASSA se opera a través de dos entidades del Gobierno del Estado de Jalisco, el OPD SSJ y el OPD HCG, específicamente por medio de ocho Pp, de los cuales seis de ellos son sujetos a evaluación, en los que se analizará y validará la lógica vertical y horizontal de sus Matrices de Indicadores para Resultados (MIR).

De acuerdo con la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados de Coneval (2013) para el análisis de la lógica vertical deberá verificarse la combinación de las relaciones de causalidad entre los cuatro niveles de los objetivos y los supuestos: Fin, Propósito, Componente y Actividades, sin embargo, cabe mencionar que en las MIR del Pp del FASSA el análisis se llevó sólo para los niveles de Fin, Componente y Propósito, ya que el nivel de actividades no formó parte de esta evaluación.

Tabla 10. Resumen narrativo de la MIR del programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel



Fuente: elaboración propia a partir de la información proporcionada por la SEPAF

De acuerdo a la *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados* de Coneval (2013), en la primera columna de la matriz se presenta el resumen narrativo, el cual debe contener los objetivos que persigue el programa en cuatro distintos niveles denominados fin, propósito, componentes y actividades.

La MIR del Pp presenta únicamente un Componente “Atención integral a la salud de segundo y tercer nivel proporcionada a pacientes sin seguridad social e inscritos en el seguro popular del Estado de Jalisco y estados Circunvecinos”, se encuentra bien redactado, sin embargo no detalla claramente a qué se refiere “atención integral de segundo y tercer nivel⁴, es decir con el tipo específico de servicios entregados, ya que estos pueden ser amplios y diversos por lo que la

⁴ En salud se definen tres niveles de atención: primer, segundo y tercero. En el segundo nivel de atención, de acuerdo con Julio (2011) et al, están los hospitales y espacios de salud donde se “prestan servicios relacionado a la atención de medicina interna, pediatría, gino-obstétrica, cirugía general y psiquiatría”; en eltercer nivel se reserva la atención a las “patologías complejas que requieren procedimientos especializados de alta tecnología”, (Julio, Vignolo& Mariela Vacarezza, CeciliaÁlvarez, Alicia Sosa (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud”, en Prensa Médica Latinoamericana, XXXIII(1):11-14, Uruguay. Consultado el 31 de marzo de 2017 en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>, pp 11-14)

redacción es muy general. La relación entre el componente y el propósito no queda del todo clara, ya que en el componente se señala a la atención de salud proporcionada a pacientes en el Estado de Jalisco y estados circunvecinos, pero en el propósito se menciona únicamente a la región centro del Estado, específicamente en el Hospital Civil de Guadalajara (HCG), aunque la población objetivo del propósito está implícita en el componente, aún resulta poco claro y no delimitada a la misma población que se especificó en el componente, ya que éste subraya que debe tratarse de pacientes sin seguridad social e inscritos en el seguro popular y esto no es mencionado con la misma precisión en el propósito.

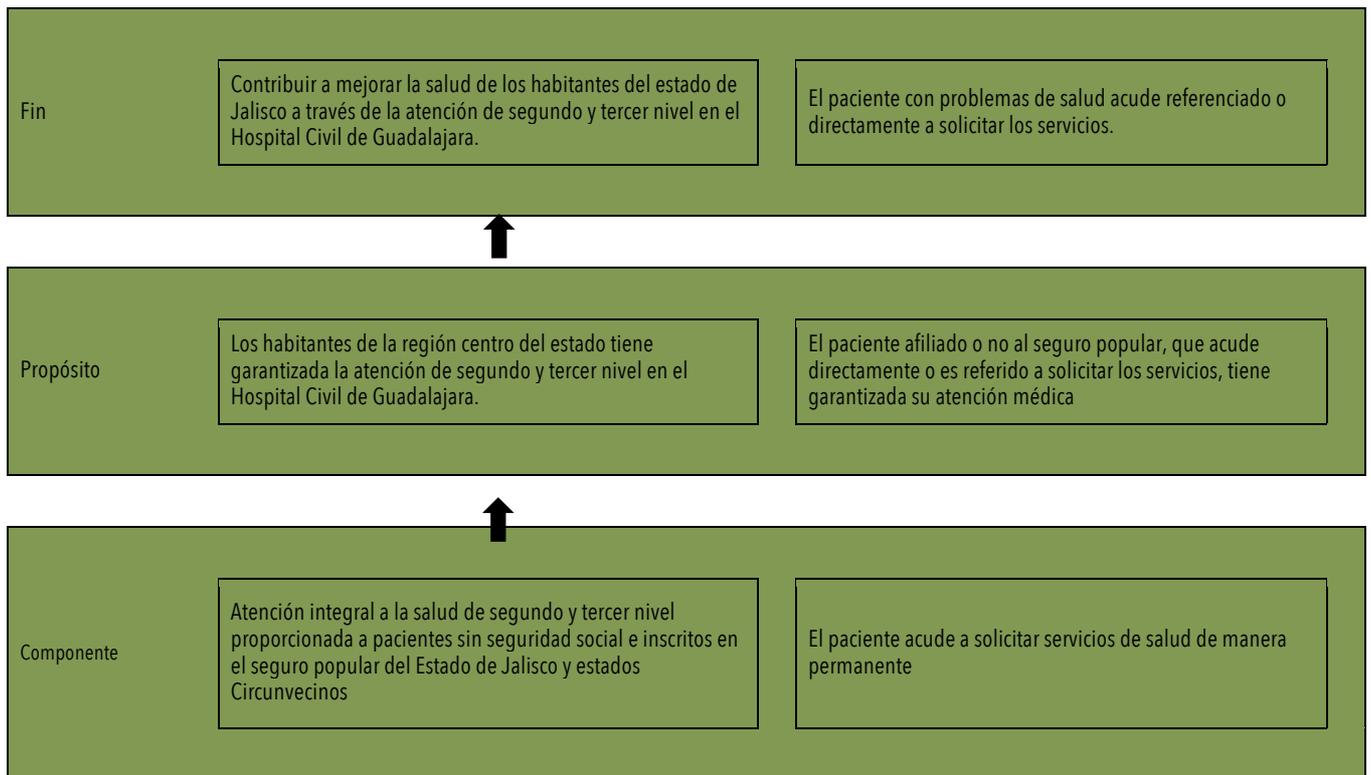
El Propósito “los habitantes de la región centro del estado tiene garantizada la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara” presenta una redacción adecuada ya que integra a la población objetivo con el efecto deseado que en este caso es la garantía de la atención de segundo y tercer grado en el HCG, además presenta una contribución al logro del fin, sin embargo se genera duda sobre la población objetivo, ya que sólo se refiere a los habitantes de la región centro, excluyendo a los del resto del estado que se señalaron en el componente.

El objetivo a nivel de Fin: “Contribuir a mejorar la salud de los habitantes del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara” está redactado de acuerdo a lo recomendado por la Guía del Coneval, sin embargo, si la población objetivo del Propósito son los habitantes de la región centro del estado, entonces quizás convendría cambiar la redacción a “Contribuir a mejorar la salud de los habitantes de la región centro del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara”, o bien cambiar el propósito para que se señalara a los “habitantes del Estado de Jalisco”.

