

**Diagnóstico del Programa Presupuestario
E044
Atención a la Salud**

Contenido

I.	Antecedentes	3
a.	Contexto de política pública.....	3
b.	Situación del problema o necesidad de política publica	4
c.	Acciones realizadas para la atención del problema o necesidad de política publica	4
II.	Justificación y alineación.....	7
a.	Justificación del Programa presupuestario.....	7
b.	Alineación del Programa presupuestario.....	8
III.	Identificación y descripción del problema	9
a.	Definición del problema	9
b.	Árbol del problema	15
IV.	Objetivos del programa	16
c.	Árbol de Objetivos.....	16
d.	Definición de los objetivos	17
V.	Cobertura y Focalización.....	17
a.	Caracterización y cuantificación de la Población Potencial	17
b.	Caracterización y cuantificación de la población objetivo	18
VI.	Consideraciones para la integración de la MIR.....	19
VII.	Anexos.....	20

I. Antecedentes

a. Contexto de política pública

México, en 2008 implementó formalmente la elaboración de Presupuesto Basado en Resultados (PbR), para lo cual ha utilizado la Metodología de Marco Lógico, desde entonces se han presentado avances significativos en la eficiencia y eficacia en todo el proceso de programación del gasto público, ya que se obtienen resultados del ejercicio de esos recursos que se deben evaluar y se consideran para una asignación o reasignación de presupuesto, con base en los resultados. Sin embargo en la actualidad, la Administración Pública Federal (APF) se ha planteado enfrentar un nuevo reto en cuanto a la racionalidad económica que sin dejar de lado la eficiencia y eficacia busca asegurar la optimización del uso de recursos, entre otros aspectos en la distribución de bienes o servicios públicos.

Aunado a lo anterior y, en atención a lo establecido en los “*Lineamientos para el proceso de Programación y Presupuestación para el ejercicio fiscal 2016*”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) con fundamento en lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración pública Federal (LOAPF), así como en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en el Reglamento de ésta y en el Reglamento interior de la SHCP; se llevó a cabo la revisión y actualización de la Estructura Programática del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) donde se obtuvo una compactación presupuestal mayor a 50 por ciento (Anexo 1)

En este orden de ideas, para llevar a cabo la compactación de la Estructura Programática, el ISSSTE realizó un análisis con base en la identificación de complementariedades o similitudes y, consecuentemente se determinó la viabilidad de mantener los Programas Presupuestarios o integrarlos como un componente de otro programa. De este modo, se tomó como punto de partida que el ISSSTE debe evolucionar en el proceso de atención a la salud, lo que derivó en la creación de un nuevo programa integrado por once programas que hasta 2015, aún de forma diferenciada, dan cuenta de manera positiva del trabajo desarrollado para el cumplimiento de un objetivo común que es la atención de la salud de la población derechohabiente.

Tabla 1 Programas Fusionados para la creación del Programa Presupuestario Atención a la Salud (E044)

E005	Control del Estado de Salud de la Embarazada
E006	Atención Materno Infantil
E007	Consulta Bucal
E009	Consulta Externa General
E010	Consulta Externa Especializada
E011	Hospitalización General
E012	Hospitalización Especializada
E013	Atención de Urgencias
E014	Rehabilitación
E016	Capacitación y Formación de los Recursos Humanos en Salud
E017	Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico

b. Situación del problema o necesidad de política pública

El Programa “Atención a la Salud” surge de la necesidad de contribuir en la elaboración de una agenda orientada a derechos, dedicada a analizar y atender múltiples factores o variables determinantes que influyen en el estado de salud de la población.

La atención a la salud es parte del Derecho Universal a la Salud¹, por tanto corresponde al Estado la obligación de preservar el bien constitucional, por lo que este interviene a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente. Así, la reglamentación del Derecho a la Salud se encuentra en la Ley General de Salud y en ésta se determinan las bases para el acceso a los servicios de salud que, entre otras incluye promover servicios de salud y asistencia social adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población; dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud².

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de Salud, el ISSSTE dentro de las disposiciones generales de la Ley de este Instituto establece con carácter obligatorio la atención médica curativa y de maternidad, así como la rehabilitación³.

En México, la principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.5 por ciento de los motivos de atención. Las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 11.5 por ciento de las causas de consulta, asimismo el 34.6 por ciento de la atención en consulta se identificaron en otros padecimientos que incluye el embarazo⁴. (Anexo 2)

Por otro lado, en el ámbito nacional se estimó que 3.8 de cada 100 habitantes utilizó los servicios hospitalarios durante 2011. La tasa entre las mujeres es de 4.9 por 100, superior a la de los hombres de 2.6. Los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 19 años son los que tienen la tasa de utilización más baja, con 1.4 y 2.2 por cada 100, respectivamente⁵. (Anexo 3)

c. Acciones realizadas para la atención del problema o necesidad de política pública

En el panorama nacional y, a fin de contribuir con el acceso a los servicios de salud, el ISSSTE creó distintos programas⁶ enfocados a la prestación de Servicios de Salud a la

¹ El párrafo cuarto del artículo 4to. Constitucional garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud, en su segunda parte, dicho párrafo ordena al poder legislativo la definición de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*”

² Ley General de Salud, Artículo 2 párrafo V, VI y VII y Artículo 77 BIS 1.

³ Artículo 3 Ley General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

⁴ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).

⁵ Ídem.

⁶ Programas del ISSSTE enfocados a la prestación de Servicios de Salud a población derechohabiente: Control del Estado de Salud de la Embarazada, Atención Materno Infantil, Consulta Bucal, Consulta Externa General, Consulta Externa

población derechohabiente. Estos programas se han caracterizado por mejorar las condiciones de salud de los derechohabientes a través del diagnóstico y tratamiento de padecimientos de mediana y alta complejidad a través de la prestación del servicio médico-quirúrgico especializado con la intervención de los médicos especialistas del Instituto. En algunos casos los programas se dirigieron a actividades médicas de prevención y vigilancia con consultas de primer nivel de atención, tal es el caso de la atención a la mujer embarazada, la consulta bucal y la consulta general. Es en este contexto donde se identifica el universo de atención de todos los programas: “La población derechohabiente que hace uso de los servicios de salud”.

Transversalmente, los padecimientos epidemiológicos cubiertos por los Programas presupuestarios que actualmente integran el Programa Atención a la Salud, que se registran con mayor frecuencia en la población derechohabiente durante 2014, fueron:

Tabla 2. Consultas, egresos hospitalarios por padecimiento 2014

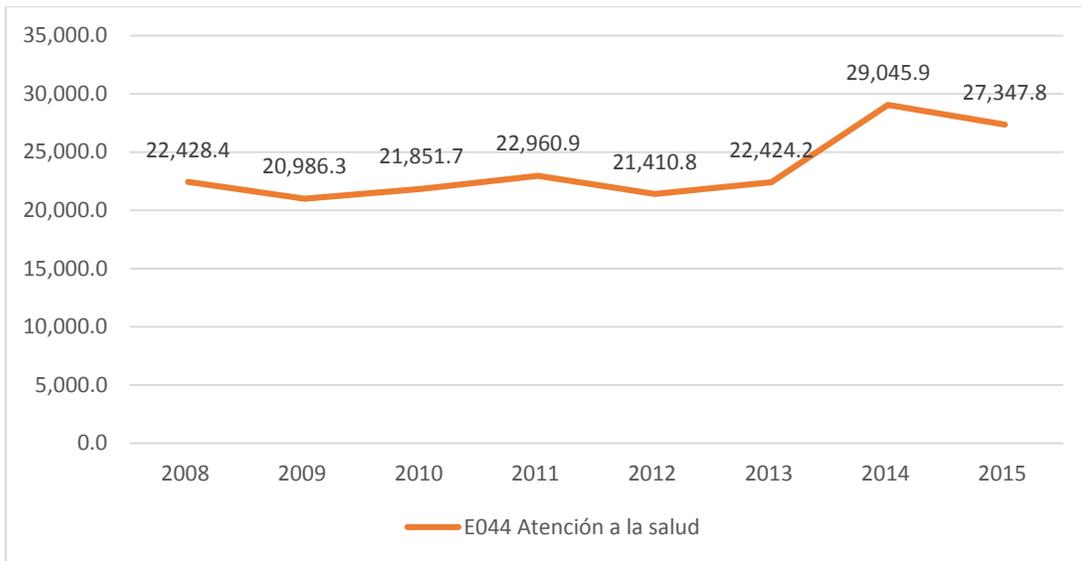
<i>Padecimiento</i>	Miles de consultas	Porcentaje respecto al total	Miles de egresos	Porcentaje respecto al total
	Consultas estimadas	% consultas	Egresos hospitalarios	% egresos
<i>Cáncer</i>	492	5.5%	34	21.0%
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	1,200	13.4%	17	10.5%
<i>Insuficiencia renal crónica</i>	1,392	15.6%	12	7.4%
<i>Hipertensión arterial</i>	2,776	31.1%	3	1.9%
<i>Diabetes tipo 2</i>	2,109	23.6%	13	8.0%
<i>Fracturas</i>	207	2.3%	17	10.5%
<i>Colelitiasis y Colecistitis</i>	129	1.4%	18	11.1%
<i>Partos y Cesáreas</i>	113	1.3%	25	15.4%
<i>Osteoartrosis</i>	436	4.9%	4	2.5%
<i>Apendicitis</i>	15	0.2%	7	4.3%
<i>Hernias</i>	63	0.7%	11	6.8%
Total	8,932		162	

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Aseguramiento de la Salud, 2014.

