

## DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

**Nombre del Programa:** Unidades Médicas Móviles

**Modalidad:** S200

### 1. Unidad Administrativa:

#### Titular

**Nombre:** Alberto Jonguitud Falcón

**Teléfono:** 5256025

**Correo Electrónico:** alberto.jonguitud@salud.gob.mx

#### Responsable(s) Operativo(s) del Programa

**Nombre:** Alberto Jonguitud Falcón

**Teléfono:** 5256025

**Correo Electrónico:** alberto.jonguitud@salud.gob.mx

## Descripción del programa

Programa presupuestario con cobertura nacional diseñado para contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de las localidades geográficamente dispersas y sin acceso a servicios de salud. Lo anterior, mediante la oferta de atención de primer nivel a la salud por Unidades Médicas Móviles que cuentan con personal capacitado para proporcionar servicios de promoción, prevención y atención médica y odontológica en las localidades de alta y muy alta marginación; dichas localidades están ubicadas en municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano y/o en municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre y/o municipios predominantemente indígenas. La cartera de servicios de salud que otorga el Programa es de 154 intervenciones que forman parte del Catálogo Universal de Servicios de Salud publicado en 2012 (CAUSES 2012) por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

## Resumen Narrativo de la MIR

**Fin:** Contribuir para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad a través de la atención con Unidades Médicas Móviles a la población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación.

**Propósito:** La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

#### Componentes:

1. Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionadas a la comunidad.

#### Actividades:

1. Operación de unidades médicas móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios con calidad.

## RESULTADOS Y HALLAZGOS

### Resultados (Cumplimiento de sus Objetivos) Efectos atribuibles al programa

*El programa no cuenta con evaluaciones de impacto debido a cuestiones relacionadas con:*

*- La insuficiencia de información para la evaluación de impacto*

***El programa no cuenta con evaluaciones de impacto que puedan arrojar resultados atribuibles completamente a la intervención del programa.***

## Otros Efectos

### Hallazgo de Propósito 1

**1. Año de la Fuente:** 2013

**2. Hallazgo Relevante:** En encuestas aplicadas en los estados de México, Puebla y Oaxaca señalan que, aproximadamente, una de cada cuatro personas que solicitaron atención se les negó la consulta, entre las principales razones: no alcanzó ficha, el paciente no estaba grave o que no todos los miembros de la familia estaban en el Seguro Popular. El 77.8% de las personas entrevistadas mencionaron que ninguna persona que lo atendió habla lengua indígena, lo que complica obtener información sobre la salud de la persona, aún cuando el auxiliar de salud sirve, en muchas comunidades indígenas, como intérprete.

**3. Fuente:** Evaluación Complementaria (ECO)

**4. Elemento de Análisis:** Propósito

**5. Valoración del Hallazgo:** Destacada

**6. Comentarios y Observaciones:** El estudio se realizó en localidades con presencia del Programa en tres entidades federativas; sin embargo, no se cuenta con evidencia documental de que los hallazgos comentados no se observen en otras localidades de su responsabilidad. En la ECO de 2011, en la que se aplicó encuesta en hogares de municipios de alta y muy alta marginación de seis entidades federativas, también se identificó que una parte de la población manifiesta que les niegan la atención.

Los aspectos relacionados con la interculturalidad están relacionados no sólo con hablar la lengua local, sino con los usos y costumbres de la población, y con la forma de comunicación, entre otros.

### Hallazgo de Propósito 2

**1. Año de la Fuente:** 2010

**2. Hallazgo Relevante:** Se observa que prevalece la atención del parto en la casa de la entrevistada (55.8%) que sumada a la casa de la partera (4.2%) representa el 60%, en alguna unidad médica es el 32.2% y en la UMM es de 5.2%. Del total de partos el 46.4% fueron atendidos por partera, el 33.3% por un médico y el 7.7% por una enfermera. Aún se observa que las mujeres atienden su parto en opciones no institucionales, con lo que no se está avanzando con el Fin y Propósito del Programa.

**3. Fuente:** Evaluación Complementaria (ECO)

**4. Elemento de Análisis:** Propósito

**5. Valoración del Hallazgo:** Destacada

**6. Comentarios y Observaciones:** Se realizó una encuesta cualitativa entre mujeres de localidades que son atendidas por las UMM de 124 municipios prioritarios del Programa. Las UMM no permanecen en las localidades que son de su responsabilidad y es muy probable que cuando se requieren servicios para la atención del parto, no se encuentren en donde se requiera, por ello las acciones de promoción y prevención entre la población deben contribuir al uso de los servicios institucionales, así como su coordinación con las unidades médicas fijas

más cercanas, para que la población acuda a servicios institucionales de salud, y con ello contribuir al acceso efectivo de servicios y a disminuir los riesgos de mortalidad materna e infantil.

## Otros Hallazgos

### Hallazgo Relevante 1

**1. Año de la Fuente:** 2009

**2. Hallazgo Relevante:** En una muestra de localidades visitadas por UMM de municipios con los niveles más bajos de IDH se observó que la población tiene una alta satisfacción, ya que el 86% de los usuarios califica el trato como bueno o muy bueno y solo el 3% lo califica como malo o muy malo; sin embargo, el Programa sólo había logrado tener presencia en 43% de las localidades, con un 52% de la población potencial a atender, y el 20.7% de ellas ya cuentan con acceso a otros servicios. Se está cumpliendo una parte del Objetivo del Fin al otorgar servicios de calidad (al menos un alto porcentaje de la población se encuentra satisfecha), pero hace falta que un alto porcentaje de la población tenga acceso a servicios de salud.

**3. Fuente:** Evaluación Complementaria (ECO)

**4. Elemento de Análisis:** Otros Propósito

**5. Valoración del Hallazgo:** Adecuada

**6. Comentarios y Observaciones:** En diferentes evaluaciones se identifica la necesidad de que se realice una revisión a la identificación de la población objetivo y atendida del Programa, lo cual además de contribuir al logro del Fin del mismo, también tendría un impacto en el uso eficiente de los recursos de Salud al evitar que se duplique la oferta de servicios en algunas localidades.