Supuestos

En el análisis también es necesario verificar la relación de los supuestos en cada uno de los niveles de la MIR, los que se definen como los factores externos que están fuera del control del programa, pero que inciden en el logro de los objetivos de éste; su contribución para la MIR en la gestión de programas es la identificación de los riesgos externos al control del programa que comprometen el logro de un objetivo. Es necesario que los riesgos se expresen como situaciones que tienen que cumplirse para que se alcance el siguiente nivel en la jerarquía de objetivos.

Tabla 11. Supuestos de la MIR del programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel



Fuente: elaboración propia a partir de la información del programa

Los supuestos correspondientes al objetivo del Fin serán aquellas situaciones que deben ocurrir para la sustentabilidad de los beneficios generados por el programa a largo plazo. En la MIR del Pp analizado los supuestos a nivel Fin son: “El paciente con problemas de salud acude referenciado o directamente a solicitar los servicios”, si bien puede ser cierto que el hecho de que un paciente enfermo acuda o no a los servicios de salud es ajeno a la entidad, debe quedar claro que el supuesto del Fin debe señalar un hecho que afecte el objetivo del alcance de la contribución del programa a un objetivo nacional, estatal o sectorial, en este caso el HCG es el medio por el que tal objetivo debe lograrse, por lo que el supuesto de fin debería ser relacionado con un asunto externo al medio que provisiona el bien o servicio y que afecta la atención de segundo y tercer nivel.

En el nivel de Propósito el supuesto es: “El paciente afiliado o no al seguro popular, que acude directamente o es referido a solicitar los servicios, tiene garantizada su atención médica”, en primer lugar este supuesto es similar al del fin, en segundo no hace referencia a un acontecimiento que tenga un efecto sobre el alcance del programa que es “garantizar la atención”, como podría ser no se trasladan en tiempo y forma los recursos necesarios (personal, dinero, instrumentos) para que se garantice la atención, que sí sería un riesgo eminentemente externo.

A nivel de Componente el supuesto se describe así “El paciente acude a solicitar servicios de salud de manera permanente”, nuevamente se asume el mismo riesgo externo que pare el nivel de Propósito y de Fin, pero no se trata de riesgos que afecten a la producción o entrega de los

bienes y servicios del programa, por lo que el “paciente” no es un agente externo que afecte la provisión del bien/servicio, sino que más bien se esperaría que hubiera un factor que imposibilitara la atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, como podría ser el aumento en el costo de insumos, medicamentos, etcétera.

Lógica horizontal

¿En qué medida los indicadores de la MIR de los Pp son relevantes para medir el cumplimiento de objetivos?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

Indicadores

La *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados* de Coneval (2013) señala que la lógica horizontal de la MIR es el conjunto de objetivos–indicadores–medios de verificación que permiten tener una base objetiva para monitorear y evaluar el comportamiento del programa. Un indicador es pertinente cuando a través de él se puede medir el cumplimiento del objetivo del que se trate y éste (objetivo) también es pertinente para el fin de Pp.

Tabla 12. Estructura de la MIR del programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel (Indicadores)

Nivel	Resumen narrativo	Indicador	¿El indicador es pertinente para medir el cumplimiento del objetivo en su dimensión de análisis?
FIN	Contribuir a mejorar la salud de los habitantes del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara.	Porcentaje de cobertura de pacientes del Estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	El objetivo podría ser pertinente el indicador no
PROPÓSITO	Los habitantes de la región centro del estado tiene garantizada la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara.	Porcentaje de cobertura de pacientes de la región centro del estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	Ni el objetivo ni el indicador son pertinentes
COMPONENTES	Atención integral a la salud de segundo y tercer nivel proporcionada a pacientes sin seguridad social e inscritos en el seguro popular del Estado de Jalisco y estados Circunvecinos	Porcentaje de pacientes satisfechos (puntaje >89 de satisfacción global) que recibieron atención con calidad.	Ni el objetivo ni el indicador son pertinentes

Fuente: elaboración propia a partir de la información del programa

En el caso del Pp sujeto a análisis, se encontró que el indicador en el nivel de Fin “Porcentaje de cobertura de pacientes del Estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG”, no permite verificar de manera adecuada la mejora a la salud de los habitantes del Estado de Jalisco por ser un objetivo fuera del alcance de la dependencia, aunque, por otra

parte se expresa que dicho objetivo se logrará a través de la atención de segundo y tercer nivel, lo que realmente importa conocer es si el efecto deseado en la población objetivo se logró.

En el nivel de propósito el indicador es "Porcentaje de cobertura de pacientes de la región centro del estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG" tiene relación con el objetivo del propósito en cuanto a la atención de salud, sin embargo, es medido respecto a la población total de la región centro, discriminando a otras regiones del Estado de Jalisco, un contraste más adecuado, en la medida de las posibilidades, sería contra quienes no reciben atención en la misma región para medir adecuadamente el cambio generado por el programa.

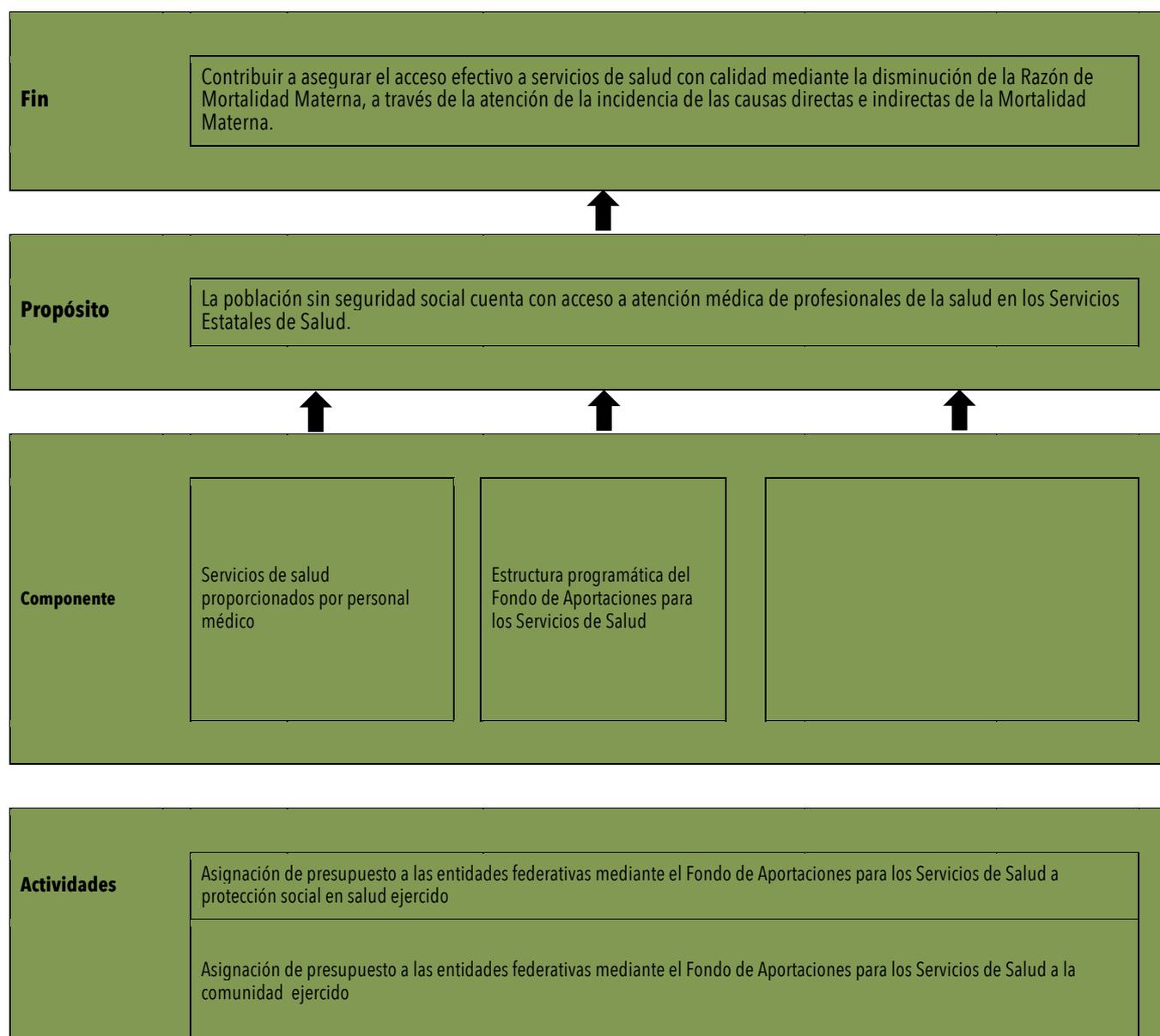
Para el componente de este programa el indicador es "Porcentaje de pacientes satisfechos (puntaje >89 de satisfacción global) que recibieron atención con calidad", no queda clara la razón por la cual se está midiendo la atención a la salud proporcionada a pacientes sin seguridad social e inscritos al seguro popular a través de un porcentaje de satisfacción con el valor de mayor a 89, es decir por medio de la calidad del servicio, sería más pertinente saber a cuántos pacientes sin seguridad social e inscritos al seguro popular se les proveyó el servicio además de poder conocer el dato de los estados circunvecinos que se menciona en el objetivo.