En términos de presupuesto, la tendencia histórica del monto aprobado para el Programa atención a la salud, realizado con base a los programas presupuestarios de la estructura anterior a 2015, se muestra de la siguiente manera:

Especializada, Hospitalización General, Hospitalización Especializada, Atención de Urgencias, Rehabilitación, Capacitación y Formación de los Recursos Humanos en Salud, Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico.

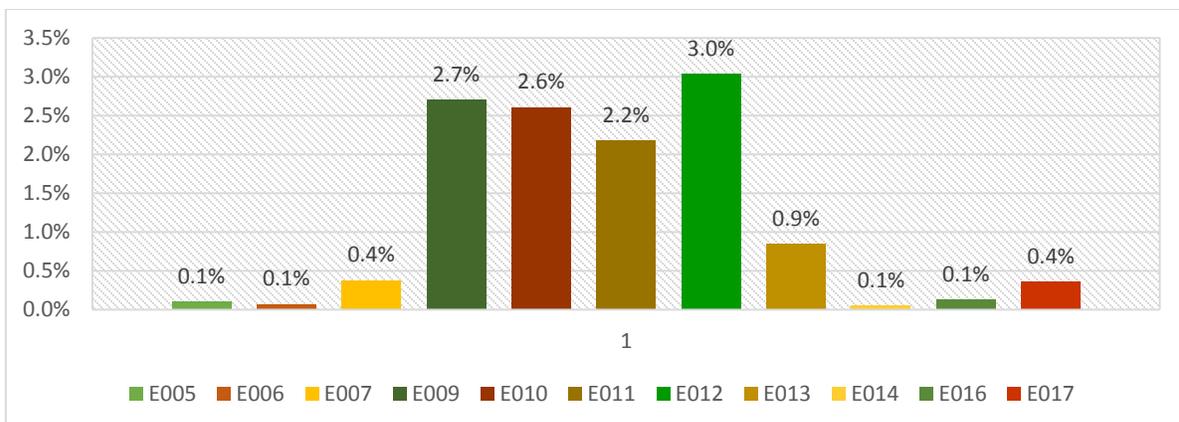
Gráfica 1 Tendencia histórica del Presupuesto del Nuevo Programa presupuestario del ISSSTE Atención a la Salud (E044) con base a los programas presupuestarios de la estructura anterior a 2015. (Millones de Pesos Constantes de 2015=100)



Fuente: Elaboración propia con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2008-2015. Se deflactó con el Índice Implícito del PIB 2015=100.

Por otro lado se observa que el presupuesto promedio otorgado para la Atención a la Salud, derivado del análisis de 2008 a 2015, se ha destinado con mayor relevancia al otorgamiento de consulta, así como a la hospitalización, lo que ha permitido dar resultados satisfactorios en los compromisos establecidos a favor de la población derechohabiente. Es importante destacar que uno de los elementos prioritarios para satisfacer las necesidades de salud de la población es la capacitación y formación de recursos humanos, especialmente en el enfoque a la especialización, sin embargo el recurso otorgado a este rubro es de los menores que se ofrece en el ISSSTE.

Gráfica 2 Porcentaje promedio del monto aprobado 2008-2015 para los Programas presupuestarios de la estructura anterior a 2015, respecto al total del presupuesto aprobado en el ISSSTE



Uno de los aspectos destacados para la creación de un nuevo programa que integra las sinergias y complementariedades de programas distintos a los que inciden directamente en la atención a la salud, es que se busca atender la problemática del daño a la salud con una solidez operativa que abarque el ciclo completo para brindar dicha atención. De esta manera, el nuevo programa considera la intervención de variables tales como el uso efectivo de los recursos humanos y materiales para la atención, lo que implica la capacitación y formación de personas en el área de la salud, así como la prestación de servicios de mantenimiento a inmuebles y equipos.

En abono a las acciones realizadas enfocadas a la formación y capacitación de los recursos humanos, se informa que con la finalidad de incrementar el desarrollo profesional y académico, se firmaron convenios de colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (CIESS) para incrementar el número de becas para funcionarios del Instituto en capacitación internacional, lo que generó la capacitación de 205 funcionarios en actividades académicas internacionales: 72 de especialización técnica, 66 de posgrado, 32 de transportación aérea, 31 de cursos del CIESS, dos de becas otorgadas por gobiernos extranjeros y dos de rotaciones médicas.⁷

Con certeza sabemos que la atención a la salud está catalogada como el servicio que se entrega directamente a los derechohabientes, sin embargo éste no podría otorgarse sin otros servicios asociados; si bien es cierto que un criterio para la fusión de estos programas es la población objetivo, no es inoportuna la integración de dos componentes que en apariencia se dirigen a una población distinta⁸, pues su fin último y su funcionalidad se encuentra dirigida a la población beneficiaria.

II. Justificación y alineación

a. Justificación del Programa presupuestario

El Programa de Atención a la Salud surge a partir de la identificación de 11 Programas del Instituto que hasta 2015 contaban con objetivos alineados a una misma dirección, además de que la población objetivo se compartía.

Dichos programas se fusionan en uno nuevo de modalidad “E” (prestación de servicios), con base en el criterio de complementariedad por funcionalidad de programas.

Adicionalmente a la población objetivo y a la funcionalidad de los programas, la fusión consideró como elemento sustantivo la siguiente premisa:

⁷ Información retomada del Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2015

⁸ El Programa Presupuestario Capacitación y Formación de los Recursos Humanos en Salud, tiene como población objetivo al Personal del servicio médico (médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos) contratado por el Instituto; así como recursos humanos en formación académica (médicos internos de pregrado, médicos y enfermeras pasantes, médicos residentes y estudiantes de diversas carreras del área de la salud) que tienen como campo clínico al Instituto. En el Programa Presupuestario E017 Mantenimiento de Equipo Médico y Electromecánico, su objetivo está dirigido a las Delegaciones Estatales y Regionales, así como a los Hospitales Regionales.

La atención a la salud está catalogada como un proceso integral que incluye diversos servicios asociados a la entrega directa del servicio a los derechohabientes.

b. Alineación del Programa presupuestario

La alineación contribuye a dirigir el conjunto de tareas y recursos del Programa para la consecución de objetivos y metas particulares, cuyo logro y cumplimiento aporta a lo expuesto por el Gobierno de la República a través del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

La alineación del ISSSTE con la planeación del desarrollo nacional, la transversalidad de las nuevas políticas públicas se enfoca a la contribución en el proceso de transición de la universalidad de la salud y seguridad social, por lo que el Programa de Atención a la Salud se vincula a las metas y objetivos nacionales y sectoriales de la siguiente manera:

Tabla 3 Alineación del Programa Presupuestario Atención a la Salud (E044)

Meta Nacional	II. México Incluyente
Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.
Programa Sectorial	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
Objetivo del Programa Sectorial	Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
Estrategia del Objetivo del Programa Sectorial	Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.
Línea de acción de la Estrategia del Programa Sectorial	2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.
Indicador(es) asociados al Objetivo del Programa Sectorial	2.1 Tasa de mortalidad por cáncer de mama. 2.2 Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino. 2.3 Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo.