### Hallazgo Relevante 2

**1. Año de la Fuente:** 2008

**2. Hallazgo Relevante:** Las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio representan el 5.75% de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva en los 125 municipios prioritarios (en los que inició el Programa), y cuatro de cada diez muertes maternas se deben a hemorragias obstétricas, y dos de cada diez se deben a hipertensión en el embarazo y preclampsia. Esta es una situación relevante que afecta el objetivo de disminuir la Razón de Mortalidad Materna, indicador del Programa Sectorial de Salud con el cual está relacionado el Programa en la MIR.

**3. Fuente:** Evaluación Complementaria (ECO)

**4. Elemento de Análisis:** Otros Fin

**5. Valoración del Hallazgo:** Destacada

**6. Comentarios y Observaciones:** En las Reglas de Operación no se identifica alguna acción relevante para otorgar atención oportuna del embarazo, educación a las embarazadas para la identificación de signos de alarma y riesgos, y de coordinación con otras instancias para la atención del parto institucional o en caso de urgencias obstétricas.

### Hallazgo Relevante 3

**1. Año de la Fuente:** 2014

**2. Hallazgo Relevante:** El Programa participa en la Cruzada Nacional contra el Hambre.

**3. Fuente:** Reglas de Operación (ROP)

**4. Elemento de Análisis:** Componentes

**5. Valoración del Hallazgo:** Oportunidad de Mejora

**6. Comentarios y Observaciones:** La Cruzada Nacional contra el Hambre busca mejorar las condiciones socioeconómicas de la población más pobre y rezagada del país, en el caso de Salud se ocupa el indicador de Acceso a Servicios de Salud. La conjunción de las acciones de todas las instancias que participan en la Cruzada deberían tener un efecto positivo en los resultados de la población de responsabilidad del Programa.

#### Hallazgo Relevante 4

**1. Año de la Fuente:** 2015

**2. Hallazgo Relevante:** El Programa ha modificado en diferentes años la MIR. Algunos de los indicadores continúan en 2014, pero se han reubicado en el nivel de objetivo al que se han asociado. En 2013 el Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional fue registrado como un indicador de Actividad, y en 2014 se encuentra a un nivel de Propósito. De igual forma ha sucedido con los indicadores que en 2014 corresponden a Actividades, Localidades atendidas y unidades médicas móviles en operación, se ubicaron en el nivel de Propósito y Componente, respectivamente. Del análisis de lógica vertical y horizontal a la MIR 2014 se concluye que tiene una mayor relación con la operación del Programa y con su Propósito. Para 2015, el indicador de FIN "Esquema completo de vacunación de niños menores de un año" se sustituyó por el de "Mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades de responsabilidad del Programa"

**3. Fuente:** Matriz de Indicadores de Resultados (MIR)

**4. Elemento de Análisis:** Aspectos Susceptibles de Mejora

**5. Valoración del Hallazgo:** Destacada

**6. Comentarios y Observaciones:** Los cambios continuos a la MIR del Programa son una barrera para el análisis sobre los avances de los indicadores, así como del logro de los objetivos del Programa.

#### Hallazgo Relevante 5

**1. Año de la Fuente:** 2007

**2. Hallazgo Relevante:** Aún se utiliza como criterio de selección del programa el Índice de Marginación, a pesar de que no contiene entre sus componentes ninguna variable relativa a la salud.

**3. Fuente:** Evaluación Complementaria (ECO)

**4. Elemento de Análisis:** Cobertura

**5. Valoración del Hallazgo:** Moderada

**6. Comentarios y Observaciones:** Sí bien la Evaluación propone el uso del Índice de Desarrollo Social que fue publicado por el CONAPO, cabe señalar que dicho índice ha dejado de publicarse. Sin embargo, se considera pertinente la búsqueda de un índice que contenga información relativa a la salud de los habitantes de las localidades. Un ejemplo es el Índice de Rezago Social publicado por el CONEVAL, el cual contiene el Porcentaje de la población sin derechohabencia a servicios de salud como uno de sus componentes.

### AVANCES Y ASPECTOS DE MEJORA

## Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

### Avance en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

1. Para el 2012-2013, el Documento de Trabajo señala que aún no se ha atendido por completo la construcción de la herramienta informática para la conformación de las rutas. El proyecto fue incluido en Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones 2015. Sin embargo, han existido problemas presupuestarios para su construcción (Avance 70%, fecha de término 31/12/13). 2. En 2013-2014 se establecieron siete ASM; destacando lo siguiente: se implementó el modelo de supervisión, en el cual se incluyeron áreas de operación que no se supervisaban (Avance 90%, fecha de término 19/12/2014). 3. El fortalecimiento de capacitación del personal en la cual se realizó un diagnóstico a nivel nacional y se actualizó el programa con temas de interculturalidad y prevención, entre otros. (Avance 80%, fecha de término 19/12/2015). 4. El diagnóstico del estado de las UMM espera reincorporar a la operación aquellas que técnicamente tengan reparación, al respecto se mejoró el seguimiento al Plan Anual de Mantenimiento (Avance 90%, fecha de término 01/06/2015).

Porcentaje de avance promedio de las acciones de mejora establecidas en el documento de trabajo: 80.00 %

### Aspectos comprometidos en 2015

*El programa no comprometió Aspectos de Mejora en el 2015*

## Avance de Indicadores y Análisis de Metas

El resultado del indicador de personas que son atendidas por el Programa fue 28 puntos porcentuales por debajo de la meta, cuando de 2009 a 2013 se observaron resultados alrededor del 100% de la meta planteada en cada año, y para 2014 su resultado fue de 61.9%. Según los indicadores, en 2014, el Programa cubrió el 83.76% de las localidades y operaron el 97% de las Unidades Médicas Móviles.

Al relacionar estos resultados, con los dos indicadores asociados a los servicios otorgados de promoción y prevención y atención médica ambulatoria, se observa que aun cuando no se atendió al total de población ni de las localidades, si se otorgaron más servicios a los programados en las metas en un 12.6% y 7.1% respectivamente. De lo anterior, se concluye que o las metas de servicios otorgados están calculadas para ser alcanzadas, independientemente de la cobertura de población y localidades atendidas, así como de la operación de las unidades médicas móviles, o que el procedimiento para el registro e integración de información requiere de una revisión importante.