Contribución al fondo federal correspondiente

¿EN QUÉ MEDIDA LOS OBJETIVOS PREVISTOS EN LAS MIR DE LOS PP, CONTRIBUYEN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA MIR DEL FONDO CORRESPONDIENTE?



Tabla 13. Estructura de la MIR Federal del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) 2016 (Resúmenes narrativos)



Fuente: elaboración propia a partir de la información obtenida de la

El objetivo en el nivel Fin del programa *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel* se describe así: contribuir a mejorar la salud de los habitantes del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara. En contraste el objetivo a nivel fin de la MIR Federal tiene como objetivo el de contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la “disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna”, a simple vista podría pensarse que no existe una relación directa entre ambos fines pero si la hay en tanto que la atención a la salud materna corresponde a atención de segundo o tercer nivel, es decir, el FIN del fondo federal puede estar incluido en el FIN del Pp, sin embargo la generalidad del objetivo del Fin a nivel Pp hace muy complicado identificar total coincidencia.

En cuanto al propósito el programa refiere que: los habitantes de la región centro del estado tiene garantizada la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara, aunque podría existir cierta coincidencia con el objetivo del propósito de la MIR Federal, en realidad se refieren a poblaciones objetivo distintas, ya que el programa se dirige a la población de la región centro del estado de manera general y la MIR Federal puntualiza sobre las personas sin seguridad social aunque se señalar que la misión de la dependencia es la atención de todas aquellas personas que requieran atención médica, independientemente de su condición de seguridad social.

El primer Componente de la MIR Federal señala como objetivo “servicios de salud proporcionados por personal médico”, por otro lado, el Componente de la MIR del Pp tiene que ver con “atención integral a la salud de segundo y tercer nivel...”. Se puede inferir que dicha atención integral será brindada por el personal médico, por lo que, aunque no coincide de manera exacta en la redacción, se puede decir que guardan cierto nivel de relación. El segundo Componente y las Actividades de la MIR federal están claramente dirigidos a su población objetivo que son las entidades federativas, por lo tanto, no es posible hacer una comparación válida ya que el programa presupuestal, que es gestionado y operado por las entidades federativas, tendría que indicar la atención directa de su población objetivo.

II. ANÁLISIS DE LOS AVANCES PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS DE LOS PP Y DE LAS METAS DEL FONDO CORRESPONDIENTE DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2016

El análisis de los avances en el cumplimiento de las metas establecidas se realizará a partir de la evaluación de los Indicadores Estratégicos (IE) y de los Indicadores de Gestión (IG) asignados a cada uno de los programas del FASSA. Los IE corresponden a los indicadores para los objetivos de los niveles del fin y del propósito; y los IG corresponden a la evaluación de los indicadores señalados para los objetivos de los niveles de los componentes.

Los resultados descritos en los subsiguientes apartados para el programa, se obtuvieron de un análisis que constó de cuatro pasos. En el primer paso se observaron los avances de las metas propuestas en la MIR con la información proporcionada por la unidad responsable del programa, independientemente de su pertinencia o no. En el segundo paso, se revisó la pertinencia del indicador para cada nivel de la MIR, tomando como referencia el análisis de la lógica horizontal de apartados anteriores.

En el tercer paso, se le otorgó un valor de entre 0 y 1 a la relación de la meta y a la pertinencia del indicador de cada nivel, donde 1 representa que el indicador es pertinente para medir el cumplimiento del objetivo y que el objetivo también es pertinente; 0.5 significa que el indicador podría ser pertinente, pero el objetivo no lo es o que el objetivo es pertinente pero que el indicador no, y 0 refiere que ni el indicador ni el objetivo son pertinentes.

Finalmente, en el cuarto paso se clasificarán los resultados por escenarios del A al E, donde los escenarios A y E representan situaciones deseables para la MIR. Los escenarios son los siguientes:

Escenario A (EA): La suma del cierre es igual o mayor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 1.

Escenario B (EB): La suma del cierre es igual o mayor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 0.5.

Escenario C (EC): La suma del cierre es igual o mayor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 0.

Escenario D (ED): La suma del cierre es menor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 1.

Escenario E (EE): La suma del cierre es menor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 0.5.

Escenario F (EF): La suma del cierre es menor a la suma de la meta y la pertinencia del indicador es igual a 0.

En esta evaluación se consideran tres elementos: la meta que se propuso en cada nivel, el avance alcanzado para el 2016 y la pertinencia del indicador para medir el cumplimiento del objetivo de cada nivel. De esta forma lo importante ya no es únicamente el cumplimiento de las metas, sino la correcta medición que se hace de las mismas en relación al objetivo que el programa persigue en cada uno de los indicadores.

¿EN QUÉ MEDIDA SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS (DE FIN, PROPÓSITO Y COMPONENTES) DE LA MIR DEL PP, A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTOS DE LAS METAS?



De la revisión de los indicadores de la MIR del Pp analizado podemos decir que no existe una relación clara entre los objetivos de los niveles (Fin, Propósito y Componente) y los indicadores. Si bien el desempeño de los indicadores reflejado en los avances al cierre es deseable, la lógica entre objetivos e indicadores reduce la posibilidad de que dichas cifras reflejen el verdadero cumplimiento de los objetivos del programa.