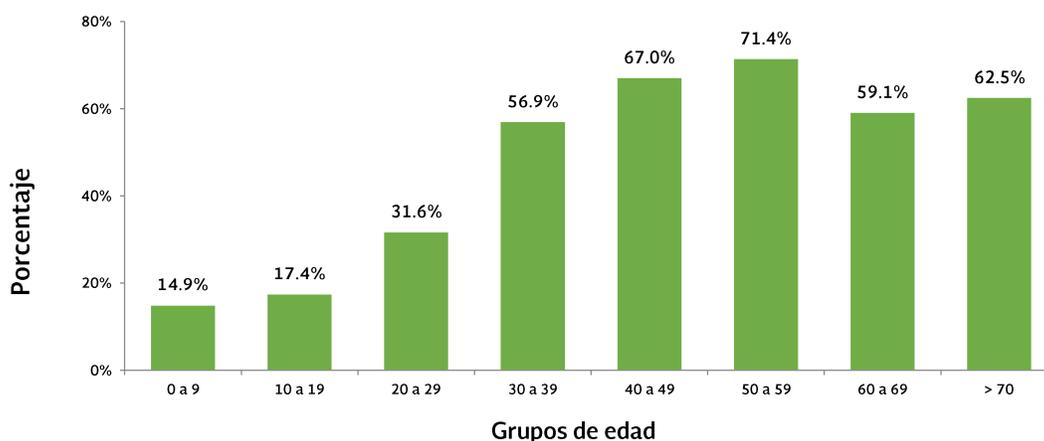
III. Identificación y descripción del problema

a. Definición del problema

En consistencia y continuidad con lo antes expuesto se describe que si bien el sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado; donde éste último presta servicios a la población con capacidad de pago y, evidentemente, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) forma parte del sector público en el ámbito de las instituciones de seguridad social; éste cuenta con una población focalizada: los trabajadores del estado, los jubilados y sus familias. No obstante, la caracterización de la población, es consistente con la transformación demográfica y epidemiológica que enfrenta la población en el país, consecuencia del desarrollo demográfico, fenómeno que da lugar a un acelerado crecimiento de la prevalencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Así, la población derechohabiente del Instituto, en 2014, 5.2 millones de derechohabientes utilizaron los servicios de salud del Instituto, 40.8 por ciento de la población amparada⁹.

Gráfica 3. Usuarios de los servicios de salud



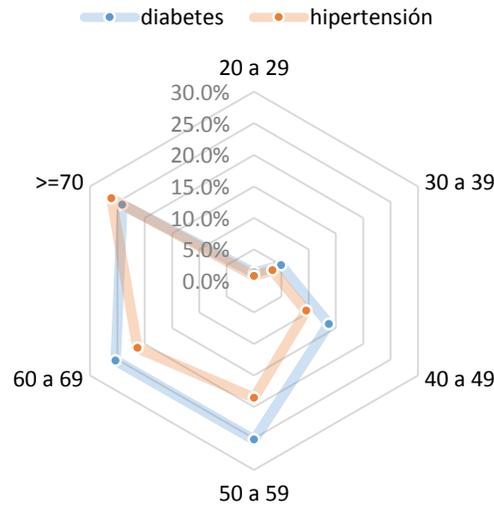
Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, 2014.

En la gráfica anterior se muestra la población usuaria de los servicios de salud en 2014 por grupo de edad encontrando que el grupo de 50 a 59 años de edad utiliza más los servicios de salud llegando a 71.4 por ciento de la población amparada de dicho grupo.

En continuidad con lo anterior y como ejemplo del acelerado crecimiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, es notoria la prevalencia de diabetes e hipertensión diagnosticada por grupos de edad, ya que el mayor porcentaje de ambos padecimientos se identifican en la población derechohabiente mayor de 60 años de edad.

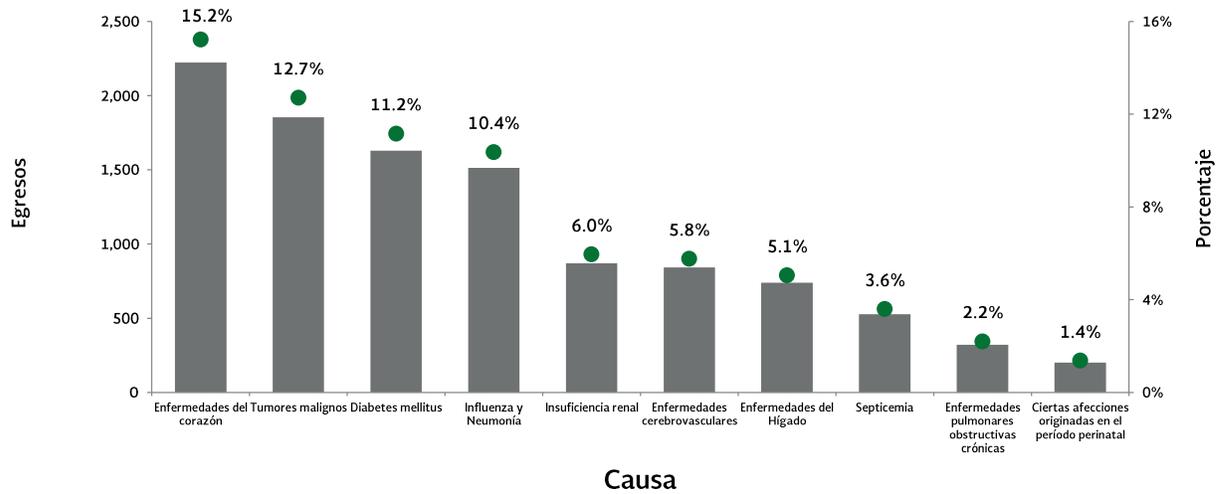
⁹ Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF)

Gráfica 4. Prevalencia diagnosticada por grupos de edad en diabetes e hipertensión



Por otro lado, se expone que dentro de las primeras diez causas de mortalidad hospitalaria se encuentran, principalmente, las ECNT cobrando relevancia las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Gráfica 5. Primeras diez causas de mortalidad hospitalaria por cada 1000 consultas 2014



Aunado a lo expuesto y, en consistencia con la integración de componentes al programa que apoyen la formación del ciclo completo para la atención en salud, se revisó la información referente a capacidad instalada en las unidades médicas del ISSSTE, lo que arrojó que se cuenta con 59,236 dispositivos de equipo médico especializado agrupados conforme a la clasificación del cuadro básico y el catálogo de instrumental y equipo médico emitido por el Consejo de Salubridad General, tal como se muestra en la siguiente tabla.

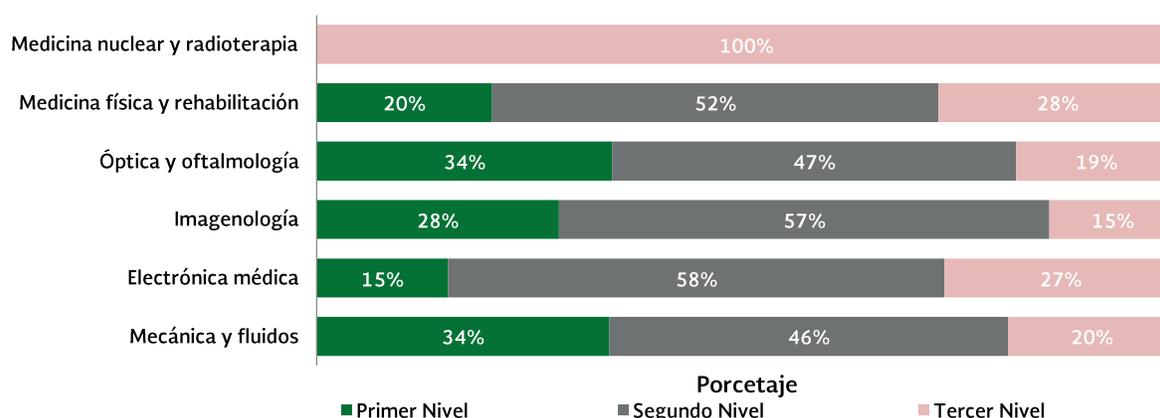
Tabla 4. Equipo médico especializado por categoría, instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2014

Tipo de equipo	Número de equipos	Porcentaje
Mecánica y fluidos	28,407	47.9%
Electrónica médica	10,921	18.4%
Imagenología	9,567	16.2%
Óptica y oftalmología	7,922	13.4%
Medicina física y rehabilitación	2,412	4.1%
Medicina nuclear y radioterapia	7	0.0%
Total	59,236	100%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2014.