El Programa contó con una MIR con ocho indicadores. En 2014, de los indicadores de resultado: niños en control nutricional alcanzó el 95% de la meta planteada; niños menores de un año con esquema de vacunación no tuvo medición por causas ajenas al Programa, pero en 2013 se encontraba 31.4% por debajo de la meta, para 2015, este indicador no se incluyó en la MIR. El indicador de Razón de Mortalidad Materna es un indicador decreciente comprometido en el Programa Sectorial de Salud, con una línea base de 2011 de 43 defunciones maternas por 100 mil niños nacidos vivos en el año y una meta para 2014 de 39.5, sin embargo, no se dispone del resultado a 2014.

## Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 2015

1. Nuevamente se modificó la MIR al cambiar el indicador a nivel de Fin de niños con esquema de vacunación completo por mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa.
2. De acuerdo con la información proporcionada por el Programa, en 2015, el presupuesto per cápita del Seguro Popular fue disminuido a 172.65 pesos, equivalente a un decremento de

70.1%, lo cual afectará la operación del Programa ya que se utiliza para la adquisición de insumos médicos y de laboratorio, medicamentos, uniformes de personal y gastos.

## POBLACIÓN Y COBERTURA

### Población Potencial

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Personas

c. **Cuantificación:** 4,657,462

d. **Definición:** La población de localidades sin acceso permanente a servicios de salud por encontrarse en un rango de entre 60 y 90 minutos de tiempo de traslado al primer contacto de atención, en sus medios habituales, para acceder a una unidad de Primer Nivel de Atención

e. **Valoración:** Es evidente la necesidad de actualizar el método de cuantificación de la población potencial, ya que de 2007 a 2015 el dato es el mismo. Esto refleja que la estimación realizada para cuantificar la población potencial no actualiza las variables para su cálculo, o no se ha actualizado la información desde su inicio. Además no es posible identificar en la base de población potencial proporcionada por el Programa cuales de las localidades se categorizan como Subsede y cuales como Áreas de Influencia.

\*Localidades Subsede: Son las localidades visitadas físicamente por las Unidades Móviles del Programa, en las que los equipos de salud itinerante deben otorgar los servicios de salud en jornada laboral de 8 horas in situ.

\*Localidad de Área de Influencia (LAI): Son localidades que se encuentran dentro de la microrregión que conforma la ruta que recorre la Unidad Médica Móvil del Programa, y que por su cercanía con alguna localidad subsede, la población que habita en dichas localidades al desplazarse hasta las subsedes también recibe los servicios del Programa.

### Población Objetivo

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Personas

c. **Cuantificación:** 3,976,337

d. **Definición:** Toda la población que cuenta con acceso al primer nivel de atención a la salud a través de una unidad médica móvil.

e. **Valoración:** La definición actual de la población objetivo conlleva a una intersección del cien por ciento con la población atendida, lo que impide realizar un análisis sobre el alcance de la planeación y del cumplimiento de las acciones previstas en la operación del programa. Esta situación se presenta en el periodo de 2007 a 2015.

### Población Atendida

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Personas

c. **Cuantificación:** 3,976,337

d. ¿Se cuenta con información desagregada de la Población Atendida por entidad, municipio y/o localidad?:

**Entidades Atendidas: 32**

**Municipios Atendidos: 715**

**Localidades Atendidas: 10170**

**Hombres Atendidos: 704,311**

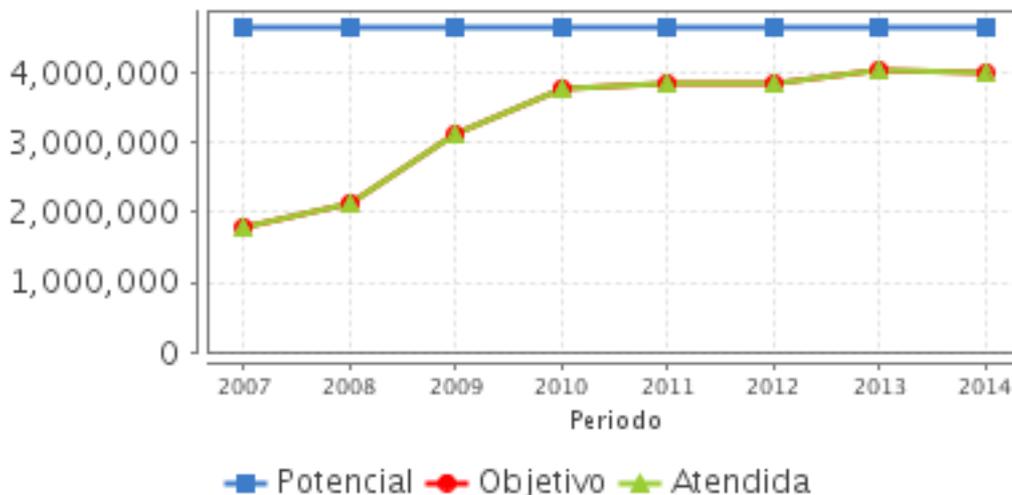
**Mujeres Atendidas: 715,406**

**Localización de la Población Atendida**



**Evolución de la Cobertura**

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2007	4,657,462	1,792,044	1,792,044
2008	4,657,462	2,136,502	2,136,502
2009	4,657,462	3,103,959	3,103,959
2010	4,657,462	3,779,118	3,779,118
2011	4,657,462	3,839,056	3,839,056
2012	4,657,462	3,839,056	3,839,056
2013	4,657,462	4,024,889	4,024,889
2014	4,657,462	3,976,337	3,976,337



