



Producto 3

Informe final de la evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud”¹

**Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, S. C.
para la Coordinación de Presupuesto e Información Programática del
Instituto Mexicano del Seguro Social**

Fecha de entrega: 14 de diciembre de 2020

¹ En este documento se atienden los comentarios emitidos por el IMSS con fechas 7 y 8 de diciembre de 2020.

Índice

	Pág.
Resumen Ejecutivo	i
Introducción	1
1. Descripción del Programa E011 “Atención a la Salud”	8
1.1 El problema de salud por atender	8
1.2 Contexto de operación del Programa	13
1.2.1 Derechohabiencia.....	14
1.2.2 Recursos para la atención	15
1.2.3 Prestación de servicios	19
1.2.4 Daños a la salud	23
1.2.5 Abasto y suministro de medicamentos.....	37
1.2.6 Satisfacción de derechohabientes con la atención médica.....	37
1.2.7 Análisis cuantitativo de la efectividad del Programa	46
1.3 La relevancia de un enfoque de procesos para organizar la operación.....	58
2. Diseño metodológico y estrategia del trabajo de campo	65
2.1 Diseño metodológico para la evaluación	65
2.1.1 Consideraciones metodológicas sobre la estrategia de trabajo de campo.....	66
2.1.2 Categorías de análisis para la valoración de los procesos.....	68
2.2 Estrategia del trabajo de campo	70
2.2.1 Determinación de muestras cualitativas.....	71
2.2.2 Técnicas de recolección de información y actores participantes.....	82

2.3 Realización de entrevistas semiestructuradas grupales	88
3. Descripción y análisis de los procesos	89
3.1 Proceso de Planeación	90
3.2 Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos	101
3.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura.....	109
3.4 Proceso de Verificación de la Derechohabencia	119
3.5 Proceso de Consulta Externa.....	128
3.6 Proceso de Urgencias	144
3.7 Proceso de Hospitalización	154
3.8 Proceso de Calidad y Seguridad.....	163
3.9 Proceso de Quejas y Satisfacción.....	170
3.10 Proceso de Monitoreo y Evaluación	187
4. Hallazgos y resultados.....	198
4.1 Una mirada cualitativa a la gestión operativa	199
4.2 Valoración global de la operación	206
4.3 Fortalezas y Amenazas.....	209
4.4 Principales áreas de oportunidad, cuellos de botella y buenas prácticas	211
4.5 Principales problemas identificados en la normatividad	212
Recomendaciones y conclusiones.....	218
Bibliografía.....	233
ANEXOS	248
ANEXOS OFICIALES.....	249
Anexo I. Ficha técnica de identificación del Programa	249
Anexo II. Ficha de identificación y equivalencia de procesos del Programa.....	252

Anexo III. Trabajo de campo realizado (Anexo X del AT)	255
Anexo IV. Instrumentos de recolección de información de la Evaluación de Procesos del Programa E011 “Atención a la salud” (Anexo XI del AT)	260
Anexo V. Flujogramas de los procesos del Programa (Anexo III del AT).....	296
Anexo V.1 Proceso de Planeación	296
Anexo V.2 Proceso de Abasto de Insumos Médicos	311
Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura	321
Anexo V.4 Proceso de Verificación de la Derechohabiencia	330
Anexo V.5 Proceso de Consulta Externa	359
Anexo V.6 Proceso de Urgencias.....	416
Anexo V.7 Proceso de Hospitalización.....	446
Anexo V.8 Proceso de Calidad y Seguridad	489
Anexo V.9. Proceso de Quejas y Satisfacción	500
Anexo V.10 Proceso de Monitoreo y Evaluación	553
Anexo VI. Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información de los Procesos del Programa (Anexo V del AT).....	565
Anexo VI.1 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 1. de Planeación	565
Anexo VI.2 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos	568
Anexo VI.3 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura	571
Anexo VI.4 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia	575

Anexo VI.5 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 5. de Consulta Externa	579
Anexo VI.6 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 6. de Urgencias.....	583
Anexo VI.7 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 7. de Hospitalización	586
Anexo VI.8 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 8. de Calidad y Seguridad.....	589
Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción.....	591
Anexo VI.10 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación	597
Anexo VII. Grado de Consolidación Operativa del Programa (Anexo IV del AT)	600
Anexo VII.1 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 1. de Planeación	601
Anexo VII.2 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos.....	603
Anexo VII.3 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura.....	605
Anexo VII.4 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia	608
Anexo VII.5 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 5. de Consulta Externa.....	611
Anexo VII.6 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 6. de Urgencias	614
Anexo VII.7 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 7. de Hospitalización	618

Anexo VII.8 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 8. de Calidad y Seguridad.....	620
Anexo VII.9 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción.....	623
Anexo VII.10 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación.....	627
Anexo VIII. Análisis FODA del Programa (Anexo VII del AT)	631
Anexo IX. Propuesta de modificación a la normatividad (Anexo VI del AT)	633
Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT).....	634
Anexo XI. Sistema de Monitoreo e Indicadores de Gestión (Anexo IX del AT)	647
Anexo XIV. Ficha Técnica con los Datos Generales de la Instancia Evaluadora y el Costo de la Evaluación.....	657
ANEXOS OFICIALES EN ARCHIVOS ADJUNTOS.....	658
Anexo AOAA-1. Base de datos cuantitativa (anexo estadístico)	658
Anexo AOAA 2. Base de datos cualitativa.....	658
ANEXOS TEMÁTICOS ELABORADOS POR INSAD.....	659
Anexo A. Ordenamiento de OOAD por variable, 2019.....	659
Anexo B. Orden de los OOAD por variable y cálculo del índice categórico, 2019	661
Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso.....	663