Tabla 14. Avance de las metas establecidas para los indicadores del programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel

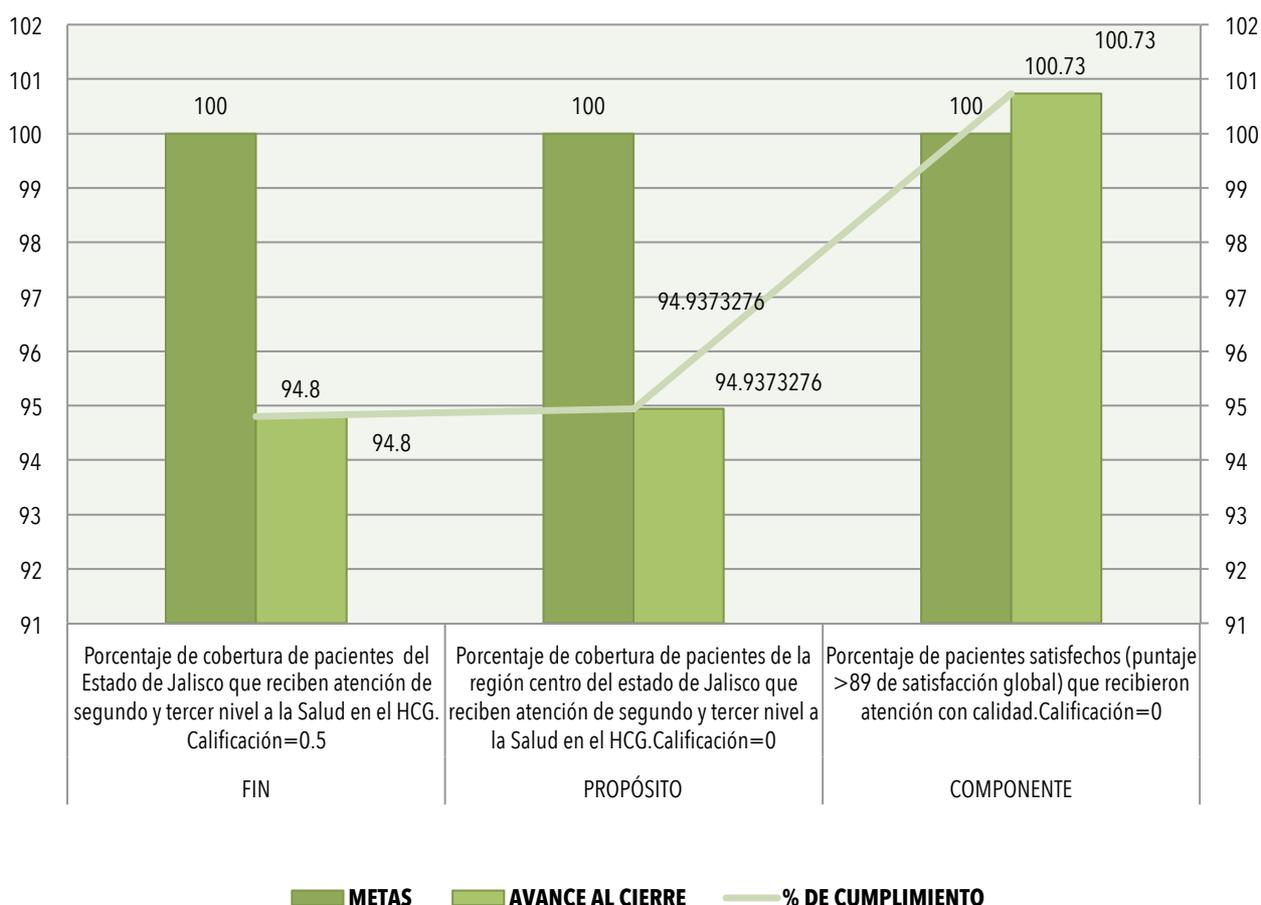
NIVEL	INDICADOR	METAS	AVANCE AL CIERRE	% DE CUMPLIMIENTO	VALOR DE PERTINENCIA DEL INDICADOR	ESCENARIOS
FIN	Porcentaje de cobertura de pacientes del Estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	100	94.8	94.8	0.5	E (EE)
PROPÓSITO	Porcentaje de cobertura de pacientes de la región centro del estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	100	94.93	94.93	0	F (EF)
COMPONENTE	Porcentaje de pacientes satisfechos (puntaje >89 de satisfacción global) que recibieron atención con calidad.	100	100.73	100.73	0	C (EC)

Fuente: elaboración propia a partir de la información del programa

La meta del nivel componente fue superada, se estimó un 100% de pacientes satisfechos, sin embargo, se logró un 100.73% de satisfacción. El porcentaje de cumplimiento de los niveles de fin y propósito quedó relativamente por debajo de lo esperado, con porcentajes de cumplimiento de 94.8% para el Fin y 94.93% para el Propósito.

Los escenarios en los que se ubican los niveles de Fin, Propósito y Componente para este Pp revelan que hay un amplio espacio para la mejora. El nivel Fin se ubica en el escenario E (EE), debido a que su avance al cierre se encuentra por debajo de la meta, aunque en un margen reducido, y el indicador no es pertinente para medir lo expresado en el objetivo. El nivel Propósito se posiciona en el escenario F(EF), debido a que su avance está ligeramente por debajo de la meta y su objetivo e indicador no son los adecuados. Finalmente, el nivel Componente se ubica en el escenario C (EC), dado que es el único indicador que superó su meta a pesar de que su objetivo e indicador no son oportunos.

Gráfica 7. Análisis de los indicadores del programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel por nivel de componente



Fuente: elaboración propia a partir de la información del Pp

¿EN QUÉ MEDIDA SE HAN CUMPLIDO LAS METAS DEL PROGRAMA A PARTIR DE OTROS INDICADORES NO CONTENIDOS EN LA MIR?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

Debido a que todo el análisis realizado en la evaluación se basó únicamente en la MIR del programa, no se puede responder esta pregunta, ya que no fueron proporcionados otros indicadores no contenidos en la MIR, por ejemplo no fue necesario llevar a cabo entrevistas con los responsables de los programas presupuestarios y tampoco se contó con la información sobre los indicadores que la Unidad Responsable reporta a la Secretaría de Hacienda y Créditos Públicos (SHCP), que permitiera a la entidad evaluadora identificar qué otros indicadores internos permiten revelar el cumplimiento de metas.

¿EN QUÉ GRADO EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LOS PP PERMITE VALIDAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA MIR DEL FONDO CORRESPONDIENTE?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

El objetivo de la MIR del Fondo menciona en su nivel Fin "Contribuir a la disminución de la Razón de mortalidad materna mediante la transferencia de recursos del Fondo de aportaciones para los servicios de salud" y en su nivel Propósito "La población sin seguridad social cuenta con mejores condiciones de salud", se puede decir que los objetivos del programa de alguna manera contribuyen con el objetivo del Propósito, pero no de manera clara o directa con el del nivel Fin del fondo. Por otro lado, los indicadores son poco pertinentes para medir los resultados de los bienes y servicios entregados de acuerdo a lo planteado en los objetivos. El cumplimiento de las metas quedó por debajo de lo esperado.