Es importante resaltar que durante 2014, el número de equipos médicos especializados se incrementó dos por ciento respecto a 2013. Sobresalen los equipos de medicina física y rehabilitación, con un crecimiento de 10 por ciento. El equipo médico con el que cuenta el ISSSTE se distribuye por nivel de atención. Las unidades médicas de Segundo Nivel cuentan con el mayor número de equipo médico asignado: 48 por ciento, mientras que el Primer y Tercer Nivel cuentan con 28.6 por ciento y 23.4 por ciento, respectivamente. Asimismo, es de saber que el equipamiento médico especializado se encuentra distribuido según la población derechohabiente que se atiende. En el Distrito Federal se realizan la mayoría de los estudios clínicos propios del Segundo Nivel de atención, tales como química clínica, microbiología, hematología e inmunología, por lo cual cuenta con 25.3 por ciento del equipo médico, mientras que, el área foránea, concentra el resto.¹⁰

Gráfica 6. Distribución del equipo médico especializado por nivel del atención, 2014



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2014.

¹⁰ Información retomada del Informe Financiero y Actuarial 2015.

Es importante mencionar que 90.3 por ciento de los equipos médicos especializados del ISSSTE están en servicio; 4.6 por ciento funciona de forma irregular y sólo 5.1 por ciento está fuera de servicio, principalmente por descompostura, por lo que se debe considerar que la conservación y mantenimiento de los equipos médicos permite reducir al máximo sus tasas de funcionamiento irregular o inexistente, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y de calidad. Al evaluar la funcionalidad de los equipos médicos del Instituto, se les clasifica dentro de dos categorías: “Adecuado” o “Funcionando”. El primer término designa los equipos médicos vigentes tecnológicamente y que, por el uso constante, pueden presentar fallas esporádicas. El segundo, abarca los equipos con mayor antigüedad que presentan un mayor número de fallas.

Es importante mencionar que sólo 39 por ciento del equipo médico del Instituto se encuentra catalogado como funcional, mientras que el resto es considerado adecuado. Destaca el caso de radioterapia al reportar 100 por ciento de su equipo en estado adecuado.

Lo antes expuesto lleva a determinar que el daño en la salud que presenta la población derechohabiente del ISSSTE proviene de diversas causas agrupadas en dos grandes rubros: endógenas y exógenas, cada una relacionada directa o indirectamente con la población a atender.

Tabla 5. Causas por las que la población derechohabiente enfrenta daño en la salud

Tipos de Causas	de Endógenas	Exógenas
	<p><i>Se refieren a aquellas que dependen directamente del Instituto y que dentro de su ámbito de responsabilidad deben ser atendidas.</i></p>	<p><i>Se refieren a aquellas que no dependen directamente del Instituto y en su mayoría tienen relación directa con los usos y costumbres de la población derechohabiente.</i></p>
<p>Directas</p>	<p><i>Incidencia directa sobre la población derechohabiente usuaria de los servicios de salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La detección del riesgo en la salud no se presenta con oportunidad para la atención. • La capacidad resolutoria en el primer nivel de atención es baja. • Se presentan inconsistencias en los diagnósticos realizados a los derechohabientes usuarios de los servicios de salud. • Los tiempos para la canalización a niveles de atención superiores a los derechohabientes usuarios de los servicios de salud suelen ser ineficientes. • Contratación de personal con concentración de especialidades en la salud sin enfoque a las necesidades de atención de los derechohabientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de salud en el país presenta deficiencia en la medicina preventiva. • El sistema de salud en el país cuenta con insuficiente capacidad de atención médica para la población. • La población derechohabiente no cuenta con saneamientos básicos (agua potable, alcantarillado, sistema de eliminación de excretas). • Las condiciones ambientales, meteorológicas y sociales no son estables. • La población derechohabiente no asiste a consultas médicas preventivas.

Tipos de Endógenas Causas

Se refieren a aquellas que dependen directamente del Instituto y que dentro de su ámbito de responsabilidad deben ser atendidas.

Exógenas

Se refieren a aquellas que no dependen directamente del Instituto y en su mayoría tienen relación directa con los usos y costumbres de la población derechohabiente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos y equipos para prestación de los servicios de salud Insuficientes o sin operar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La población derechohabiente no asiste a consultas médicas curativas. • La población derechohabiente usuaria de los servicios de salud no siguen el tratamiento determinado.
<p>Indirectas</p> <p><i>No tienen incidencia directa sobre la población derechohabiente usuaria de los servicios de salud.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés del personal de salud en la oferta y eventos de capacitación. • Los intereses de los estudiantes en especialidad no se enfoca a las necesidades reales de la población, específicamente a la transición epidemiológica que presenta el país. • Los médicos residentes e internos de pregrado no cumplen con todos los requisitos para la conclusión de sus estudios de posgrado y pregrado respectivamente. • No se desarrollan ni utilizan nuevas tecnologías para el tratamiento de enfermedades. • No existen equipos médicos suficientes en el mercado para la instalación en los establecimientos de salud. • El mercado presenta insuficiencia o inexistencia de refacciones para la reparación o mantenimiento de los equipos médicos.

Finalmente, se concluye que como efectos del problema se encuentra un incremento en los costos en la atención médica curativa puesto que el gasto en estas enfermedades y sus proyecciones se compone de dos rubros: gasto por consultas médicas y gasto en atención hospitalaria. En particular para el caso de las enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal y cáncer se incluyen en el rubro de gasto en consulta los costos de

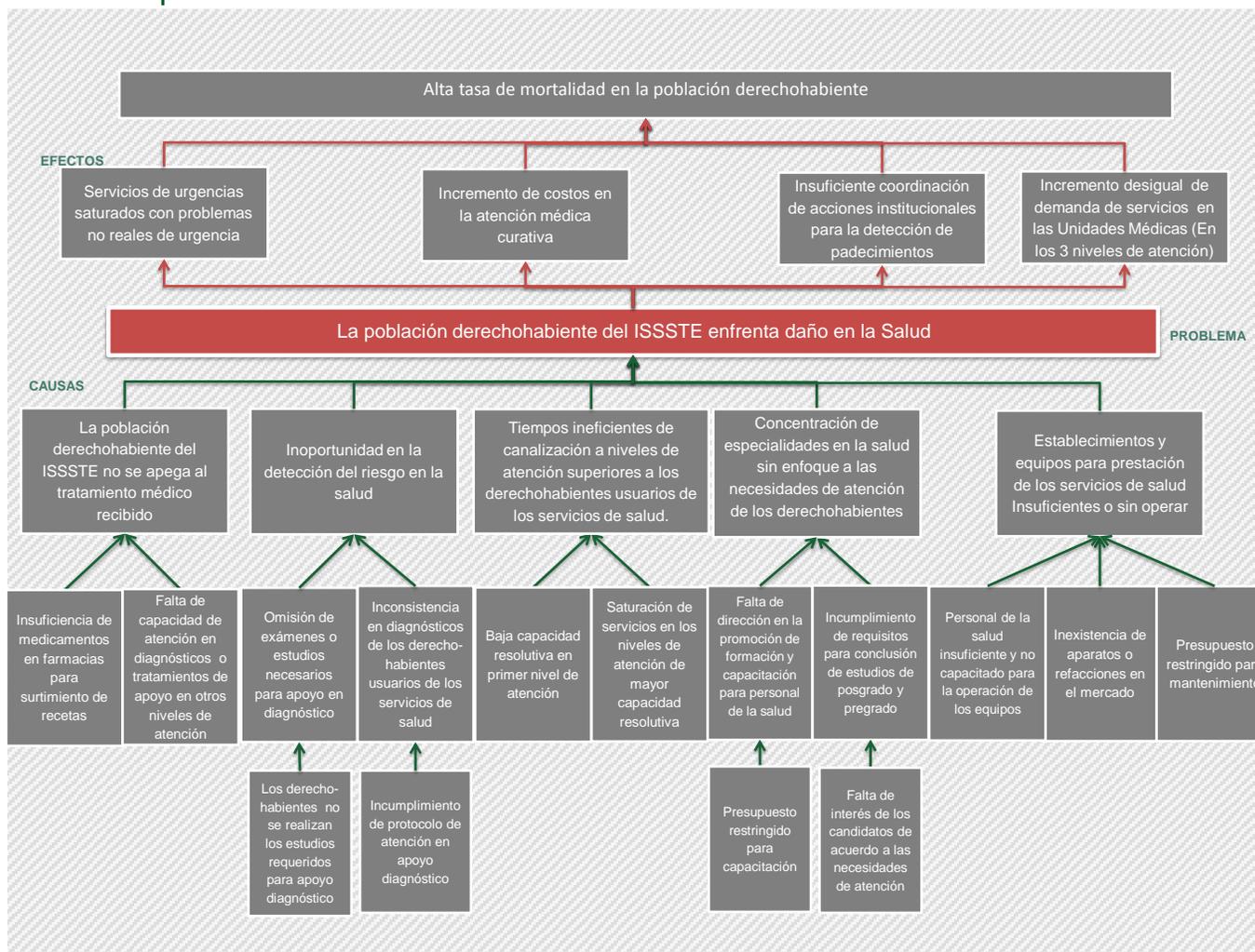
auxiliares de tratamiento tales como sesiones de hemodinamia, hemodiálisis, diálisis peritoneal, quimioterapias y radioterapias.¹¹ (Anexo 4)

Por otro lado se identifican efectos relacionados con el crecimiento desigual de la capacidad de atención y la demanda de la población, así como servicios de urgencias saturados con problemas no reales de urgencia.