Índice de Cuadros

	Pág.
Cuadro 1. Principales causas de mortalidad, 2018 Personas afiliadas al IMSS ordinario	29
Cuadro 2. Presupuesto nacional ejercido del E011 2016-2019 (pesos)	49
Cuadro 3. Razón de efectividad Presupuesto nacional ejercido contra comportamiento del indicador del Propósito de la MIR	51
Cuadro 4. Efectividad nominal. Presupuesto nacional ejercido contra servicios generados	52
Cuadro 5. Efectividad real. Presupuesto nacional ejercido contra servicios generados.....	53
Cuadro 6. Razón de Efectividad nominal. OOAD Baja California.....	54
Cuadro 7. Razón de Efectividad real. OOAD Baja California.....	55
Cuadro 8. Razón de Efectividad Nominal. OOAD Campeche.....	55
Cuadro 9. Razón de Efectividad Real. Campeche.....	56
Cuadro 10. Razón de Efectividad Nominal. Ciudad de México	57
Cuadro 11. Razón de Efectividad Real. Ciudad de México.....	57
Cuadro 12. Cuantificación de las variables de la matriz analítica por OOAD, 2019	74
Cuadro 13. Orden por OOAD según la posición ocupada en cada variable de la matriz analítica e índice categórico, 2019	77

Índice de Esquemas

	Pág.
Esquema 1. Modelo General de Operación del Pp E011	
“Atención a la Salud”	62
Esquema 2. Diseño metodológico utilizado en la evaluación	66
Esquema 3. Diseño metodológico empleado en la investigación.....	68
Esquema 4. Ámbitos para la selección de la muestra.....	72
Esquema 5. Etapas del Proceso de Planeación	92
Esquema 6. Etapas principales del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos	103
Esquema 7. Etapas principales del Proceso de Seguridad en la Infraestructura	112
Esquema 8. Etapas principales del Proceso de Verificación de la Derechohabiciencia	121
Esquema 9. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el primer nivel de atención	132
Esquema 10. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el segundo nivel de atención	134
Esquema 11. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el tercer nivel de atención	136
Esquema 12. Etapas principales del Proceso de Urgencias.....	147
Esquema 13. Etapas principales del Proceso de Hospitalización	157
Esquema 14. Etapas principales del Proceso de Calidad y Seguridad	165
Esquema 15. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción. Vertiente Quejas: vía de entrada directa al IMSS	174
Esquema 16. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción. Vertiente Quejas: vía de entrada CONAMED	176

Esquema 17. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción.	
Vertiente Quejas: vía de entrada CNDH	177
Esquema 18. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción.	
Vertiente 2. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. Modalidad	
Satisfacción de Usuarios.....	181
Esquema 19. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción.	
Vertiente 2. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. Modalidad	
Prestadores de Servicios	183
Esquema 20. Etapas principales del Proceso de Monitoreo y Evaluación	191
Esquema 21. Relación y Correlación de los códigos mayormente	
mencionados	201
Esquema 22. Nube de palabras identificadas	203
Esquema 23. Nube de palabras que refleja la frecuencia de las mismas,	
Concepto “Normatividad”	217

Índice de Gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Distribución de la población derechohabiente adscrita a unidad de medicina familiar 2011-2019	15
Gráfica 2. Distribución de las unidades médicas 2000-2018	16
Gráfica 3. Distribución del personal médico 2000-2019	17
Gráfica 4. Distribución del personal de enfermería 2000-2019	18
Gráfica 5. Distribución del personal de trabajo social 2000-2019	19
Gráfica 6. Porcentaje de incremento en los servicios prestados en el periodo 2005-2018	21
Gráfica 7. Comportamiento de los estudios de laboratorio y estudios de radiodiagnóstico 2005-2019	22
Gráfica 8. Tendencia de las consultas de medicina familiar, consulta especialidades y egresos por 1000 derechohabientes adscritos a consultorio médico familiar 2000-2019	23
Gráfica 9. Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable perdidos en derechohabientes del IMSS, 2015 (años de vida perdidos ajustados por discapacidad)	25
Gráfica 10. Comportamiento de la tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por 1,000 días de estancia en el IMSS, 2017-2019	26
Gráfica 11. Distribución de las principales causas de egreso hospitalario 2017	27
Gráfica 12. Distribución de las principales causas de morbilidad general 2019	28
Gráfica 13. Mortalidad por causa seleccionada 2000-2018. Población afiliada al IMSS ordinario	33
Gráfica 14. Número de defunciones registradas en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018	35

Gráfica 15. Porcentaje en las defunciones registradas en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018.....	36
Gráfica 16. Tasa* de mortalidad en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018	36
Gráfica 17. Satisfacción con la atención médica que otorga el IMSS, 2009-2019 (porcentaje de derechohabientes muy satisfechos o satisfechos)	38
Gráfica 18. Nivel de satisfacción o no, con la atención médica del IMSS, por tipo de servicio. 2019	39
Gráfica 19. Nivel de satisfacción o no, con la atención médica el día de hoy, por tipo de servicio. 2019	41
Gráfica 20. Valoración del trato recibido en la unidad en su visita el día de hoy, por tipo de servicio. 2019	42
Gráfica 21. Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS (Indicador de Propósito de la MIR)	50
Gráfica 22. Participación del personal servidor público en las entrevistas semiestructuradas grupales por cada proceso.....	88
Gráfica 23. Estadística de variables de códigos por código superior.....	203

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de medicina familiar, 2019.....	44
Tabla 2. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de consulta de especialidades.....	45
Tabla 3. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de urgencias	45
Tabla 4. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de hospitalización/cirugía	45
Tabla 5. Eficacia, Efectividad, Eficiencia. Definiciones conceptuales.....	47
Tabla 6. Dimensiones analíticas para la valoración de los procesos.....	70
Tabla 7. Matriz Analítica, variables elegidas y criterios de selección.....	73
Tabla 8. Selección de Unidades Hospitalarias de segundo nivel de atención, 2019	80
Tabla 9. Selección de unidades médicas de alta especialidad (UMAE) y de unidades de medicina familiar (UMF), 2019.....	81
Tabla 10. Tipo de documento y objetivo de análisis	84
Tabla 11. Actores participantes en las entrevistas semiestructuradas grupales por nivel de responsabilidad	86
Tabla 12. Visualizador de la matriz de códigos	200
Tabla 13. Valoración del grado de consolidación de los procesos del Modelo General de Operación del Programa	208

Relación de Siglas y Acrónimos

ACCEDER	Sistema de Información para Verificar la Vigencia de Derechos
APF	Administración Pública Federal
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DA	Dirección de Administración
DF	Dirección de Finanzas
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPYP "A"	Dirección General de Programación y Presupuesto "A"
DGPYP "B"	Dirección General de Programación y Presupuesto "B"
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DJ	Dirección Jurídica
DN	Direcciones Normativas
DPEI	Dirección de Planeación Estratégica Institucional
DPEyS	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
ECCO	Encuesta de Clima y Cultura Organizacional
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ENCAL-SS	Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
GpR	Gestión para Resultados
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