Un dato relevante resulta el reportado como avance al cierre en el indicador de porcentaje de pacientes satisfechos [...] que recibieron atención con calidad, ya que indica que más del número de personas encuestadas estuvo satisfecho con la atención, es decir, resulta imposible que se tenga un porcentaje por arriba de 100 en encuestas de satisfacción. Esto, además, porque la fórmula para el cálculo indica que se divide al número de pacientes satisfechos con la atención a la salud entre el número de pacientes encuestados por 100, esto supondría que el número de pacientes satisfechos fue mayor que el número de encuestados lo cual sugiere algún tipo de error en el dato.

El grado de cumplimiento de los objetivos del programa permite validar de manera limitada el cumplimiento de los objetivos de la MIR, tanto por la concordancia entre objetivos como por los datos reportados en los indicadores.

III. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA Y EL PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS PARA LOS EJERCICIOS 2014-2016

En este apartado se analiza la evolución de la cobertura en la atención de la población objetivo, tomando en consideración las metas y logros establecidos en la MIR del programa de los últimos tres ejercicios fiscales, correspondientes a 2014, 2015 y 2016. Además, se analiza si a través de la MIR se puede conocer la eficiencia presupuestaria del programa, y se calcula el costo promedio por unidad beneficio.

¿EXISTE UNA DEFINICIÓN Y CUANTIFICACIÓN PERTINENTE DE LA POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y ATENDIDA?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

En esta pregunta es necesario señalar si se cuenta con una definición adecuada y clara de la población potencial, objetivo y atendida y si además la cuantificación que se realiza corresponde con cada una de las definiciones. De acuerdo al Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL⁵ los tipos de poblaciones para la evaluación de políticas sociales se entienden como:

- **Población potencial.** Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
- **Población objetivo.** Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- **Población atendida.** Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.

De acuerdo a los criterios para la elaboración de una MIR la población objetivo debe quedar señalada en el propósito de la MIR. La MIR del programa *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel* señala en su objetivo en el nivel Propósito a la población objetivo como: “los habitantes de la región centro del estado de Jalisco” de manera amplia y general. Sin embargo, se observa que se señala otra población objetivo en el nivel Componentes de la MIR, ya que se refiere a: “pacientes sin seguridad social e inscritos en el seguro popular en el estado de Jalisco y estados circunvecinos”.

De lo revisado en la MIR del programa, siguiendo lo que refiere el Coneval, si se definiera a la población objetivo a partir de lo descrito en el nivel Propósito la población objetivo serían los habitantes de la región centro del estado de Jalisco, sin embargo, la MIR en sus otros niveles se refiere a otras poblaciones objetivo incluso en áreas geográficas distintas, por lo que no queda definida de manera clara y precisa la población objetivo del programa.

¿EN QUÉ MEDIDA LA INFORMACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS PERMITE CONOCER LA COBERTURA DE SUS POBLACIONES POTENCIAL Y OBJETIVO?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

La MIR tiene que permitir conocer la evolución de la cobertura de sus poblaciones objetivos, tanto con la definición de la población objetivo como con el registro y formas de medición adecuadas de la población atendida.

⁵ <http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario.aspx> (Consultado en febrero de 2017).

Tabla 15. Cobertura de la población de la MIR del Pp Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, 2014-2016

Nivel de la MIR	Población atendida	2014		2015		2016	
		Meta	% Avance alcanzado	Meta	% Avance alcanzado	Meta	% Avance alcanzado
Propósito	No definido en 2015, aunque el indicador mide el porcentaje de programas de salud/En 2016 el indicador mide a los habitantes de la región centro.	n/a	n/a	16	116.375	100	94.9373276

Fuente: elaboración propia a partir de la información del Pp1

A pesar de que la población objetivo está expresada en el nivel Propósito de la MIR se encontró que en el nivel Componentes se refieren a una población objetivo distinta, Se infiere que las metas establecidas y el avance realizado reflejados en los indicadores nos permiten conocer el alcance que se tiene en la cobertura de dicha población objetivo, a través de la implementación del Pp. Sin embargo, esto supone una complicación, ya que todas las metas y avances realizados para este programa están expresadas en porcentajes, lo que imposibilita conocer en números netos la cobertura de la población objetivo.

Algunos de los cálculos de los indicadores nos permiten indagar un poco más sobre la población objetivo, por ejemplo, para el año 2015 en el nivel Componente el cálculo del indicador se expresa como: "Población beneficiada/Población sin seguridad social*100". Para este cálculo es preciso conocer el total de la población beneficiada y el total de la población sin seguridad social, se puede deducir que con este indicador se pretende medir el efecto del programa en la población sin seguridad social. Sería pertinente que en los indicadores se reflejara el total de personas beneficiadas que no cuentan con seguridad social, además del porcentaje.

En cuanto a la evolución de la cobertura del 2014 al 2016, solo es posible analizar dicha evolución entre el 2015 y 2016, ya que en estos años se encontraron dos indicadores que comparten la misma fórmula "Población beneficiada/Población sin seguridad social*100", aunque no la misma sintaxis en el nombre del indicador. En el 2015 este cálculo pertenece al indicador del nivel Componente de la MIR y en el 2016 al indicador del nivel Fin. La meta en ambos años es de 100%, sin embargo, el avance realizado para el 2016 es menor, al cierre fue de 94.8% quedando por debajo de la meta, en contraste en el 2015 se superó la meta logrando un 100.21%.

Aunque en la tabla sobre la cobertura de la población de la MIR del Pp pareciera que existe coincidencia entre la población objetivo "Pacientes sin seguridad social e inscritos al seguro popular de Jalisco y estados circunvecinos" del año 2016 y "Población Jalisciense y estados circunvecinos" del 2014, los indicadores correspondientes miden cuestiones distintas, para el 2016 se trata de "[...] pacientes satisfechos con la atención a la salud [...]" y para 2014 tiene que ver con el "Número de población beneficiada por la asistencia médica integral".

¿EN QUÉ GRADO LA INFORMACIÓN SOBRE EL EJERCICIO PRESUPUESTAL PERMITE CONOCER LA EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS?

1	2	3	4
Insuficiente			Suficiente

En este apartado se relaciona el costo de la unidad beneficio del programa presupuestario y adicionalmente se revisan los subejercicios presupuestales (el monto del recurso no ejercido) para cada año fiscal. De tal forma que la eficiencia la definiremos como: menor gasto por unidad beneficio combinado con menor subejercicio (porcentaje de recurso no ejercido en el año). Para lo que se esperan cuatro escenarios:

- Menor gasto por unidad de beneficio y menor subejercicio (menor gasto y más ejercicio del recurso)= Eficiente (único caso).
- Con menos gasto se logra mayor impacto a través de los bienes y/o servicios distribuidos por el programa, además el recurso se ejerce de mejor manera.
- Menor gasto por unidad beneficio y mayor subejercicio (menor gasto y menos ejercicio del recurso)= Ineficiente.
- Hay menos gasto pero no se utiliza el recurso de la mejor manera, lo que significa que el programa dejó de ejercer a pesar de que habían logrado reducir el gasto per cápita.
- Mayor gasto por unidad beneficio y menor subejercicio (mayor gasto y más ejercicio del recurso)= Ineficiente.
- El gasto por unidad de los bienes y servicios distribuidos es mayor, aunque se ejerce de mejor manera el recurso.
- Mayor gasto por unidad beneficio y mayor subejercicio (mayor gasto y menos ejercicio del recurso)= Ineficiente.
- El gasto es mayor en bienes y servicios distribuidos por el programa, pero además se dejó de ejercer el presupuesto para ese año.