El cúmulo de efectos trae como consecuencia final una alta tasa de mortalidad en la población derechohabiente, por lo que los esfuerzos del Instituto deben enfocarse a su disminución a través de la atención médica curativa en todos los tres niveles de atención.

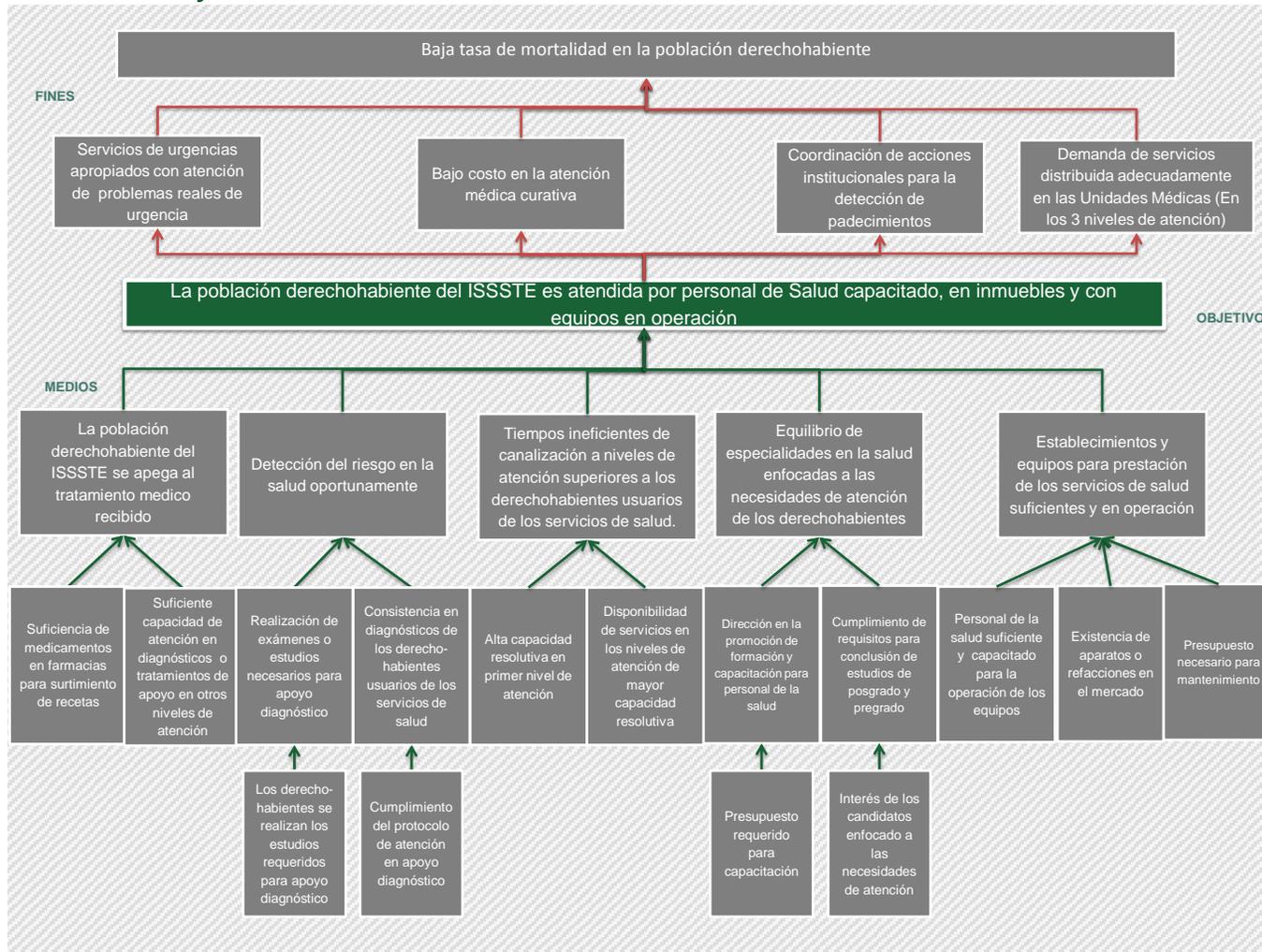
¹¹ Información retomada del Informe Financiero y Actuarial 2015 con base en datos de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, ISSSTE.

b. Árbol del problema



IV. Objetivos del programa

c. Árbol de Objetivos



d. Definición de los objetivos

El propósito del Programa Atención a la Salud es que la población derechohabiente sea atendida por personal de salud capacitado en el nivel de atención que se requiera, en inmuebles y con equipos en operación. Para su cumplimiento se establecen los siguientes:

Objetivos específicos

1	Otorgar a la población derechohabiente consultas en los tres niveles de atención.
2	Brindar atención médica hospitalaria a la población derechohabiente.
3	Otorgar cursos de formación de médicos y capacitación del personal de salud.
4	Realizar servicios de mantenimiento a Equipos e Inmuebles en operación.

Detalle Anexo 6

V. Cobertura y Focalización

a. Caracterización y cuantificación de la Población Potencial

Definición:

Derechohabientes del Instituto registrados en los servicios de salud.

Unidad de medida:

Personas.

Caracterización:

La población susceptible de ser atendida por el Programa son todos aquellos derechohabientes registrados en los servicios de salud del Instituto a través del Sistema Integral de Prestaciones Económicas (SIPE), lo que corresponde a las personas que se encuentran dadas de alta en los servicios médicos y que en cualquier momento podría solicitar consultas externas en los tres niveles de atención, así como hacer uso de los servicios de urgencias, hospitalización general y especializada, los cuales forman parte de los servicios de Medicina Curativa que tiene cubierto el Seguro de Salud que señala la Ley del ISSSTE para sus derechohabientes. Asimismo, el servicio de urgencias es uno de los derechos expresados en la Ley del ISSSTE y la NOM- 027-SSA3- 2013 de los servicios de urgencias señala que debe atenderse a todo aquel que solicite la atención. Si bien, en los Servicios de Urgencias se da preferencia a los derechohabientes y su capacidad resolutive está estimada con base en la población derechohabiente, no se niega la atención a los no derechohabientes que demanden el servicio.

Método de cálculo:

Total de la población derechohabiente registrada en el Sistema Integral de Prestaciones Económicas (SIPE).

Fórmula: Población Potencial = Número de derechohabientes registrados en los servicios de salud del ISSSTE al período.

Cuantificación:

Derechohabientes registrados en los servicios de salud del ISSSTE calculado a partir del Sistema Integral de Prestaciones Económicas vigente al momento de registro de la MIR.

Total: 10 millones 559 mil 111 personas

(Fuente: Sistema Integral de Prestaciones Económicas -SIPE).

Frecuencia de actualización:

La cuantificación de la Población Potencial se realizará de manera anual.

b. Caracterización y cuantificación de la población objetivo

Definición:

Derechohabientes del ISSSTE usuarios de los servicios de salud.

Unidad de medida:

Personas.

Caracterización:

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Nutrición de los Derechohabientes (ENSADER) del ISSSTE 2007, el factor utilizado para la obtención del porcentaje de la población derechohabiente que acuden siempre, casi siempre y/o algunas veces a los servicios de salud es de 0.479. De esta forma, se obtiene a la población usuaria que utiliza los servicios de salud del Instituto.

Método de cálculo:

La población objetivo se calcula aplicando el factor 0.479 al total de derechohabientes al período de registro de la MIR.

Fórmula: Población Objetivo = (Total de derechohabientes del ISSSTE al período x 0.479)

Cuantificación:

Población derechohabiente usuaria de los servicios de salud: 6 millones 129 mil 657 personas.

Frecuencia de actualización:

La cuantificación de la Población Objetivo se realizará de manera anual.