### Análisis de la Cobertura

Se requiere construir una metodología para la cuantificación de las poblaciones que permita ajustar las variables en la estimación realizada para su cálculo. Lo anterior, a fin de favorecer la interpretación adecuada de la evolución de la cobertura, ya que las estimaciones para determinar las cifras de las poblaciones limitan la realización de un diagnóstico preciso que propicie la mejor operación del programa. Los dos ejemplos claros de este problema en la estimación de las poblaciones son los siguientes: primero, la cifra de población potencial no se ha modificado en el periodo de 2007-2014, lo que indica la necesidad de actualizar la metodología y/o la información con la cual se calcula, ya que existe un riesgo evidente de un sesgo en su cuantificación, es decir, no es probable que la población que presenta el problema que atiende este programa siga siendo la misma a lo largo del periodo señalado. Ya sea porque se tienen el acceso a los servicios de las unidades móviles, porque en algunas localidades se haya ampliado la oferta de servicios con la construcción de unidades fijas, además de los cambios demográficos de las localidades. Segundo, las estimaciones de la población objetivo y la población atendida arrojan cifras idénticas en el periodo 2007-2014, de esta manera se simula una cobertura de 100%. Por lo anterior, no es posible evaluar el avance o retroceso en la evolución de la cobertura del programa. Adicionalmente, se puede observar que el programa mantiene presencia en las 32 entidades federativas y atiende a 10,170 localidades en 715 municipios.

## ALINEACIÓN AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018 Y PRESUPUESTO

### Alineación con Planeación Nacional 2013-2018

**Meta:** México Incluyente

**Objetivo:** Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población

**Estrategia:** Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva

### Alineación con Programa Sectorial/ Institucional 2013-2018

**Objetivo:** Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

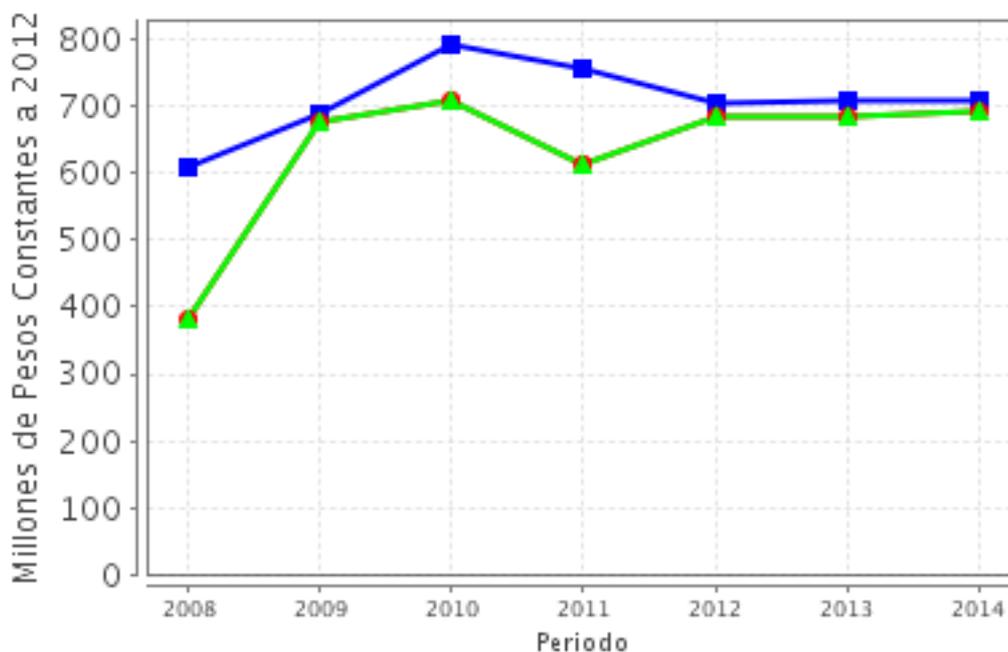
### Año de Inicio del Programa 2007

#### Evolución del Presupuesto (Millones de Pesos Constantes a 2012)

Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Año	Presupuesto Original	Presupuesto Modificado	Presupuesto Ejercido
2008	607.54	382.00	382.00
2009	688.65	676.11	675.76
2010	790.55	710.19	710.19
2011	756.83	614.64	612.78
2012	704.10	685.74	685.74
2013	708.13	683.97	683.97
2014	706.65	691.33	691.33

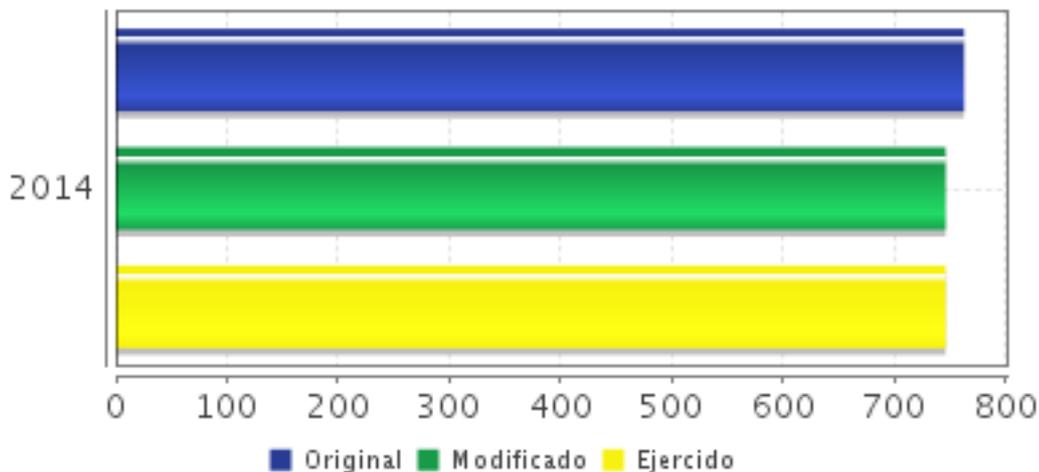
Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)



■ Presupuesto Original   
 ● Presupuesto Modificado  
▲ Presupuesto Ejercido

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

**Presupuesto 2014 (Millones de Pesos)**



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

**Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto**

Con base en la información de la SHCP, en términos reales el Programa ha observado ligeras variaciones ascendentes y descendentes en el presupuesto per cápita. Utilizando como base la información de población atendida a nivel nacional, según DGPLADES, y el presupuesto ejercido según la SHCP, en 2008, el Programa ejerció, en promedio, 178 pesos por persona, en 2009 ejerció 217 pesos; desde el inicio del Programa el monto ejercido más bajo se observó en 2011, equivalente a 159.6 pesos por persona; 178 pesos en 2012; 170 pesos en 2013; y para 2014 ascendió a 173.8 pesos en promedio por persona.