Relación de Siglas y Acrónimos

INDOQ	Sistema del Indicador de la Oportunidad Quirúrgica
INFOSALUD	Sistema de Información en Salud
INOSO	Plataforma en Línea de Infecciones Nosocomiales
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSAD	Investigación en Salud y Demografía, S.C.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGS	Ley General de Salud
LIF	Ley de Ingresos de la Federación
LSS	Ley del Seguro Social
MGO-P	Modelo General de Operación del Programa
MGP-C	Modelo General de Procesos del CONEVAL
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MO IMSS	Manual de Organización del IMSS
NIC	Nivel Integral de Conservación
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OOAD	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
PAE	Programa Anual de Evaluación
PAMI	Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PCE	Proceso de Consulta Externa
PCyS	Proceso de Calidad y Seguridad
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación

Relación de Siglas y Acrónimos

PH	Proceso de Hospitalización
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIPP	Proceso Integral de Programación y Presupuesto
PMyE	Proceso de Monitoreo y Evaluación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Presupuesto Operativo Anual
Pp	Programa Presupuestario
PPEF	Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación
PQyS	Proceso de Quejas y Satisfacción
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales
PSI	Proceso de Seguridad en la Infraestructura
PU	Proceso de Urgencias
PVD	Proceso de Verificación de la Derechohabencia
RHOVE	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica
SAI	Sistema de Abasto Institucional
SAIF	Sistema de Abasto Institucional de Farmacias
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SED-P	Sistema de Evaluación del Desempeño del Programa
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIAD	Sistema de Atención al Derechohabiente
SIAH	Sistema Integral de Admisión Hospitalaria
SIAIS	Sistema de Información de Atención Integral a la Salud
SIAVE	Sistema Institucional Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa

Relación de Siglas y Acrónimos

SICWEB	Sistema Institucional de los Servicios de Conservación
SIFAVI	Sistema de Farmacovigilancia
SIMF	Sistema de Información de Medicina Familiar
SIMO	Sistema de Información Médico Operativo
SIMOC	Sistema de Información Central
SINDO	Sistema Integral de Derechos y Obligaciones
SIOC	Sistema Institucional de Optimización de Camas
SIQUEM	Sistema Institucional de Atención a Quejas Médicas
SOAP	Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto del PREI
SS	Secretaría de Salud
SUI 13	Sistema Único de Información de Egresos Hospitalarios
SUI 14	Sistema Único de Información 14
UEG	Unidad(es) Ejecutora(s) de Gasto
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
UMAE	Unidad Médica de Atención Especializada
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UMH	Unidad Médica Hospitalaria
UR	Unidad(es) Responsable(s)
URG	Unidad Responsable de Gasto
WinLab	Sistema Electrónico de Consulta

Resumen Ejecutivo

La evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud” se realizó bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (Instituto o IMSS) en cumplimiento de lo establecido en el Programa Anual de Evaluación de 2018 y ratificado en el PAE de 2019 y de 2020. Se define como aquella que “analiza mediante trabajo de campo si el programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente y contribuye al mejoramiento de la gestión” (SHCP-CONVAL-SFP/LGEPFAPF, 2007). Se estableció como objetivo de la evaluación realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del Programa; valorar si la gestión contribuye a lograr sus metas y objetivos y hacer recomendaciones para la instrumentación de mejoras.

Con la presente evaluación de procesos el Instituto y el Programa, además de lograr los objetivos mismos de evaluación (general y específicos), dan un paso firme para dos aspectos centrales: 1) avanzar en la construcción del sistema de evaluación del desempeño del Programa y 2) identificar elementos para construir una línea base de la relación entre la atención a la salud y la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente. Esta línea base será el punto de partida para que el Programa lleve a cabo una evaluación de impacto de acuerdo con la normatividad establecida. La relevancia de su evaluación desde una perspectiva de impacto es fundamental debido a que el Programa es la intervención pública que mayor inversión realiza para la atención a la salud en México (1.7 veces el presupuesto total de la Secretaría de Salud federal para 2021; sin considerar el presupuesto de las secretarías estatales de salud) y porque tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de más de 70 millones de mexicanos.

En este resumen se presentan las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de la evaluación.

Descripción general del Programa

El Programa E011 “Atención a la Salud” de modalidad presupuestaria “E” corresponde con la prestación de servicios públicos; inició su operación en 2016

resultado de la fusión de los programas presupuestarios (Pp) E002 "Atención Curativa Eficiente" y la parte curativa del Pp E008 "Atención a la Salud Reproductiva". Su razón de ser se remonta a 1943 con la creación del Instituto mismo, para el otorgamiento de servicios médicos a su población derechohabiente. El objetivo general del Programa es otorgar atención médica a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para disminuir a la morbilidad en dicha población y así contribuir a mejorar su esperanza de vida al nacer.

El Programa tiene una cobertura geográfica nacional; opera a través de 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) en las 32 entidades federativas. En 2019, la población potencial (PP) se cuantificó en 70,343,357 personas; la población objetivo (PO) en 59,179,060 personas y la atendida (PA) en 51,676,407 personas; representó el 87.3 por ciento de la PO y el 73.5 por ciento de la PP. Para su operación en 2019, tuvo un presupuesto modificado y ejercido del orden de \$223,210.5 millones de pesos (MDP) con una eficacia presupuestal del 100 por ciento.

En cuanto a su alineación con ordenamientos superiores, el Programa se vincula con el Programa Institucional del IMSS 2020-2024, a través de cinco de sus seis objetivos prioritarios: 1. Coadyuvar en el acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos de toda la población; 2. Garantizar la calidad y cobertura de los servicios y prestaciones institucionales, privilegiando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; 3. Trabajar en el fortalecimiento de la infraestructura y los recursos humanos del IMSS, priorizando las unidades de primer y segundo nivel a través de la dignificación de las instalaciones y equipamiento; así como, la profesionalización del personal; 5. Asegurar la sostenibilidad con un gasto eficiente y una mayor recaudación, siempre privilegiando la austeridad y la eliminación de la corrupción y la impunidad y, 6. Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiente y usuaria.