VI. Consideraciones para la integración de la MIR

Dado que la Matriz de Indicadores para Resultados contribuye a asegurar una buena conceptualización de la problemática descrita en el presente documento, es importante describir que al realizarla se consideró lo siguiente:

- La MIR es un producto del consenso entre los principales involucrados en la ejecución y seguimiento del programa por lo que se llevaron a cabo una serie de reuniones técnicas con las áreas responsables de la operación del Programa (Dirección Médica y Dirección de Administración), en cumplimiento a la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- Se definieron 4 componentes integrando los programas presupuestarios de la fusión de la siguiente manera:
 - Componente 1.- Integra los Programas de Consulta Bucal, Consultas Externas Generales, Consultas Externas Especializadas, Rehabilitación y Atención a Urgencias en lo referente a consultas.
 - Componente 2.- Integra los Programas de Hospitalización General, Hospitalización Especializada y Atención a Urgencias en lo referente a Ingresos Hospitalarios.
 - Componente 3.- Corresponde directamente al programa de Investigación Científica y Tecnológica.
 - Componente 4.- Corresponde directamente al programa de Mantenimiento de equipo Médico y Electromecánico

El resultado de la Matriz puede observarse en el Anexo 6.

VII. Anexos

Anexo 1. Concentración del Porcentajes de simplificación de la Estructura programática ISSSTE

Modalidad		Programas Presupuestarios 2015		Programas Presupuestarios 2016	
E	Prestación de servicios públicos	30	68%	7	16%
M	Administrativos	3	7%	2	5%
J	Pensiones y jubilaciones	9	20%	9	20%
K	Proyectos de inversión	1	2%	1	2%
O	Actividades de apoyo	1	2%	1	2%
Total		44	100%	20	45%

Fuente: Elaboración propia

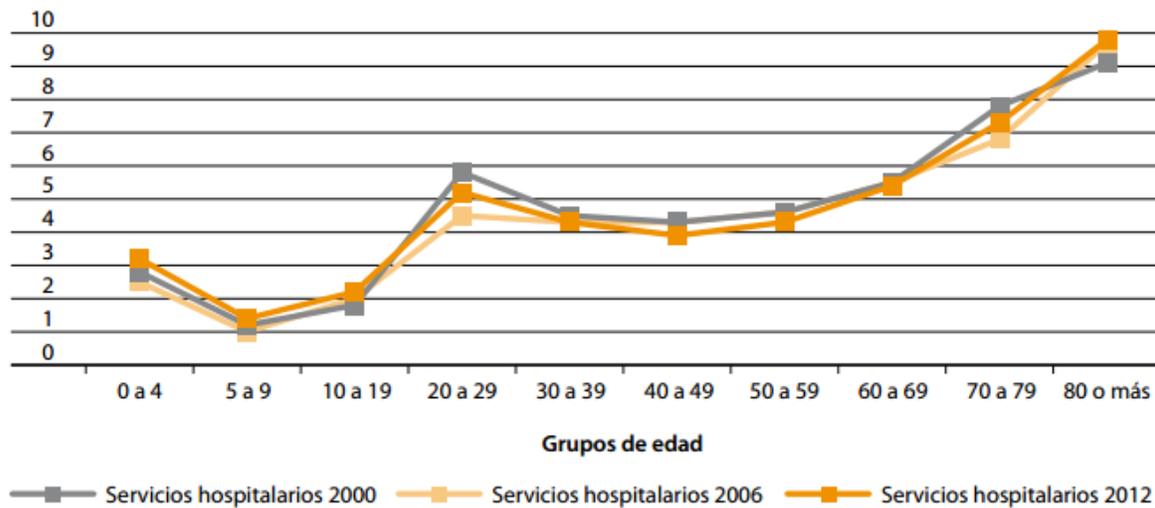
Anexo 2. Distribución porcentual de las causas de consulta. México.

Motivo de la atención	Total		Grupo de edad				
	N	%	0 a 4	5 a 19	20 a 49	50 a 69	> 69
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos	3 182 154	36.5	68.2	53.8	25.8	12	12.9
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad	1 003 024	11.5	0.0	1.0	9.2	30.1	33.0
Enfermedades y síntomas gastrointestinales	493 161	5.7	6.3	5.2	6.1	5.5	4.3
Lesiones	357 169	4.1	1.0	4.1	5.7	5.0	2.9
Enfermedades urológicas	190 999	2.2	0.0	1.0	3.7	2.0	3.4
Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos	174 651	2.0	2.0	3.6	1.0	1.0	2.0
Síntomas neurológicos y psiquiátricos	167 107	1.9	0.0	1.0	3.0	3.0	2.0
Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos	142 014	1.6	1.0	1.0	2.0	2.7	2.0
Otros padecimientos*	3 014 929	34.6	20.9	29.3	43.3	38.3	38.0

* Otros padecimientos incluye: embarazo, otras infecciones y otros síntomas

Fuente: ENSANUT 2012

Anexo 3. Porcentaje de individuos que utilizaron servicios hospitalarios, por grupo de edad. México, ENSA 2000 ENSANUT 2006 y 2012.



Anexo 4. Proyecciones de consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente,

2014-2050

Padecimiento	Año	Servicios (miles)		Gasto (millones de pesos 2013)		
		Consultas	Egresos	Consultas	Hospitalización	Total
Cáncer ^{1/}	2014	492	34	2,104	1,986	4,090
	2020	555	32	2,817	2,246	5,063
	2030	612	33	3,802	2,832	6,634
	2040	650	35	4,935	3,571	8,506
	2050	679	36	6,299	4,502	10,801
Enfermedades cardiovasculares ^{2/}	2014	1,200	17	1,154	2,261	3,414
	2020	1,317	20	1,205	2,978	4,183
	2030	1,565	24	1,797	4,417	6,214
	2040	1,812	28	2,552	6,343	8,895
	2050	2,058	32	3,526	8,901	12,427
Insuficiencia Renal Crónica ^{3/}	2014	1,392	12	1,596	833	2,430
	2020	1,506	12	1,788	926	2,714
	2030	1,717	13	2,544	1,233	3,777
	2040	1,870	14	3,426	1,604	5,030
	2050	1,993	15	4,499	2,056	6,555
Hipertensión arterial	2014	2,776	3	2,223	155	2,378
	2020	2,612	4	1,868	198	2,066
	2030	3,353	4	2,924	258	3,182
	2040	4,094	4	4,352	330	4,682
	2050	4,836	4	6,265	418	6,683
Diabetes tipo 2	2014	2,109	13	1,670	390	2,060
	2020	2,198	16	1,472	516	1,988
	2030	2,391	16	1,952	651	2,603
	2040	2,600	17	2,588	820	3,408
	2050	2,828	17	3,432	1,032	4,463
Total	2014	7,969	80	8,747	5,625	14,372
	2020	8,188	84	9,150	6,864	16,014
	2030	9,638	91	13,019	9,391	22,410
	2040	11,027	98	17,853	12,667	30,520
	2050	12,394	105	24,020	16,909	40,928

Notas: 1/ Las consultas por cáncer incluyen las sesiones de quimioterapia y radioterapia.

2/ Las consultas de Enfermedades Cardiovasculares incluye en los casos de consulta las sesiones de hemodinamia.

3/ Las consultas por insuficiencia renal incluyen las sesiones de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

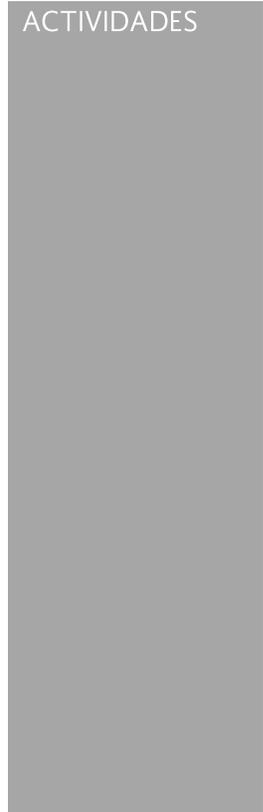
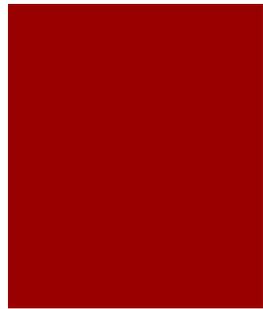
Fuente: Subdirección de Aseguramiento de la Salud, ISSSTE.

Anexo 5. Funcionalidad que guarda el equipo médico a nivel Central del ISSSTE, 2014

Área	Adecuado	Funcionando	Porcentaje	
			Adecuado	Funcionando
Mecánica de fluidos	1305	1001	57%	43%
Imagenología	1031	553	65%	35%
Electrónica médica	2,121	1,468	59%	41%
Quirófano	1072	565	65%	35%
Medicina nuclear	2	1	67%	33%
Óptica	25	11	69%	31%
Radioterapia	4	0	100%	0%
Total	5560	3599	61%	39%

Anexo 6. Matriz de Indicadores para Resultados del Pp. E044 Atención a la Salud.