**CONCLUSIONES**

**Conclusiones del Evaluador Externo**

El programa está diseñado para contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de las localidades geográficamente dispersas y sin acceso a servicios de salud; brinda servicios de promoción, prevención y atención médica y odontológica en las localidades de alta y muy alta marginación ubicadas en municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano y/o en municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre y/o municipios predominantemente indígenas. A ocho años de operación del Programa se observa que ha ampliado su cobertura y es, en muchos casos, la opción más cercana para que la población que reside en localidades de alta y muy alta marginación tenga acceso a servicios de salud. Sin embargo, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones complementarias, el Programa no ha consolidado su operación. Además, persiste una metodología limitada para la focalización de las localidades que afecta la identificación y cuantificación de su población potencial, así como de las poblaciones objetivo y atendida. Los resultados de los indicadores no permiten analizar los avances de las acciones que realiza el Programa, tal vez derivado de la metodología para su registro y/o cálculo. Se requiere fortalecer los protocolos de los registros administrativos tanto para la verificación de las rutas como para el registro y seguimiento de las personas atendidas y de los servicios proporcionados.

El Programa es un eslabón importante en la red de servicios; no obstante, no se identifica su articulación con unidades de salud para la referencia de pacientes, particularmente, para la atención de emergencias obstétricas y embarazos de alto riesgo. Cabe señalar que es necesario potencializar sinergias que eviten duplicar esfuerzos de atención con otras estrategias de atención itinerante. Asimismo, la falta de garantía del presupuesto pone en riesgo su operación e incrementa la inequidad social de la población más rezagada del país. Por otra parte, consolidar los procesos de capacitación que propicien la pertinencia cultural en

la atención médica será fundamental para conseguir una mayor aceptación y acercamiento con la población de las localidades, principalmente, en las regiones indígenas.

Finalmente, es importante señalar que la operación de este Programa es un elemento importante para lograr el Objetivo 2.3 "Asegurar el acceso a los servicios de salud" del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente la Estrategia 2.3.3 "Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad" y su línea de acción concreta: "Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable", por lo que todas aquellas áreas de oportunidad deben ser valoradas y ordenadas por orden de prioridad, a fin de optimizar la operación y los resultados del programa.

### Fortalezas

1. La población identifica y tiene buena opinión de los servicios de las Unidades Médicas Móviles. 2. Las Unidades Médicas Móviles tienen la capacidad de brindar la Atención Médica de Primer Nivel de forma ágil y oportuna a la población de las localidades que se ven afectadas por contingencias. 3. El Programa puede determinar los días de atención en las localidades según el tamaño de población a la que están asignadas, con el propósito de atender a un mayor número de personas. El número de localidades y permanencia de la Unidad definirían rutas de acuerdo al tamaño de población objetivo. 4. Los Programas que participan en la Cruzada Nacional contra el Hambre en las localidades responsabilidad del Programa pueden tener impacto en los indicadores de salud de los habitantes al realizar acciones para modificar los Determinantes Sociales de la Salud como agua potable, drenaje, recolección de desechos, educación y alimentación de calidad.

### Retos y Recomendaciones

1. Se recomienda redefinir la población potencial, la población objetivo y la población atendida bajo la lógica de un nuevo lenguaje que distinga dos conceptos de población: Población de Gestión: aquella donde la unidad de medida considera un ámbito geográfico que en este caso son localidades. Población Estratégica: aquella donde la unidad de medida es el beneficiario directo, es decir, las personas que residen en las localidades que atiende el Programa de Unidades Médicas Móviles. 2. Retomar la recomendación de la Evaluación Inicial del Programa realizada en 2007 por la Universidad Autónoma Metropolitana que aún no ha podido ser considerada para el mejoramiento del programa, de utilizar otro índice para el criterio de focalización, ya que el Índice de Marginación no contiene entre sus componentes alguna variable relativa a la salud. 3. Especificar en las Reglas de Operación las acciones para la atención de mujeres embarazadas, y la vinculación de las UMM en las Redes de Servicios para embarazos de alto riesgo y la atención de emergencias obstétricas.

### OBSERVACIONES

#### Observaciones del CONEVAL

"El Programa en 2014 y 2015 no ha identificado claramente el problema que busca atender". El objetivo principal del programa se centra en la cobertura de un servicio (servicios regulares de promoción, prevención y atención médica) pero no en el cambio que se pretende generar en la población objetivo; el Propósito de un programa debe considerar la identificación de la población objetivo y el cambio que se pretende generar en ella y no solamente como la entrega de un servicio.

En la reestructuración programática para 2016, planteada en el documento "Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2016", se propone la fusión del programa de Unidades Médicas Móviles con Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (U006) para crear el programa denominado Fortalecimiento a la atención médica (S200). En este sentido, es necesario que quede claro si la fusión se deriva en un programa nuevo sustancialmente distinto al diseño de Unidades Médicas Móviles que actualmente opera, o si esta fusión pretende fortalecer el programa que opera en la actualidad, lo que debe estar

plasmado en el diagnóstico. Además, el nuevo programa debe contar con un diagnóstico completo que defina claramente la problemática que busca atender y el tipo de intervención que se va a instrumentar. El nuevo diseño debe contemplar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en el sector.

### Opinión de la Dependencia (Resumen)

Los resultados de la evaluación específica del desempeño al ser de gabinete no muestran hallazgos nuevos para el Programa, retoman los hallazgos de las evaluaciones que ha tenido el Programa desde el inicio de su operación, cabe señalar que estos hallazgos en algunos casos ya se atendieron y otros están siendo atendidos por el Programa como aspectos susceptibles de mejora. Por lo anterior, no se considera que existan elementos para la emisión de un nuevo aspecto susceptible de mejora. En la observación de la evaluadora que señala que el Programa cuenta con una metodología limitada para la definición de población potencial y objetivo, es importante señalar que la misma se encuentra en proceso de redefinición y cuantificación para ello se está trabajando con el apoyo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

El evaluador menciona que "se requiere fortalecer los protocolos de los registros administrativos tanto para la verificación de las rutas como para el registro y seguimiento de las personas atendidas y de los servicios proporcionados", en este punto se comenta que existe un proceso en la planeación de rutas enunciado en el numeral 6.2 de las Reglas de Operación vigentes del Programa

En el apartado donde el evaluador señala que no identifica la articulación con unidades de salud para la referencia de pacientes, particularmente, para la atención de emergencias obstétricas y embarazos de alto riesgo; es importante mencionar que el Programa UMM a partir de este año se suma a uno de los objetivos de desarrollo del milenio que es la reducción de la mortalidad materna, para lo cual agrega a la Matriz de Indicadores de Resultados el indicador de "Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa.