Tabla 16. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido del PpPacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, 2014-2016

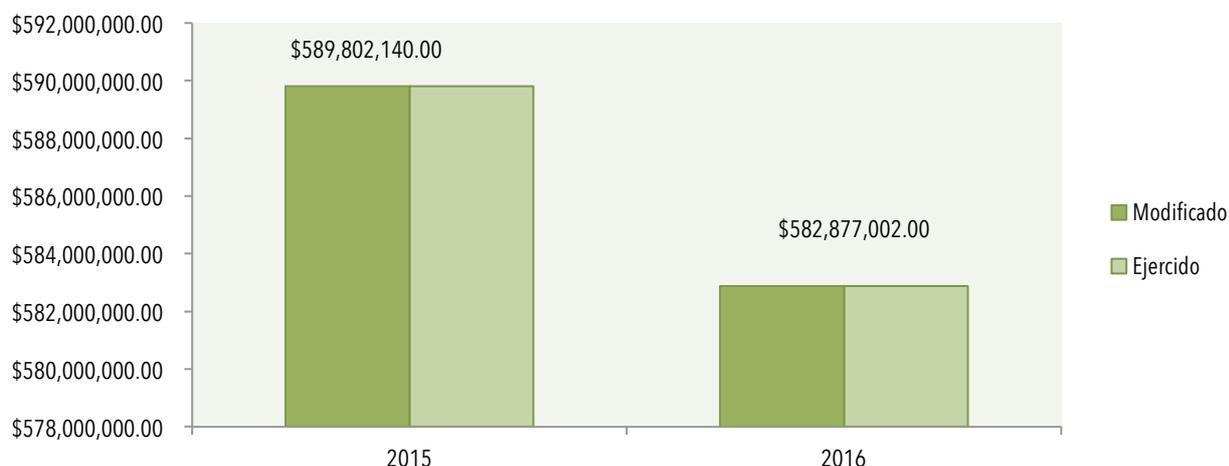
Unidad responsable	Año	Monto total aprobado	Monto total modificado	Monto total ejercido
	2015	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00	\$589,802,140.00
	2016	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00	\$582,877,002.00

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por las unidades responsables del ejercicio del gasto.

El programa presupuestario *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel* el único programa presupuestario del FASSA que cuenta con información financiera disponible para el año 2014 (presupuesto modificado y ejercido), además de los años 2015 y 2016.

A partir del análisis de la información se puede observar que este programa presupuestario ha sufrido un decremento presupuestal del 2015 al 2016. Su presupuesto ejercido se redujo de 589 millones aproximadamente en 2015 a 582 millones de pesos aproximadamente en 2016.

Gráfica 8. Presupuesto modificado y ejercido del Programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, 2014-2016



Fuente: elaboración propia a partir de la información del Pp.

Es recomendable que el cálculo del Costo por Unidad de Beneficio se haga sobre valores unitarios, dado que se trata de conocer el costo por cada unidad, debido a que los indicadores son presentados en porcentajes, calculados a través de fórmulas distintas para los tres años en los que se presentó información, no es óptimo realizar una comparación de sus unidades de beneficio.

IV. ANÁLISIS FODA Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos se clasifican en la siguiente tabla según su naturaleza a partir de los elementos de un análisis FODA, es decir, se organizan como *fortalezas*, *debilidades*, *oportunidades* o *amenazas*. Se integran en una matriz de doble entrada por objetivo específico, en la que se ubican los hallazgos de acuerdo con la naturaleza definida y en las dimensiones Interna o Externa, según corresponden. Además, en su clasificación se utilizan tres cuadrantes donde se formulan recomendaciones a excepción del cuadrante que se ubica en la intersección de aspectos positivos (fortalezas y oportunidades).

Tabla 17. Matriz de Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del Pp Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel

Dimensión Interna	<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El indicador del nivel Componente se tuvo un porcentaje de cumplimiento superior al 100% 2. Algunos de sus objetivos presentan una redacción adecuada 3. No hubo subejercicio en el año 2015 ni en el 2016 4. El servicio que se brinda está claro en los objetivos de la MIR 	N/A	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los objetivos de los distintos niveles de la MIR se refieren a poblaciones objetivo distintas 2. Existe poca relación entre los objetivos de la MIR de los niveles Propósito y Componente 3. Los indicadores no se relacionan con los objetivos, miden cuestiones distintas 4. Los supuestos no presentan una redacción adecuada para identificar con precisión los factores externos 5. No existe una definición concisa de la población objetivo para el programa 6. No es posible hacer una validación del cumplimiento de sus objetivos debido a que los indicadores propuestos son poco pertinentes 7. No se encontró relación directa con la MIR Federal 8. La meta de cobertura alcanzó sólo del 94.9%. 	<p>Recomendaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reelaborar los objetivos de la MIR de tal forma que en el nivel de Componentes se exprese de manera más clara los productos y servicios entregados y que exista una lógica causal adecuada entre todos los niveles de la MIR 2. Redactar los supuestos con precisión y que correspondan su nivel de objetivos 3. Definir con precisión y claridad a su población objetivo, que sea congruente en los distintos niveles de la MIR 4. Replantear los indicadores tanto en su descripción, para que exista una relación con los objetivos, tanto como replantear sus fórmulas que permitan observar tanto a la población atendida como sus entregables y no solo en porcentajes en los que se desconocen los valores de las variables con las que se calculan. 5. Organizar la información financiera de tal forma que se desglose el presupuesto aprobado, modificado y ejercido por nivel de la MIR
Dimensión Externa	<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sistema MIDE Jalisco, el INEGI, CONAPO, IEEG Jalisco cuentan con información que pueden servir para formular los indicadores de la MIR 2. La presente evaluación puede tomarse como una oportunidad para rehacer la MIR y la información financiera 4. La descripción de objetivos e indicadores de la MIR Federal 	<p>Recomendaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar la pertinencia de utilizar indicadores del sistema MIDE Jalisco, con el fin de que mejorar la formulación de los indicadores de sus objetivos 2. Revisar la MIR Federal para tratar, en la medida de lo posible y sin desviarse de la filosofía de la dependencia, de empararla con la estatal. 	<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tendencia de disminución del presupuesto en los próximos años con efectos en la oferta de servicios de salud. 2. Aumento de las necesidades de atención de salud ocasionadas por motivos no previstos y que no puedan ser atendidas con el presupuesto actual. 3. Falta de equipamiento en el hospital por encarecimiento de insumos como consecuencias de aumentos en precios internacionales de los mismos. 4. Desabasto de medicamentos e insumos necesarios para la atención médica. 5. Una MIR federal poco congruente con la necesidades locales y con efectos sobre el presupuesto otorgado 6. Insuficiente capacitación y acompañamiento a las instituciones para la implementación de la metodología del Marco Lógico. 7. Falta de análisis de las implicaciones operativas de metodología para instituciones cuyos fines no se encuentran acotados a los de un Pp tradicional. 	<p>Recomendaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir claramente su población objetivo, de tal modo que no se refieran a poblaciones objetivo distintas en los diferentes niveles de la MIR 2. Expresar de manera precisa y acotada cuáles son los factores de riesgo externo relacionados con los objetivos de cada uno de los niveles de la MIR

Fuente: elaboración propia con información del programa y la evaluación realizada

En la siguiente tabla se presenta el análisis de las recomendaciones y mejoras esperadas para la unidad responsable para el programa presupuestario *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*.