	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el otorgamiento de atención médica en los distintos niveles de atención a los derechohabientes del Instituto.	Tasa de mortalidad ajustada en los derechohabientes del ISSSTE	Anuario Estadístico Institucional cuadros 14.24 "Defunciones por lapso en el Distrito Federal y Estados" y 16.12 "Causa de egreso por unidad médica"	Las Instituciones del Sector salud en el país otorgan atención médica a la población correspondiente. La población derechohabiente cuenta con saneamientos básicos (agua potable, alcantarillado, sistema de eliminación de excretas). Las condiciones ambientales, meteorológicas y sociales son estables
PROPÓSITO	La población derechohabiente es atendida por personal de salud capacitado en el nivel de atención requerido, en inmuebles y con equipos en operación.	Tasa de mortalidad general en los derechohabientes del ISSSTE	Anuario Estadístico Institucional cuadros 14.24 "Defunciones por lapso en el Distrito Federal y Estados" y 16.12 "Causa de egreso por unidad médica"	La población derechohabiente que es atendida en el Instituto sigue indicaciones médicas y se apega al tratamiento prescrito.
COMPONENTE 1	Consultas en los tres niveles de atención a la población	Tasa de consultas externas otorgadas en los tres niveles de atención al periodo.	Anuario Estadístico Institucional cuadro 15.6 "Consultas por Servicio y tipo en el Distrito	El paciente controla y/o soluciona su problema de salud en la consulta.



derechohabiente otorgadas.

Tasa de consultas otorgadas en el servicio de urgencias al periodo.

Federal y Estados" y cuadro 1.1 "Población amparada por entidad federativa"

cuadro 16.8 "Servicios de Urgencias en Hospitales por unidad médica" y cuadro 1.1 "Población amparada por entidad federativa"

La población derechohabiente está libre de nuevas enfermedades.

1.1. Consulta otorgada a la población derechohabiente.

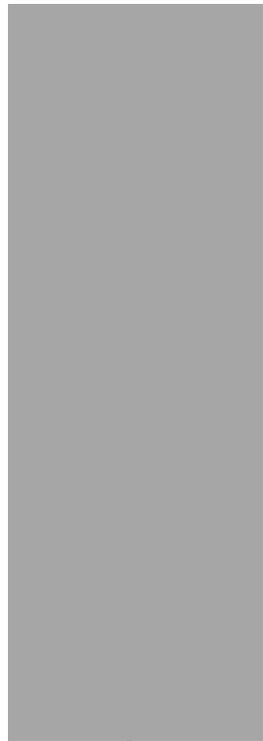
1. Promedio de consulta externa general otorgadas al periodo, por hora médico general y familiar al periodo.
2. Promedio de consultas odontológicas otorgadas a la población derechohabiente durante al periodo, por hora odontólogo al periodo.
3. Promedio de consulta de medicina externa especializada otorgadas al periodo, por hora médico especialista laborada al periodo.
4. Proporción de urgencias reales atendidas al periodo.
5. Proporción de Urgencias reales, respecto a las urgencias sentidas atendidas al periodo.

1. Reporte de Avance Físico Financiero Mensual del Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP)
Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF)
2. Sistema de Información Estadística en Medicina Preventiva
Sistema de Información Médico Financiera
3. Anuario Estadístico Institucional cuadro 15.6 "Consultas por Servicio y Tipo en el Distrito Federal y Estados" y Sistema médico Financiero cuadro SM10.3.1 Consultas por médico y servicio
4. Anuario Estadístico Institucional cuadro 16.8 "Servicios de Urgencias en Hospitales

El paciente asiste a sus citas médicas.

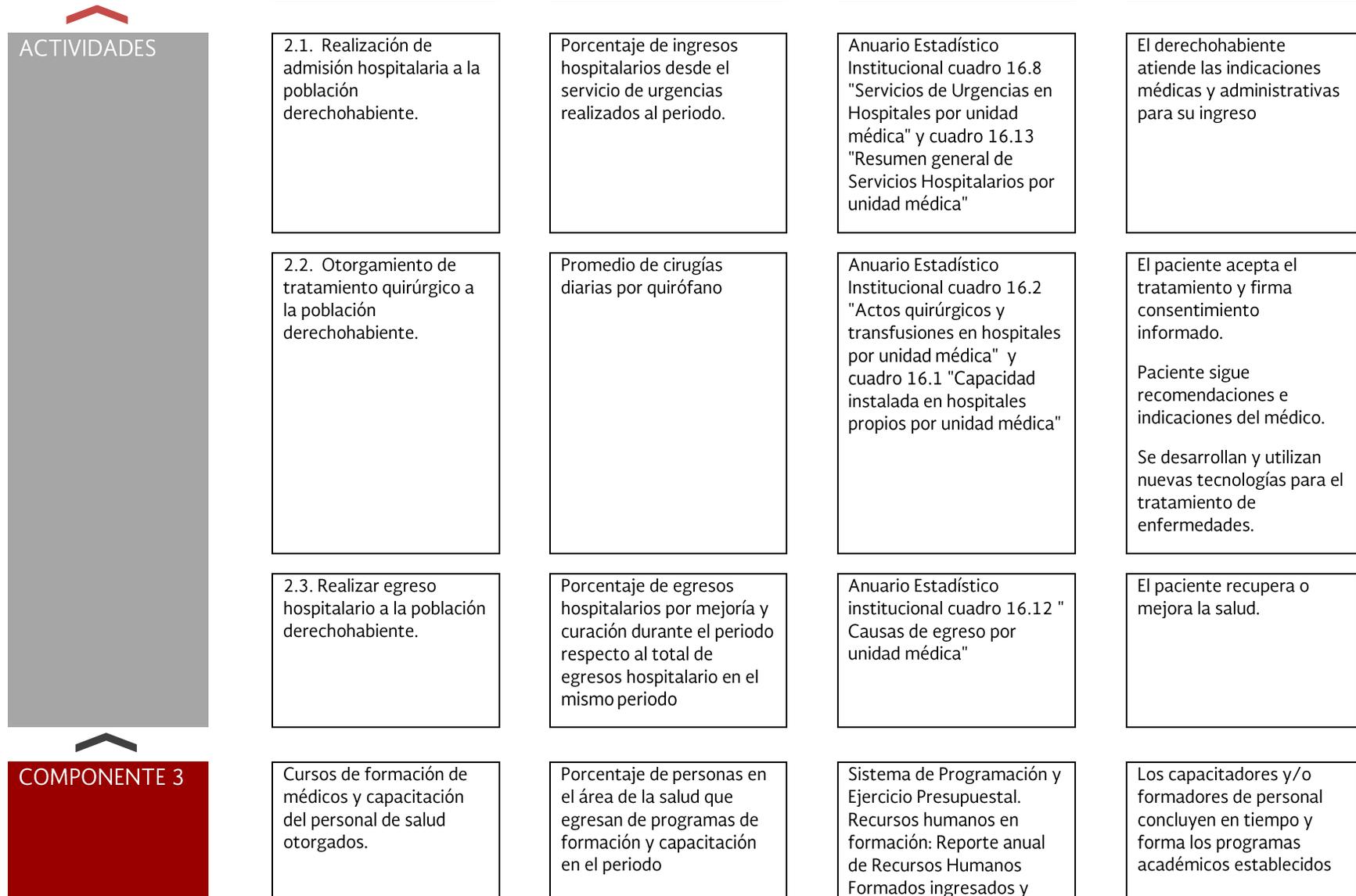
El derechohabiente acude al servicio sólo en caso de urgencia real.