## INDICADORES

### Principales Indicadores Sectoriales 2013-2018

#### -Indicador 1

**1. Nombre del Indicador:** Razón de Mortalidad Materna (RMM)

**2. Definición:** El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y púerperas de acuerdo con la normatividad aplicable. Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países.

**3. Método de Cálculo:** (Número de defunciones maternas en un año específico / Total de nacidos vivos ocurridos en ese mismo año)\*100,000

**4. Unidad de Medida:** Índice

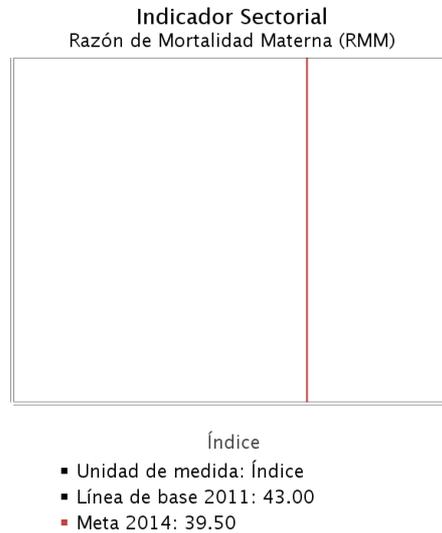
**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Anual

**6. Año Base:** 2011

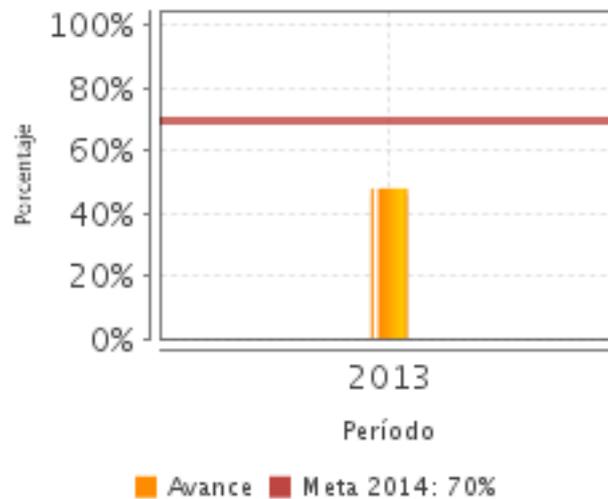
**7. Meta del Indicador 2014:** 39.50

**8. Línea Base (Valor):** 43.00

**9. Último Avance (Valor):** ND

**10. Último Avance (Año): 2013****Principales Indicadores de Resultados****-Indicador 1**

- 1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación en localidades responsabilidad del programa.
- 2. Definición:** Se fortalecen las acciones del Programa para incrementar el esquema completo de vacunación en niños menores de un año.
- 3. Método de Cálculo:** (Total de niños menores de un año con esquema completo de vacunación / Total de niños menores de un año) X 100.
- 4. Unidad de Medida:** Porcentaje
- 5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Trianual
- 6. Año Base:** 2013
- 7. Meta del Indicador 2014:** 70.00
- 8. Valor del Indicador 2014:** ND
- 9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013
- 10. Valor Inmediato Anterior:** 48.00
- 11. Avances Anteriores:**



**12. Ejecutivo: SI**

**-Indicador 2**

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del programa

**2. Definición:** Se fortalecen las acciones del Programa para incrementar el control nutricional en menores de cinco años.

**3. Método de Cálculo:** (niños menores de 5 años en control nutricional por Unidad Médica Móvil del programa / Total de niños en áreas de responsabilidad del Programa) X 100

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Anual

**6. Año Base:** 2013

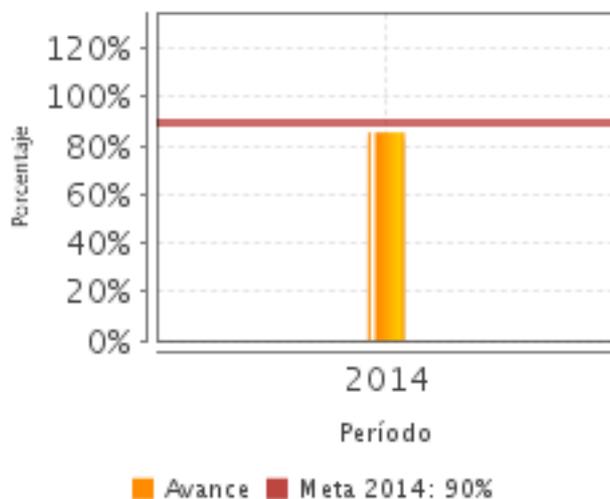
**7. Meta del Indicador 2014:** 90.00

**8. Valor del Indicador 2014:** 85.52

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** NA

**10. Valor Inmediato Anterior:** NA

**11. Avances Anteriores:**



## 12. Ejecutivo: SI

### -Indicador 3

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje del total de personas que habitan en comunidades sin acceso a servicios de salud y con alta y muy alta marginación que es atendida por el programa.

**2. Definición:** Se incrementa la población que es atendida por el programa que habita en comunidades sin acceso a servicios de salud y con alta y muy alta marginación.

**3. Método de Cálculo:**  $(\text{Total de personas atendidas por el programa} / \text{Total de personas objetivo responsabilidad del Programa}) \times 100$ .