Tabla 18. Análisis de las recomendaciones y mejoras esperadas para la UR

Consecutivo (por prioridad)	Recomendación	Mejora esperada	Actividades por recomendación	Implicaciones por actividad (operativas, jurídico-administrativas, financieras)
1.	Rediseñar los indicadores en los niveles de la MIR que así lo requieren, de tal modo que exista lógica y congruencia entre los objetivos de los niveles, sus indicadores y sus fórmulas de cálculo	Validación de la lógica vertical y horizontal y contribuir al logro de los objetivos del fondo correspondiente	Impartir un curso sobre diseño de indicadores con metodología del marco lógico Búsqueda de fuentes de información para los indicadores del Pp Replantear los indicadores para cada uno de los niveles de la MIR.	1. Administrativas 2 y 3. Operativas
2.	Definir y cuantificar la población objetivo del Pp	Mejorar definición y medición de la población objetivo del Pp	Realizar un análisis cualitativo y cuantitativo que les permita identificar la verdadera población objetivo. Redefinir los indicadores y metas del nivel Propósito de la MIR en donde debiera expresarse la población objetivo	1 y 2: operativas
3.	Identificar los riesgos externos para el cumplimiento de los objetivos y plasmarlos en los supuestos de cada uno de los niveles de la MIR	Mayor preparación para afrontar riesgos externos y validación de la lógica vertical de la MIR	Identificar los riesgos externos para la consecución de cada uno de los objetivos en cada nivel Plasmarlos en la MIR	1 y 2: operativas

V. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan los principales hallazgos en cada objetivo de la evaluación del programa presupuestario:

Objetivo 1. Análisis de la lógica vertical y horizontal de la MIR del programa presupuestario *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*

- La redacción y sintaxis de los objetivos en sus niveles fin, propósito y componentes es insuficiente ya que presentan ambigüedad e imprecisión en los mismos.
- La lógica vertical y horizontal no se puede identificar con claridad entre sus objetivos de nivel fin, propósito y componentes, ya que en su gran mayoría su redacción es insuficiente.
- Los supuestos no representan una redacción adecuada para identificar con claridad los factores externos que deben cumplirse para lograr los objetivos del programa.
- En algunos de los indicadores sólo se limitan a presentar el porcentaje de las poblaciones atendidas sin la referencia a los datos absolutos.

- La MIR del programa presupuestario dado el valor obtenido en el análisis de la lógica vertical y horizontal, no se puede determinar si contribuye o no con la MIR Federal.

Objetivo 2. Análisis de los avances para el cumplimiento de metas establecidas del programa *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel durante el ejercicio fiscal 2016.*

- En el ejercicio fiscal 2016 el porcentaje de avance de los indicadores y metas quedó por debajo de lo esperado en dos indicadores, además, en el análisis sobre la pertinencia de los indicadores se identificó que éstos no permiten medir su nivel de cumplimiento.
- Tanto el valor obtenido entre la relación de las metas y la pertinencia del indicador, como el escenario en el que se encuentra cada nivel, no pueden validar si el cumplimiento de los objetivos del programa presupuestario contribuye con los objetivos del fondo correspondiente dado que este tiene un nivel de generalidad muy alto y que los objetivos del Pp atienden a distintos problemas de salud de la población.

Objetivo 3. Análisis de la evolución de la cobertura y el presupuesto del programa *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel para los ejercicios 2015 y 2016*

- La definición de su población objetivo y beneficiaria está identificada en el nivel de Propósito de la MIR, sin embargo se encontró otra población objetivo en el nivel de Componentes, lo que dificulta precisar con claridad de cuál se trata.
- Durante el periodo analizado se puede observar que el presupuesto asignado al programa ha disminuido en su monto modificado y ejercido desde el 2014 hasta el 2016.
- La información financiera disponible solo permite evaluar la eficiencia en términos del subejercicio, para el 2015 y 2016 no hubo subejercicio, sin embargo y no se pudo calcular el costo por unidad de beneficio.

Tabla 19. Valoración final del programa *Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel*

Nombre del Programa:	Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel
Dependencia/Entidad:	OPD Servicios de Salud Jalisco
Unidad Responsable:	OPD Servicios de Salud Jalisco
Tipo de Evaluación	Evaluación de desempeño
Año de Evaluación	2016

Objetivo	Nivel (Nivel promedio por objetivo)	Justificación (Breve descripción de las causas que motivaron el nivel por objetivo o el nivel total, Máximo 100 palabras por objetivo)
Análisis de la lógica vertical y horizontal	2.00	La lógica vertical y horizontal no se puede identificar con claridad entre sus objetivos de nivel fin, propósito y componentes, ya que en su gran mayoría su redacción es insuficiente.
Análisis de los avances de metas	2.00	Tanto el valor obtenido entre la relación de las metas y la pertinencia del indicador, como el escenario en el que se encuentra cada nivel, no pueden validar si el cumplimiento de los objetivos del programa presupuestario contribuye con los objetivos del fondo correspondiente.
Análisis de evolución de coberturas y presupuesto	2.33	La definición de su población objetivo y beneficiaria identificada en sus objetivos es ambigua y no tienen relación entre las distintas definiciones identificadas en sus niveles de la MIR. La información financiera disponible solo permite evaluar que no hubo subejercicio para los años 2015 y 2016 y no fue posible calcular el costo por unidad de beneficio dada la diversidad de servicios que se prestan a nivel de salud.
Valoración final	2.11	

Fuente: elaboración propia a partir de la información del programa

BIBLIOGRAFÍA

- Coneval (2013). *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México. (http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/GUIA_PARA_LA_ELABORACION_DE_MATRIZ_DE_INDICADORES.pdf)
- Coneval-SHCP(2010). *Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social-Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México. (http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/normatividad_matriz/9_Guia_Indicadores_Estrategicos.pdf)
- Coneval (s/f). *Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL*. (<http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario.aspx> - Consultado enero-junio de 2017)
- Gobierno del Estado de Jalisco (2016). *Manual de Programación y Presupuesto 2016*. Secretaría de Planeación, Administración y Finanzas del Gobierno del Estado de Jalisco – SEPAF, Guadalajara, Jalisco. (http://sepaf.jalisco.gob.mx/sites/sepaf.jalisco.gob.mx/files/u107/manual_pbr-sed_2016.pdf - Recuperado en junio de 2017)
- Gobierno del Estado de Jalisco-Evalúa Jalisco (2016). *Términos de Referencia (TdR). Evaluación de Desempeño de los Programas Presupuestarios con Recursos del Ramo 33 en el ejercicio fiscal 2015 (Especificaciones Técnica Mínimas)*, Gobierno del Estado de Jalisco, Anexo 1, Solicitud 01/0101-00, Mimeo, Guadalajara, Jalisco.
- Gobierno del Estado de Jalisco-Evalúa Jalisco (2017-A). *Avances programáticos y financieros de programas presupuestarios*.
- Gobierno del Estado de Jalisco-Evalúa Jalisco (2017-B). *Informes financieros y programáticos de cierre para cada programa presupuestario*.
- Ley de Coordinación Fiscal (LCF). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1978. Versión electrónica. Última reforma publicada DOF 18-07-2016.
- Matriz de indicadores para resultados FASSA 2016, extraídos de: http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Formato_Unico
- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Evaluación. Análisis sistemático y objetivo de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad (CONEVAL, 2013)