De acuerdo con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2020 del Programa, el Propósito refiere que “la población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad”. Para ello, se otorgan servicios de salud de acuerdo con los cinco objetivos de nivel de Componente de la MIR: 1. Complicaciones obstétricas y perinatales disminuidas; 2. Programa Integral para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud; 3. Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas; 4. Atención médica en servicios de urgencia otorgada y, 5. Atención médica otorgada con oportunidad en UMAE.

Trabajos realizados

La evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud” se llevó a cabo en apego al Anexo Técnico (AT) que la regula, con la finalidad de realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del Programa para valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivo del Programa. Así como, hacer recomendaciones que permitan la instrumentación de mejoras. Para ello, se establecieron cuatro objetivos específicos: 1) describir la gestión operativa del Programa mediante sus procesos; 2) identificar y analizar los problemas o limitantes, tanto normativos como operativos que obstaculizan la gestión del Programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran la capacidad de gestión del mismo; 3) analizar si la gestión y la articulación de los procesos contribuyen al logro del objetivo del Programa; y 4) elaborar recomendaciones generales y específicas que el Programa pueda implementar, tanto a nivel normativo como operativo.

Para la consecución de estos objetivos se diseñó una estrategia metodológica fundamentada en un análisis cualitativo, apoyado con el estudio de caso. Se utilizó el análisis de gabinete; se revisaron y analizaron más de 300 evidencias documentales. También se ocupó una estrategia de trabajo de campo en la que se aplicaron diez entrevistas semiestructuras grupales con la participación de un total de 252 personas de los cinco niveles de responsabilidad en los que se clasifica la dirección y operación del Programa: Unidades de Medicina Familiar (UMF), Unidades Hospitalarias de Segundo y Tercer niveles de atención, OOAD y el nivel central; participaron tres OOAD del país seleccionadas a través de un

muestreo no probabilístico con base en categorías ordinales con referencia geográfica nacional; se seleccionaron: del norte del país, el OOAD Baja California; del centro, el OOAD Ciudad de México Norte y, del sur, el OOAD de Campeche; se logró así una visión general de la operación del Programa.

Principales hallazgos y resultados

Un primer hallazgo se relaciona con la relevancia del Programa en la administración pública federal; debido a su cobertura poblacional e inversión financiera, representa una oportunidad para que México de un primer paso para garantizar el derecho a la salud de al menos la mitad de la población. Esta garantía podría ser viable si el Programa logra reducir la morbilidad de la población; implica que se tenga una salud física, mental y social del más alto nivel posible.

Un segundo hallazgo es que el Programa atiende de forma parcial la necesidad por resolver; se requiere incorporar en la revisión de su diseño el enfoque de los determinantes sociales para la salud, a fin de fortalecer su actuación con la atención de factores estructurales que permitan resolver el problema de salud planteado, de manera integral.

Un tercer hallazgo muestra que el enfoque del Programa es eminentemente curativo; se prioriza la inversión financiera en la atención curativa sobre la inversión en acciones preventivas. Se requiere un enfoque trasversal que integre la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud de la población derechohabiente, para incidir en que la morbilidad disminuya.

Un cuarto hallazgo muestra que, aun cuando la gestión operativa del Programa se desarrolla de manera eficiente y eficaz con la normativa actual, esta gestión por sí sola tiene una incidencia limitada en la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente, resultado de las áreas de oportunidad que se identifican en el diseño y alcance del Programa.

Un quinto hallazgo muestra que la gestión del Programa no se ejecuta formal e informalmente por procesos. La gestión operativa, si bien cuenta entre sus principales fortalezas con un robusto acervo de procedimientos médicos y

administrativos, éstos no están articulados desde un enfoque de procesos. En el curso de la evaluación se infirió, en permanente diálogo con directivos y operadores del Programa, un Modelo General de Operación del Programa (MGO-P) a partir del cual fue posible establecer equivalencias con el Modelo General del Procesos (MGP-C) normado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y así, valorar la identificación de si sus acciones están o no orientadas al cumplimiento del objetivo propuesto.

El MGO-P está conformado, desde una perspectiva sistémica, por diez procesos. Cuatro administrativos, que representan la estructura del sistema; cuatro sustantivos, que constituyen los servicios de salud que otorga el Programa y, dos adjetivos, relacionados con los resultados del sistema. Los procesos administrativos son: 1. Planeación; 2. Abasto de Medicamentos e Insumos; 3. Seguridad en la Infraestructura y, 4. Verificación de la Derechohabencia. Los procesos de 5. Consulta Externa; 6. Urgencias; 7. Hospitalización y 8. Calidad y Seguridad constituyen los sustantivos y, los procesos de 9. Quejas y Satisfacción y 10. Monitoreo y Evaluación son los dos adjetivos relacionados con la valoración de la prestación de los propios servicios de salud.

Los diez procesos del MGO-P se describen en sus etapas y actividades principales, el marco normativo que los regula, así como los actores que intervienen en su ejecución. Asimismo, se identifican los elementos que los caracterizan: en cuanto a límites, articulación, insumos, recursos, productos y sistemas de información. Este análisis permitió la valoración del nivel de consolidación de cada uno de los procesos (cfr. Capítulo 3).

A nivel global, el Programa tiene un grado de consolidación operativa media-alta, fundamentado en la valoración de cada uno de los procesos: los administrativos en su conjunto fueron valorados con un nivel medio-alto de consolidación; los sustantivos se clasificaron en un nivel de consolidación alto y, los adjetivos tuvieron una valoración ordinal media-alta.

Con base en el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) del Programa, una las principales fortalezas es la existencia de una amplia y robusta normativa que regula las funciones y actividades de los actores

responsables de la operación de cada procedimiento vinculado con los procesos. También se identificó un amplio manejo y conocimiento general de los distintos procedimientos médicos y administrativos por parte del personal responsable, desde cada ámbito de responsabilidad. De igual forma, destaca la comunicación adecuada entre las áreas involucradas en la operación de cada proceso, por diferentes vías, tanto entre áreas como entre operadores individuales con el fin de mejorar la atención a la derechohabiente. Esto refiere un espíritu de cooperación y trabajo en equipo tanto entre individuos como entre áreas de distintos niveles de responsabilidad. El Programa cuenta con una amplia gama de sistemas de información administrativos y médicos que facilitan su operación diaria. Se dispone de un tablero de control del avance en el cumplimiento de las metas de los indicadores para evaluar el desempeño de unidades médicas y de OOAD.

Respecto a las amenazas, destacan los tiempos ajustados establecidos en la normatividad federal para la planeación de los recursos del Programa. Se refiere la falta de médicos especialistas en el país aun cuando la bolsa de trabajo del Instituto se encuentra abierta; esta situación se agrava por la falta de una estrategia federal que incentive al personal de salud a laborar en lugares alejados. Se observa la inexistencia de normatividad institucional que oriente al Programa para la realización de una posible evaluación de impacto.

En las principales áreas de oportunidad identificadas, destacan la integración de un “manual de operación del Programa” que describa y, fundamentalmente, que integre los diez procesos con sus respectivas etapas y actividades globales, actores, tiempos, así como los mecanismos que se implementarán para la mejora de los procesos mismos.² Sigue siendo una asignatura pendiente el lograr la suficiencia de recursos humanos y de camas hospitalarias. Respecto de los sistemas de información, las oportunidades de mejora se relacionan con la renovación del equipo de cómputo y con el desarrollo de interfaces que permitan la interconexión entre los diferentes sistemas de información. Asimismo, es

² El manual de operación propuesto se podría elaborar con base en los resultados de esta evaluación, integrando la información del Producto 2 y del capítulo 3 de este Producto 3.

necesario elaborar la normatividad que regule el uso de la información y de una estrategia que permita su sistematización, para favorecer la toma oportuna de decisiones.

Entre los principales cuellos de botella destacan la falta de recursos humanos, así como los retrasos en la entrega de insumos, medicamentos y reparación del equipo médico, lo cual repercute en la oportunidad de la atención que se otorga a la población derechohabiente.

Como buenas prácticas resaltan la planeación fundamentada en un análisis retrospectivo de los resultados; la evaluación interna sistematizada en un tablero de indicadores derivados de la productividad de las unidades médicas, así como la comunicación estrecha entre las áreas normativas y operativas y el trabajo en equipo, lo que facilita la operación de los procesos.

Conclusiones

1. **El Programa representa una oportunidad única para que, en México, se dé un primer paso para garantizar el derecho a la salud de la población.** Es la acción de desarrollo social de mayor relevancia en la APF, dada su cobertura poblacional y la inversión financiera en materia de salud.
2. **Atiende de manera parcial el problema de salud por resolver; requiere una visión integral.** Las causas primarias que lo provocan superan el ámbito de actuación del IMSS; se requiere su replanteamiento a partir de la perspectiva de los determinantes sociales desde la salud.
3. **Un enfoque orientado a la atención curativa.** Sustentada en que los cinco objetivos de nivel de Componente de la MIR 2020 son de orden curativo; las acciones de prevención están segmentadas en dos programas presupuestarios; el Programa se responsabiliza de la prevención secundaria y terciaria y, la prevención primaria es responsabilidad del E001 “Prevención y Control de Enfermedades”. Si bien, en la operación estos programas se relacionan, programáticamente no se observa su interacción. Asimismo, existe una desproporción en la inversión presupuestal asignada para este

Programa y la del E001; el presupuesto asignado para la atención a la salud supera 36 veces el destinado para las acciones preventivas primarias.

4. **La operación se fundamenta en el ámbito procedimental; requiere orientarse a procesos.** La ausencia de procesos documentados del Programa motivó la necesidad de inferir los procesos que integran el Modelo General de Operación del Programa (MGO-P) propuesto; el análisis de las evidencias documentales disponibles y de las entrevistas realizadas al personal que opera los procesos permitió la validación del modelo durante en el transcurso de la evaluación. Se tiene claridad de que la mayoría de los procesos inferidos cuentan con una normativa específica (procedimientos médicos y administrativos) que los regulan; sin embargo, no se cuenta con un documento integrado que defina los procesos que incluya las etapas y actividades necesarias para su ejecución y los mecanismos que se emplearán para la mejora de cada uno de ellos; esto favorecería una mejor gestión operativa del Programa.

Recomendaciones

Las recomendaciones se agruparon en dos categorías: estratégicas y operativas.

Estratégicas

1. **Asegurar la viabilidad del derecho a la salud para la población derechohabiente del IMSS.** La garantía del derecho bajo tres dimensiones: la accesibilidad (física, económica y a la información), la disponibilidad (capacitación de recursos humanos, suficiencia de equipamiento, materiales y suministros necesarios en la operación y la creación de ambientes salubres) y la calidad de los servicios de salud que se otorgan (contar con medicamentos, insumos y equipo, observar criterios éticos en las actividades médicas y paramédicas, y que la atención, centrada en el paciente, se preste de manera oportuna y continua atendiendo a las necesidades específicas de cada persona derechohabiente).
2. **Redimensionar el problema por atender.** Con una visión interdisciplinaria y participativa desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud

representa un abordaje integral. Se requiere complementar la solución médica actual con acciones no médicas que, si bien rebasan el ámbito de responsabilidad de la institución, se ubicarían en el contexto de la coordinación y la vinculación con otras dependencias y organizaciones de los sectores público, social y privado.

3. **Diseñar una intervención programática que atienda de forma integral la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.** Mediante el uso de un enfoque programático transversal que integre la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud de la población derechohabiente se contribuiría a lograr que la morbilidad de la población derechohabiente disminuya. Se recomienda valorar la conveniencia de mantener la separación programática que opera actualmente; con un programa de prevención y control de enfermedades que atiende la prevención primaria (E001) y un programa diferente (E011) que cubre la prevención secundaria y terciaria.
4. **Dar claridad sobre el alcance del Programa a través de su denominación.** La denominación (nombre) del Programa evidencia, en cierta forma, la problemática por atender y justifica los bienes y servicios que se entregan para resolverlo. El Programa tiene como esencia la atención a la salud y es fundamental para la evaluación del desempeño del Programa precisar los elementos que componen el concepto de atención a la salud.
5. **Vincular los sistemas informáticos institucionales.** Establecer una estrategia nacional de adecuación y vinculación de los sistemas informáticos (hardware y software) en todas las áreas para favorecer la continuidad de la atención médica, así como para facilitar la evaluación y planeación de las diferentes actividades que se realizan.
6. **Promover el uso estandarizado de la información para mejora de la gestión.** Implementar mecanismos para la sistematización y estandarización de la generación y el uso de la información por las áreas normativas y operativas en la toma de decisiones para la mejora de la gestión operativa del Programa.

Operativas

7. **Institucionalizar el Modelo General de Operación del Programa.** Es una oportunidad para mejorar la gestión operativa del Programa el dar certidumbre programática al Modelo General de Operación propuesto. Entre otros beneficios se identifican: 1) favorecer la gestión a través de separar las etapas y actividades sustantivas de las actividades administrativas para el otorgamiento de la atención a la salud; 2) cumplir con la normativa referente a funcionar con base en un enfoque de procesos que se atiende con el Modelo General de Operación propuesto; 3) dar visibilidad a los actores involucrados, los insumos necesarios, los productos y resultados esperados, de forma global; 4) favorecer que los actores involucrados visualicen la interconexión de los procesos entre sí y favorecer la interacción, el intercambio de información y la identificación oportuna de problemas que limitan la operación adecuada; 5) contribuir con el monitoreo integral de la gestión operativa del Programa y, 6) estandarizar la gestión operativa del Programa.
8. **Migrar de la gestión incidental a una operación sistémica y colaborativa.** La multicausalidad que origina el problema por resolver y los resultados de las acciones que el Programa realiza, pudieran considerarse no atendidas y no adecuadas, respectivamente. La población ha crecido, las unidades médicas han disminuido, el presupuesto se mantiene y la morbilidad por enfermedades crónicas va en aumento. El Programa tiene un gran reto, las acciones que se han venido haciendo deben complementarse con la incorporación de acciones conjuntas de prevención que resuelvan “antes” el problema de la morbilidad.
9. **Institucionalizar la planeación a partir de la MML.** Revisar periódicamente el problema por atender con la aplicación de la metodología de marco lógico (MML) a través de estrategias participativas de capacitación, seminarios, cursos, talleres, entre otros.
10. **Reducir las barreras geográficas de accesibilidad a los servicios de salud del IMSS.** Actualizar, periódicamente, los estudios de regionalización

operativa para fundamentar los planes de ampliación o construcción de unidades nuevas en zonas de crecimiento de la población derechohabiente.

11. **Mantener actualizados los manuales operativos y procedimientos institucionales en todas las áreas.** Si bien, la normativa del Programa es una fortaleza, se identifican áreas de oportunidad en cuanto a su depuración y adecuación para el desarrollo de buenas prácticas y actualización de manuales y procedimientos institucionales.
12. **Optimizar el uso de sistemas de información en fechas críticas.** Establecer mecanismos que eviten saturar los sistemas de información en las fechas de captura, mediante su calendarización por regiones en el país, además de sensibilizar al personal en la importancia del registro oportuno de información.

Introducción

A casi ocho décadas de creación de las primeras instituciones de salud mexicanas, el sistema nacional de salud continua operando como un sistema segmentado que, dependiendo de la población objetivo de cada subsistema, ofrece diferentes beneficios; en el país hay tres grupos distintos de beneficiarios: a) los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; b) los trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y, c) la población con capacidad de pago.

Para atender este desafío gubernamental crónico se han hecho múltiples esfuerzos organizacionales orientados al logro de un sistema único de salud; en los inicios del siglo XXI se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como responsable de atender a la salud de la población sin seguridad social. Esta decisión se derogó en 2019; el SPSS fue sustituido con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) con objetivos de atención a la población sin seguridad social. En este contexto de responsabilidad gubernamental se tiene claridad de que, en México, el mayor prestador de servicios médicos es el Instituto Mexicano del Seguro Social (Instituto o IMSS): encargado de garantizar la seguridad social, incluyendo las prestaciones de salud, a trabajadoras, trabajadores y sus familias, así como a pensionados y sus familiares dependientes. Los artículos 2 y 4 de la Ley del Seguro Social (LSS) refieren que el Seguro Social, establecido como un servicio público de carácter nacional, es el instrumento básico de seguridad social cuyo fin es la garantía del derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (LSS/DOF, 2020).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a la seguridad social como “la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, particularmente en el caso de vejez, enfermedad, invalidez, desempleo, pérdida

del sostén de la familia, accidentes de trabajo o maternidad” (OIT). En este sentido, desde su creación, el IMSS se ha consolidado como un pilar fundamental del bienestar de la población mexicana; a través de la seguridad social se ha brindado acceso a servicios de salud y prestaciones sociales a la población derechohabiente.³ La afiliación o derechohabiencia a alguna institución de salud determina el nivel de acceso que una persona tiene a los servicios de atención médica (CONEVAL, 2018). Destaca que, según datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) en 2018, 68.1 millones de personas, el 54.6 por ciento de la población mexicana no tenía acceso a la seguridad social (SS/DGIS, 2018).

En México, la implementación de la política nacional de salud se realiza a través de programas presupuestarios (Pp) a los que se les asignan los recursos del Presupuesto de Egresos de la Federación, de forma anual. Entre estos Pp se ubica el Programa E011 “Atención a la Salud”; no obstante que como programa “nuevo” se crea en 2016 resultado de la fusión del Pp E002 “Atención Curativa Eficiente” y la parte curativa del Pp E008 “Atención a la Salud Reproductiva” lo cierto es que, desde una perspectiva histórica, su razón de ser se vincula con los servicios médicos que el Instituto ofrece a su población derechohabiente desde 1943. Se clasifica como un Pp de modalidad presupuestaria tipo “E” que corresponde con la prestación de servicios públicos. En la actualidad es el <<pilar principal>> de la seguridad social para proteger la salud de la población derechohabiente del IMSS; otorga atención a la población de todos los grupos de edad, mediante servicios y acciones de prevención secundaria, que incluye diagnóstico clínico, paraclínico, tratamiento farmacológico, no farmacológico (estilos saludables, nutrición, trabajo social, psicología, etc.) tratamiento quirúrgico, tratamiento de sustitución o de sostén; así como de prevención terciaria dirigida a la rehabilitación física, mental, social y de cuidados paliativos, en las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención para “incrementar la

³ Derechohabiente: Es la persona asegurada o pensionada, su cónyuge, concubina o concubinario en su caso, así como los ascendientes y descendientes de ellos, que, en los términos de la Ley del Seguro Social, tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones. También serán asegurados o aseguradas las y los estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior, superior y posgrado en instituciones del sistema educativo nacional a través de una modalidad 32 (IMSS/PRFPSCVUMF, 2018).

esperanza de vida al nacer de los derechohabientes” (IMSS-DPM/DS, 2019). Dada la responsabilidad estratégica de atender la salud de más de la mitad de la población mexicana, la obligación normativa de evaluar si la gestión del Programa E011 “Atención a la Salud” (Programa o Pp E011) cumple con el logro de sus objetivos y metas establecidos constituye, a la vez, la oportunidad de sentar las bases para que dicha evaluación de la gestión sea más participativa; que tome en cuenta tanto a beneficiarios y prestadores de los servicios de salud como a los resultados obtenidos por el Programa.