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Anual

**6. Año Base:** 2013

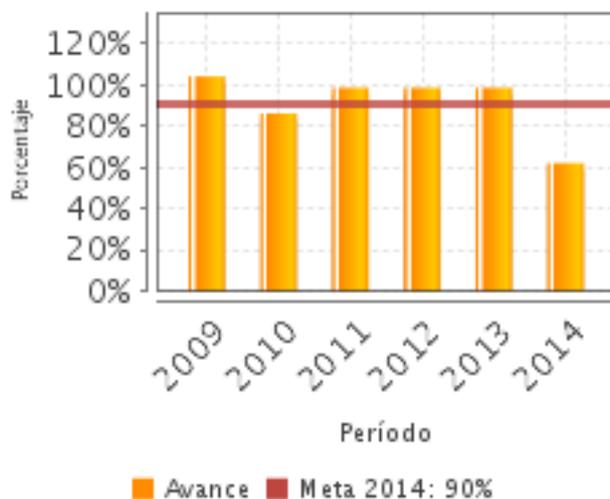
**7. Meta del Indicador 2014:** 90.00

**8. Valor del Indicador 2014:** 61.93

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013

**10. Valor Inmediato Anterior:** 98.39

**11. Avances Anteriores:**



12. Ejecutivo: SI

**Principales Indicadores de Servicios y Gestión**

**-Indicador 1**

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados.

**2. Definición:** Se incrementa el total de actividades de promoción y prevención realizadas sobre las programadas.

**3. Método de Cálculo:** (Actividades de promoción y prevención ambulatoria realizadas / Actividades de promoción y prevención ambulatoria programadas) X 100

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Semestral

**6. Año Base:** 2009

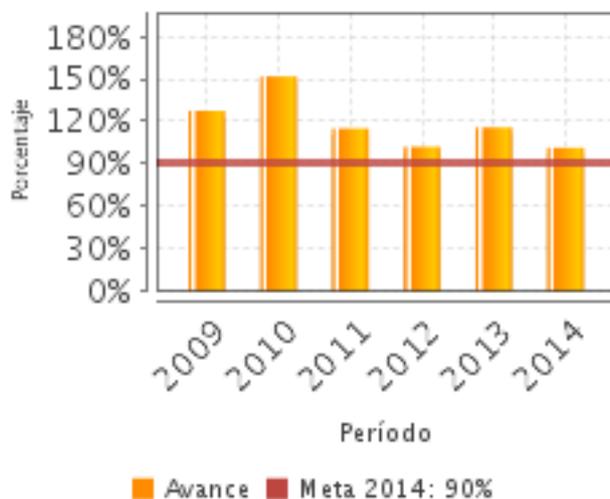
**7. Meta del Indicador 2014:** 90.00

**8. Valor del Indicador 2014:** 101.35

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013

**10. Valor Inmediato Anterior:** 115.59

**11. Avances Anteriores:**



## 12. Ejecutivo: SI

### -Indicador 2

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de servicios de atención médica ambulatoria realizados con respecto a los programados.

**2. Definición:** Se incrementa el total de actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas.

**3. Método de Cálculo:** (Actividades de atención médica ambulatoria realizadas / Actividades de atención médica ambulatoria programadas) X 100

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Semestral

**6. Año Base:** 2008

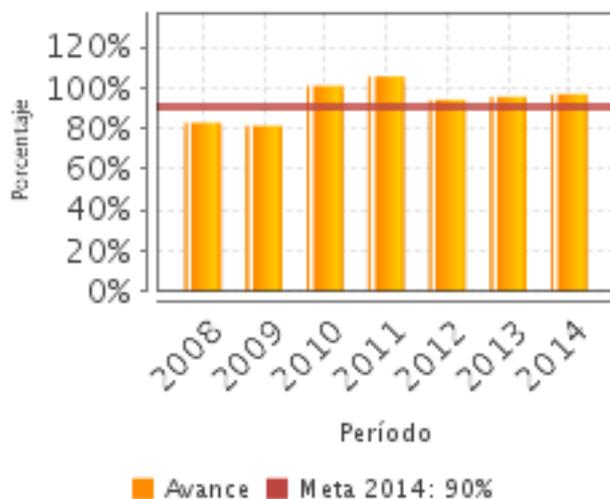
**7. Meta del Indicador 2014:** 90.00

**8. Valor del Indicador 2014:** 96.67

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013

**10. Valor Inmediato Anterior:** 95.49

**11. Avances Anteriores:**



**12. Ejecutivo: SI**

**-Indicador 3**

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades responsabilidad del programa.

**2. Definición:** Se incrementan las localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, que fueron atendidas por el programa.

**3. Método de Cálculo:**  $(\text{Localidades atendidas} / \text{Localidades responsabilidad del programa}) \times 100$

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Trimestral

**6. Año Base:** 2013

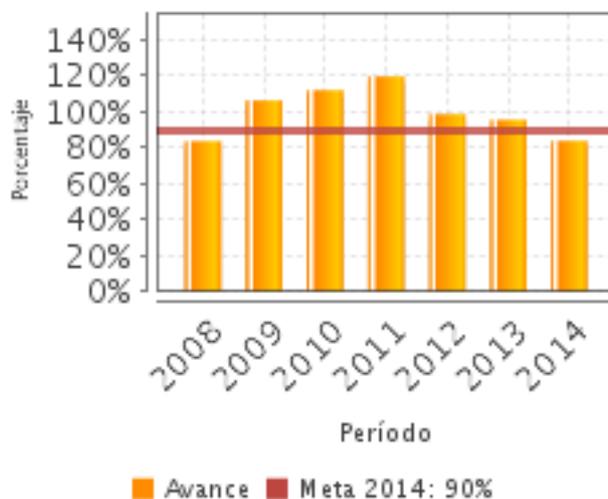
**7. Meta del Indicador 2014:** 90.00

**8. Valor del Indicador 2014:** 83.76

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013

**10. Valor Inmediato Anterior:** 95.40

**11. Avances Anteriores:**



## 12. Ejecutivo: SI

### -Indicador 4

**1. Nombre del Indicador:** Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.

**2. Definición:** Se incrementan las unidades médicas móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios.

**3. Método de Cálculo:** (Unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado / Total de unidades médicas móviles adquiridas) X 100

**4. Unidad de Medida:** Porcentaje

**5. Frecuencia de Medición del Indicador:** Trimestral

**6. Año Base:** 2008

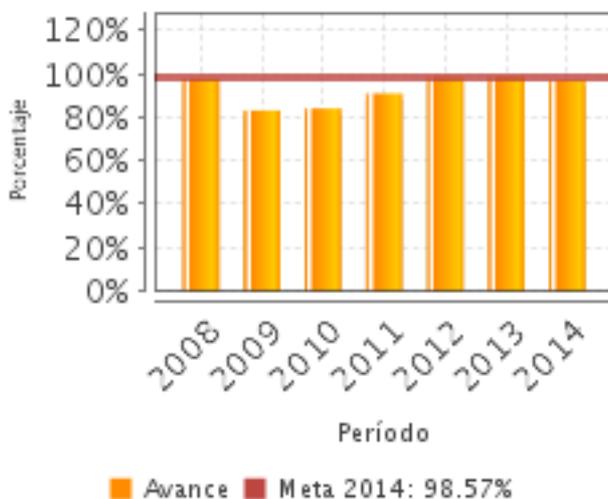
**7. Meta del Indicador 2014:** 98.57

**8. Valor del Indicador 2014:** 97.07

**9. Año del Valor Inmediato Anterior:** 2013

**10. Valor Inmediato Anterior:** 98.72

**11. Avances Anteriores:**



## 12. Ejecutivo: NO

### Observaciones Generales sobre los Indicadores Seleccionados

El Programa ha modificado en diferentes años la MIR. Algunos de los indicadores continúan en 2014, pero se han reubicado en el nivel de objetivo al que se han asociado. En 2013 el Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional fue registrado como un indicador de Actividad, y en 2014 se encuentra a un nivel de Propósito. De igual forma ha sucedido con los indicadores que en 2014 corresponden a Actividades, Localidades atendidas y unidades médicas móviles en operación, se ubicaron en el nivel de Propósito y Componente, respectivamente. Del análisis de lógica vertical y horizontal a la MIR 2014 se concluye que tiene una mayor relación con la operación del Programa y con su Propósito.

Para 2015, el indicador de FIN "Esquema completo de vacunación de niños menores de un año" se sustituyó por el de "Mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades de responsabilidad del Programa".

Los avances de los indicadores sobre las metas programadas tienden a ser estables, lo cual podría deberse a que se establecen de tal forma que puedan ser alcanzadas. Sería necesario contar con mayor información sobre la metodología de estimación de las metas, si se considera que el avance de un indicador tiene impacto en otros, así como del registro y análisis de la consistencia de la información sobre los resultados que observan los indicadores.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

#### Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación

La información proporcionada por el Programa es aceptable en lo referente los siguientes temas: la normatividad del programa y sus cambios relevantes; los Informes Trimestrales y los Informes de las Evaluaciones Externas; así como la información de los Aspectos Susceptibles de Mejora y sus Avances. Sin embargo, la información relacionada con la definición y cuantificación de la Población Potencial, Población Objetivo y Población Atendida requiere mayor claridad y lograr formatos homogéneos a fin de facilitar el análisis. No se recibieron documentos complementarios como: el Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales, y sus anexos, o de algún otro relacionado con la operación del Programa, así como que fundamente el avance en los ASM.

#### Fuentes de Información

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud para el ejercicio fiscal 2014, IT 2014 del avance físico de metas e indicadores de resultados, EDS de Caravanas de la Salud (Manuel Urbina 2007), EED 2008, 2009-2010, 2010-2011 y 2012-2013, Evaluación Inicial del Programa Caravanas de la Salud (UAM 2007), Evaluación del Programa Caravanas de la Salud (CBK 2008) EXT 2009 del Programa Caravanas de la Salud, Informe Final de la Evaluación del Programa Caravanas de la Salud (UNAM 2010 y 2011), ECR 2011-2012, EXT del Programa Caravanas de la Salud (UNAM 2012), Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial (Universidad Intercultural 2013), Definición y Evolución Histórica de la Población Potencial, Objetivo y Atendida, Alineación con el objetivo Sectorial (2013-2018) y nota sobre su avance, Avance al Documento de Trabajo de los ASM, Ficha de Monitoreo y Evaluación 2013.

## INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y CONTRATACIÓN

### Datos generales del evaluador

1. **Instancia Evaluadora:** INSAD
2. **Nombre del (a) Coordinador (a) de la Evaluación:** Manuel Urbina Fuentes
3. **Correo Electrónico:** murbina@insad.com.mx
4. **Teléfono:** 56158252

### Contratación

**Forma de contratación del evaluador externo:** Invitación a cuando menos tres personas

**Costo de la Evaluación:** \$ 138,475.00

**Fuente de Financiamiento:** Recursos fiscales

### Datos de Contacto CONEVAL

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx 54817245

Liv Lafontaine Navarro llafontaine@coneval.gob.mx 54817239

Erika Ávila Mérida eavila@coneval.gob.mx 54817289

## GLOSARIO

AVP	Avances del Programa
DT	Documento de Trabajo
DIN	Documento Institucional
ECO	Evaluación Complementaria
ECR	Evaluación de Consistencia y Resultados
EDS	Evaluación de Diseño
EIM	Evaluación de Impacto
EIN	Evaluación de Indicadores
EPR	Evaluación de Procesos
EP	Evaluación de Programas
ER	Evaluación de Resultados

EED	Evaluación Específica de Desempeño
EST	Evaluación Estratégica
EXT	Evaluación Externa
FT	Fichas Técnicas
ICP	Informe de Cuenta Pública
IT	Informe Trimestral
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
AAM	Avances en las Acciones de Mejora
Mecanismo 08	Mecanismo de Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2008
Mecanismo 10	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2010
Mecanismo 11	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2011
MTE	Metaevaluación
NA	No Aplica
ND	No Disponible
OTR	Otros
PA	Población Atendida: población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.
PO	Población Objetivo: población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
PP	Población Potencial: población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
PPA	Plantilla de Población Atendida
OD	Opinión de la Dependencia
ROP	Reglas de Operación