Evaluación Específica de Desempeño. Es una valoración sintética del desempeño de los programas sociales que se presenta mediante un formato homogéneo. Esta evaluación muestra el avance en el cumplimiento de sus objetivos y metas programadas, a partir de una síntesis de la información contenida en el SIEED y mediante el análisis de indicadores de resultados, de servicios y de gestión (Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL⁶)

Frecuencia de medición. Periodicidad con la cual es calculado un indicador (CONEVAL, 2013)

Fórmula de cálculo. Expresión algebraica del indicador en la que se establece la metodología para calcularlo (CONEVAL, 2013)

Matriz de Marco Lógico o Matriz de Indicadores (MIR). Resumen de un programa en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos (CONEVAL, 2013)

Meta. Objetivo cuantitativo que se pretende alcanzar en un periodo determinado (CONEVAL, 2013)

Monitoreo. Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados (CONEVAL, 2013)

Padrón de beneficiarios. Relación oficial de personas, instituciones u organismos, según corresponda, que reciben beneficios de una intervención pública y cuyo perfil socioeconómico se establece en la normativa correspondiente (CONEVAL, 2013)

Población objetivo. Población que un programa tiene planeado o programado atender y que cumple con los criterios de elegibilidad estipulados en su normativa (CONEVAL, 2013)

Población potencial. Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención (Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL)

Población atendida. Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal (Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL)

⁶ <http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario.aspx> (Consultado en febrero de 2017).

Programa presupuestario (Pp). Es una categoría programática en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto del producto o resultado final, a la cual se le asignan recursos humanos, materiales y financieros con el fin de que produzca bienes o servicios destinados a la satisfacción total o parcial de los resultados esperados respecto a su población objetivo o área de enfoque (SEPAF, 2016)⁷

Recomendaciones. Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del programa (Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL)

Unidad responsable. Área administrativa de las dependencias y, en su caso, de las entidades que debe rendir cuentas sobre los recursos humanos, materiales y financieros que administra para contribuir al cumplimiento de los programas comprendidos en la estructura programática autorizada al ramo o entidad (Glosario para la Evaluación de la Política Social del CONEVAL)

⁷ http://sepaf.jalisco.gob.mx/sites/sepaf.jalisco.gob.mx/files/u107/manual_pbr-sed_2016.pdf (Consultada en junio de 2017)

FICHA TÉCNICA DE LA EVALUACIÓN

Nombre de la Entidad Evaluadora Externa	Dr. Hiram Abel Ángel Lara
Nombre del evaluador externo principal	Dr. Hiram Abel Ángel Lara
Nombre de los principales colaboradores	Mtra. María Azucena Salcido Ledezma
Nombre de la Unidad de Evaluación responsable de dar seguimiento a la evaluación	Dirección General de Monitoreo y Evaluación de la Subsecretaría de Planeación y Evaluación
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Dra. Mónica T. Ballezá Ramírez
Forma de contratación de la instancia evaluadora	Invitación a cuando menos tres proveedores
Costo total de la evaluación	\$77,509.00 (el Costo total del contrato 434/16 fue por \$852,600.00, que constó de 11 informes de evaluación por Dependencia y Fondo evaluados)
Fuente de financiamiento	Fideicomiso Fondo Evalúa Jalisco

ANEXOS

Programa Presupuestario: Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel

NIVEL	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES							MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
		NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTES DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	METAS	AVANCE AL CIERRE	% DE CUMPLIMIENTO		
FIN	Contribuir a mejorar la salud de los habitantes del estado de Jalisco a través de la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara.	Porcentaje de cobertura de pacientes del Estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	$(\text{Pacientes atendidos} / \text{Población del Jalisco sin Seguridad Social}) * 100$	INEGI-TAMI	Mensual	100	94.8	94.8	INEGI-TAMI	Los pacientes con problemas de salud acuden referenciado o directamente a solicitar los servicios.
PROPÓSITO	Los habitantes de la región centro del estado tienen garantizada la atención de segundo y tercer nivel en el Hospital Civil de Guadalajara.	Porcentaje de cobertura de pacientes de la región centro del estado de Jalisco que reciben atención de segundo y tercer nivel a la Salud en el HCG.	$(\text{Pacientes atendidos} / \text{Total población Región Centro}) * 100$	INEGI-TAMI	Mensual	100	94.9373276	94.9373276	INEGI-TAMI	El paciente afiliado no al seguro popular, que acude directamente o es referido a solicitar los servicios, tiene garantizada su atención médica.
COMPONENTE	Atención integral a la salud de segundo y tercer nivel proporcionada a pacientes sin seguridad social e inscritos en el seguro popular del Estado de Jalisco y estados Circunvecinos.	Porcentaje de pacientes satisfechos (puntaje >89 de satisfacción global) que recibieron atención con calidad.	$(\text{Pacientes Satisfechos con la atención a la Salud} / \text{Pacientes encuestados}) * 100$	SIDEVOZ/Gerencia de Calidad	Mensual	100	100.73	100.73	SIDEVOZ/Gerencia de Calidad	El paciente acude a solicitar servicios de salud de manera permanente.

PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS

En las tablas y gráficos que se presentan en este apartado, se puede apreciar el monto del presupuesto aprobado, modificado y ejercido en pesos constantes para el programa presupuestario evaluado desde el año 2015, así como el cálculo del Costo por Unidad de Beneficio. Esto nos permite estandarizar el valor del dinero en los años del análisis, lo que hace la comparación más certera en cuanto a las modificaciones presupuestales que se dieron de un año a otro.

Pp 184. Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel

Tabla 20. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido del Pp Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, 2015-2016

Unidad responsable	Programa presupuestario	Año	Monto total aprobado	Monto total modificado	Monto total ejercido
			(*Pesos constantes)		
		2015	\$578,835,661.37	\$578,835,661.37	\$578,835,661.37
		2016	\$552,100,921.23	\$552,100,921.23	\$552,100,921.23

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por las unidades responsables del ejercicio del gasto.

*Para los años 2015 y 2016 las cantidades están calculadas con base a precios de 2014.

Gráfica 9. Presupuesto modificado y ejercido del Programa Pacientes sin seguridad social reciben atención integral a la salud de segundo y tercer nivel, 2014-2016



Fuente: elaboración propia a partir de la información del Pp a precios constantes.



PLANEACIÓN
ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS