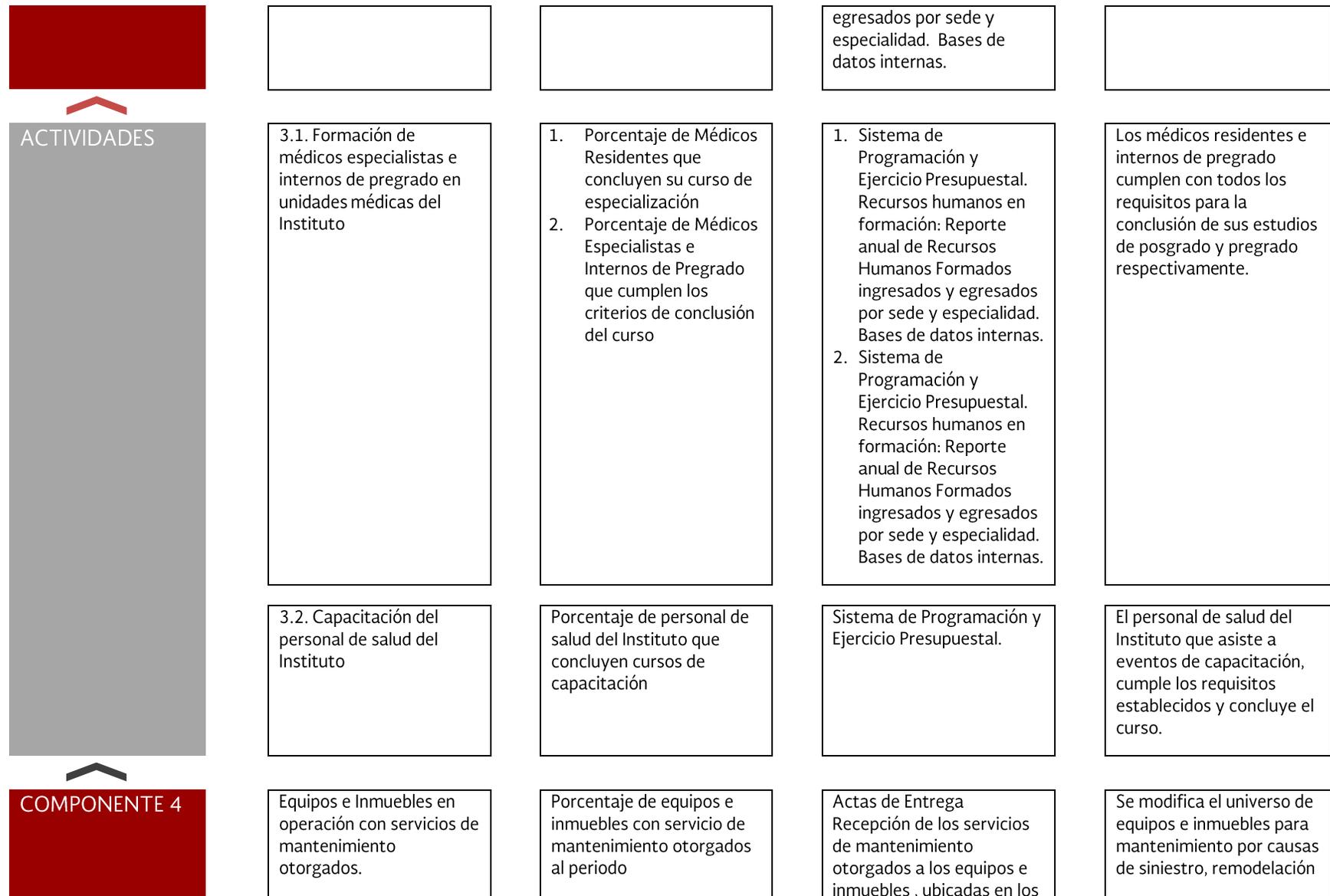
			<p>por unidad médica" y Sistema de Información Médico Financiero Reporte del Análisis de Urgencias Reales</p> <p>5. Sistema de Información Médico Financiero Reporte del Análisis de Urgencias Reales y Reporte de Análisis de Urgencias Sentidas</p>	
	1.2. Apoyo de auxiliares de diagnóstico en consulta externa	Promedio de estudios de laboratorio e imagenología en consulta externa	Sistema Médico Financiero reporte cuadros complementarios	<p>El paciente asiste a realizarse exámenes.</p> <p>El paciente sigue las indicaciones médicas.</p> <p>La población derechohabiente está libre de brotes epidemiológicos.</p>
	1.3. Apoyo de auxiliares de diagnóstico en el servicio de urgencias.	Promedio de estudios de laboratorio e imagenología en el servicio de urgencias	Sistema Médico Financiero reporte cuadros complementarios	El paciente sigue las indicaciones médicas.
	1.4. Otorgamiento de consulta a la mujer embarazada	Promedio de consultas otorgadas a derechohabientes embarazadas	Reporte de actividades de capacitación a la Población, vigente en el sistema en línea de Información Estadística en Medicina Preventiva (SIEMP)	La paciente acude a consulta desde el primer trimestre del embarazo
	1.5. Referenciar a otro nivel de atención a la población derechohabiente.	1. Porcentaje de pacientes referidos del primer nivel de atención durante la consulta al periodo, respecto a las	Base de datos del Programa de Referencia y Contrareferencia de la	Paciente asiste a sus citas en la unidad médica a la que se le refirió.

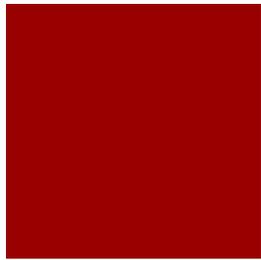


COMPONENTE 2

	<p>consultas otorgadas en el primer nivel de atención.</p> <p>2. Porcentaje de pacientes referidos del segundo nivel de atención durante la consulta al periodo, respecto a las consultas otorgadas en el segundo nivel de atención.</p> <p>3. Porcentaje de pacientes referidos del tercer nivel de atención durante la consulta, al periodo respecto a las consultas otorgadas en el tercer nivel de atención.</p>	<p>Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria</p>	
<p>1.6. Realizar sesiones de rehabilitación física a la población derechohabiente.</p>	<p>Promedio de sesiones de rehabilitación otorgada por paciente en el servicio de Rehabilitación al periodo</p>	<p>Anuario Estadístico Institucional cuadro 14.26 " Servicios Auxiliares de Tratamiento, en el Distrito Federal y Estados"</p>	<p>Paciente asiste oportunamente a las sesiones de rehabilitación.</p>
<p>Atención Médica hospitalaria a la población derechohabiente otorgada.</p>	<p>Cobertura hospitalaria por cada 100 derechohabientes del ISSSTE</p>	<p>Anuario Estadístico Institucional cuadro 16.13 "Resumen general de Servicios Hospitalarios por unidad médica" y cuadro 1.1 "Población amparada por entidad federativa"</p>	<p>El paciente utiliza los servicios de salud.</p> <p>El paciente acude o es transferido oportunamente a la unidad hospitalaria para su atención.</p> <p>Paciente proporciona su consentimiento informado.</p>







ACTIVIDADES

			expedientes de los contratos formalizados por las Unidades Administrativas Desconcentradas y la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	o cierre de la unidad médica.
4.1. Puesta en operación de equipos médicos por falla.	Promedio de días de reparación de fallas de equipo médico.	Actas de Entrega Recepción de los servicios correctivos otorgados a equipos médicos, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Los proveedores de servicios de mantenimiento cumplen en el tiempo programado los servicios correctivos; stock de refacciones en el mercado suficientes.	
4.2. Otorgamiento de servicios de mantenimiento correctivo a equipos médicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de equipos médicos con falla contratados en el ámbito central 2. Porcentaje de equipos médicos con falla contratados en el ámbito desconcentrado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actas de Entrega Recepción de los servicios correctivos otorgados a equipos médicos, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por la Subdirección de Conservación y Mantenimiento. 2. Actas de Entrega Recepción de los servicios correctivos otorgados a equipos médicos, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por la Unidad 	Los proveedores de servicios de mantenimiento cumplen en el tiempo programado los servicios correctivos; stock de refacciones en el mercado suficientes.	

			Administrativa Desconcentrada.	
	4.3. Otorgamiento de servicios de mantenimiento preventivo a equipos.	Porcentaje de servicios de mantenimiento preventivo otorgados a equipos contratados a nivel central.	Actas de Entrega Recepción de los servicios preventivos otorgados a equipos médicos, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Se cuenta y se respeta la programación clínica en las unidades médicas.
	4.4. Otorgamiento de servicios de mantenimiento a equipos médicos en Unidades Administrativas Desconcentradas.	Porcentaje de equipo médico con mantenimiento en Unidades Administrativas Desconcentradas	Actas de Entrega Recepción de los servicios preventivos otorgados a equipos médicos, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por las Unidades Administrativas Desconcentradas	Se cuenta con proveedores de servicios de mantenimiento.
	4.5. Otorgamiento de servicios de mantenimiento a inmuebles para prestación de servicios de salud.	Porcentaje de servicios de mantenimiento otorgados a inmuebles para prestación de servicios de salud.	Actas de Entrega Recepción de los servicios otorgados a inmuebles, ubicados en el expediente de los contratos formalizados por la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Los Inmuebles están en funcionamiento y en operación.