En el ámbito de responsabilidad de la evaluación de la política y los programas públicos, a partir de 2007 el CONEVAL estableció la obligación normativa de que todo Pp sea sometido a un sistema de evaluación del desempeño. En cumplimiento con este mandato, el Programa fue evaluado en su diseño en 2016; para 2018, el Programa Anual de Evaluación (PAE) estableció que el IMSS debería realizar una evaluación de procesos al Programa (SHCP-CONEVAL/PAE, 2018). La evaluación de procesos es uno de los cinco tipos de evaluación normados; se define como aquella que “analiza mediante trabajo de campo si el programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente y contribuye al mejoramiento de la gestión” (SHCP-CONEVAL-SFP/LGEPPAPF, 2007). A dos años de este mandato se realiza la presente evaluación de procesos con el objetivo general de realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del Programa; valorar si la gestión contribuye a lograr sus metas y objetivos y hacer recomendaciones para la instrumentación de mejoras. Para alcanzar este planteamiento se establecieron cuatro objetivos específicos (IMSS-DPM/AT, 2020):

1. Describir la gestión operativa mediante sus procesos, en los distintos niveles de desagregación geográfica donde se lleva a cabo.
2. Analizar los problemas tanto normativos como operativos, que obstaculizan la gestión del Programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran su capacidad de gestión.
3. Analizar si la gestión y articulación de los procesos contribuye al logro del objetivo del Programa.

4. Elaborar recomendaciones generales y específicas que el Programa pueda implementar tanto a nivel normativo como operativo.

El Programa tiene como objetivo el reducir la morbilidad de la población derechohabiente; si bien esta es una responsabilidad del IMSS, en lo particular a la dirección, implementación, operación y evaluación del Programa, éstas recaen en la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y en la Dirección de Administración (DA).⁴ Debe tenerse claro que, por la magnitud de su asignación presupuestal anual y su cobertura poblacional es, en la actualidad, el Pp de mayor relevancia en la Administración Pública Federal; no solo en el ámbito de la salud, sino también en el contexto del desarrollo social y el bienestar de la población mexicana.

En atención al requerimiento normativo de evaluar el Programa y en cumplimiento con la relación contractual establecida entre **Investigación en Salud y Demografía, S. C. (INSAD)** y el **IMSS**, derivada del proceso licitatorio LA-050GYR019-E103-2020 para realizar la Evaluación de Procesos al Programa presupuestario E011 “Atención a la Salud” se presenta, en su primera versión, el **Producto 3. Informe final de la evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud”**. En este tercer Producto se atienden tanto el objetivo general como los objetivos específicos de la evaluación. Está integrado por cinco apartados que se focalizan en la gestión operativa del Programa. En particular, en la descripción del Programa; el diseño metodológico que fundamenta el análisis de los procesos; en el análisis de los procesos mismos; en los hallazgos y resultados identificados y, en las recomendaciones y conclusiones derivadas de la evaluación.

En el primer apartado, **1. Descripción del Programa** se formulan consideraciones sobre el problema de salud por atender; se describe el contexto general en que opera el Programa desde la caracterización de la población derechohabiente; de los servicios que se ofrecen; de los daños a la salud; sobre la satisfacción de los

⁴ Referencia emitida en los comentarios formulados a la versión inicial del Producto 1, por el personal responsable de la evaluación del Programa respecto de la participación de la Dirección de Administración en la responsabilidad del Programa.

beneficiarios, así como elementos que ilustran la efectividad del Programa. Se destaca la relevancia de analizar el modelo general de operación desde una perspectiva sistémica de la gestión a partir de la estructura, los servicios y los resultados del Programa. Se precisa cómo se migra del modelo general normativo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) al modelo general de operación propuesto por INSAD para la organización operativa del Programa.

En el segundo apartado, **2. Diseño metodológico y estrategia del trabajo de campo** se describen, en primer orden, las estrategias analíticas, conceptuales y metodológicas que orientaron el desarrollo de la evaluación y el análisis de los resultados tanto cualitativos como cuantitativos de la investigación. En un segundo orden, se refiere la estrategia de campo, así como el método y la selección de la muestra de los OOAD (delegaciones), unidades médicas y hospitalarias en la que se fundamentó la evaluación. También se presentan las técnicas utilizadas para recolectar la información y la tipología de actores entrevistados.

En el tercer apartado, **3. Descripción y análisis de los procesos** se analizan cada uno de los procesos del Modelo General de Operación del Programa bajo cinco atributos específicos: 1) la descripción del proceso que incluye la equivalencia con el modelo de procesos normativo, los actores que intervienen y las etapas principales de cada proceso; 2) los elementos centrales referidos a límites, articulación, insumos, recursos, productos y sistemas de información de los procesos; 3) la identificación de características que fundamenten la importancia estratégica de cada proceso en la contribución del objetivo del Programa; 4) los mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios del Programa y, 5) la valoración ordinal del grado de consolidación de cada proceso.

En el cuarto apartado, **4. Hallazgos y resultados** se incluye una valoración cualitativa de la gestión operativa del Programa. También se formula la valoración global de la operación del Programa desde una visión transversal del Modelo General de Operación; esencialmente, en relación con el logro del objetivo del Programa: reducir la morbilidad de los derechohabientes del

Instituto. Se señalan las principales amenazas y fortalezas cuya atención ayudará a los responsables del Programa a contar con información para mejorar la toma de decisiones. Se precisan las áreas de oportunidad, los cuellos de botella y las buenas prácticas orientadas a la mejora de la gestión operativa. Se presenta la principal problemática identificada en la normativa y se formulan propuestas para atenderla.

En el quinto apartado, **5. Recomendaciones y conclusiones** se incluye una síntesis de los resultados observados y las principales conclusiones de la evaluación; se hace énfasis en los aspectos susceptibles de mejora que contribuyen a hacer más eficaz y eficiente la gestión operativa del Programa para el logro de su objetivo.

En el documento se incorporan también los anexos específicos requeridos en el Anexo Técnico que norma esta evaluación; de igual forma, se han adicionado anexos temáticos contruidos por INSAD para fundamentar el planteamiento metodológico y análisis de temáticas específicas de la evaluación.

Los elementos contenidos en este **Producto 3. Informe final de la evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud”** se han formulado con base en el análisis de las más de 300 evidencias documentales proporcionadas y/o recuperadas por INSAD para esta evaluación, así como de las entrevistas semiestructuradas grupales realizadas a un total de 252 personas para los diez procesos. El personal entrevistado se relaciona con las funciones de dirección, coordinación y operación del Programa; tanto a nivel de oficinas centrales como de los OOAD en Baja California, Campeche y Ciudad de México Norte; así como del personal de las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención vinculados con los OOAD que integraron la muestra cualitativa en la que se fundamentó el trabajo de campo.

El equipo de investigadores de INSAD reitera su agradecimiento al personal de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática y al personal servidor público responsable del Pp E011 “Atención a la Salud” por la colaboración para atender las solicitudes de información y de la documentación correspondiente y, fundamentalmente, para la realización de las entrevistas a distancia.

Investigación en Salud y Demografía, S. C.

14 de diciembre de 2020

1. Descripción del Programa E011 “Atención a la Salud”

En el contexto de la actuación gubernamental federal el Programa E011 “Atención a la Salud” es la intervención pública que recibe la mayor asignación de recursos del Presupuesto de Egresos de la Federación. En el ámbito de la salud es el programa con la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de un poco más de setenta millones de mexicanos; derecho a la salud que implica la disponibilidad, accesibilidad y calidad, tanto de los servicios como de la atención a la salud. Ante esta responsabilidad, el evaluar “el cómo” se diseñó el Programa y “el cómo” se organiza para la prestación de los servicios de salud es, además de una obligación normativa, la oportunidad para identificar las fortalezas y debilidades que caracterizan su gestión operativa.

En este capítulo se revisan elementos relacionados con la definición del problema de salud por atender con el Programa, con base en la metodología de marco lógico. Asimismo, se formula una propuesta como modelo general de operación del Programa; este modelo se ha <<inferido>> a partir de la revisión de más de 300 evidencias documentales, complementado con entrevistas semiestructuradas que se realizaron para los diez procesos que lo integran; en las entrevistas participaron 252 personas de los cinco niveles de responsabilidad en los que se organiza la dirección y operación del Programa: UMF, Unidades Hospitalarias de Segundo y Tercer niveles de atención, OOAD y el nivel central. De igual forma, se describe el contexto general en que opera el Programa respecto de la población derechohabiente; de los servicios que se ofrecen; de los daños a la salud; sobre la satisfacción de los beneficiarios, así como elementos que ilustran la efectividad del Programa. Se integra una sección en la que se explica la importancia de que la operación del Programa, desde la perspectiva de sus procesos, sea estudiada como una organización sistémica.

1.1 El problema de salud por atender

A partir de 2011, por mandato constitucional se ordena que todos los individuos gozan de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución) y tratados internacionales de los que México es parte. Es responsabilidad del Estado proteger, promover, respetar y

garantizar los derechos humanos conforme a los principios de universalidad, independencia y progresividad (CPEUM, 2020). Así, el derecho a la salud para toda la población mexicana se mandata en el artículo 4 de la Constitución. El derecho a la salud se fundamenta en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. El Estado mexicano ha ratificado tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual considera al derecho a la salud como uno de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC); en su artículo 12 establece que el derecho a la salud “es el derecho al disfrute a la salud física, mental y social de más alto nivel” (ONU/PIDESC, 1976).

En materia de salud, el Estado mexicano es responsable de brindar un servicio equitativo y de calidad, garantizando a las personas el acceso efectivo a los servicios mediante la aplicación de un sistema de cobertura nacional. La salud, como derecho humano, debe ser entendido como un derecho fundamental al que cualquier persona debe tener acceso para lograr un pleno desarrollo, mejores condiciones de vida y el más alto nivel de salud. Al ser considerado un derecho humano, su ejercicio es indispensable para el cumplimiento de otros derechos, mismos que el Estado mexicano tiene la obligación de hacer efectivos. Sin detrimento del principio de indivisibilidad de los derechos humanos y de su relevancia con los principios de universalidad, interdependencia y progresividad, desde una visión práctica podría coincidir que sin garantizar el derecho a la salud los otros derechos tendrían un margen de disfrute limitado.

En la Ley General de Salud (LGS) se establecen las bases y modalidades para brindar servicios de salud, así como la definición de las competencias en el ámbito federal y estatal. Según el artículo 1o. Bis la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”; es un espectro amplio e integral (LGS/DOF, 2020). Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el derecho a la salud puede diferenciarse en dos importantes rubros (CONAMED/OPS, 2016): 1) Determinantes básicos para la salud: este rubro enmarca a las políticas públicas de difusión, prevención, saneamiento público, salubridad y cuidado del medio

ambiente y, 2) Cuidado de la salud: se define como un sistema que engloba recursos humanos y materiales para la atención de hospitales, clínicas y la obtención de medicamentos.

El problema de salud por atender con el Programa no es resultado del análisis de una problemática general del estado de salud de la población derechohabiente del IMSS; su construcción puede explicarse bajo tres consideraciones. La primera, refiere que el origen del Programa es eminentemente curativo: es resultado de la fusión administrativa en 2016 del Pp E002 "Atención Curativa Eficiente" y la parte curativa del Pp E008 "Atención a la Salud Reproductiva". En consecuencia, presta (proporciona) servicios públicos relacionados con atención curativa, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación (IMSS/MIR, 2020). Tiene como objetivo central el reducir la morbilidad de la población derechohabiente del Instituto. Esta condición curativa se ratifica en la información de la Matriz de Indicadores para Resultados para 2020 (MIR 2020) y en el documento del Diagnóstico 2019 del Programa. El problema social que se busca resolver se define como "La población derechohabiente del IMSS presenta alta morbilidad" (IMSS/MIR, 2020) (IMSS-DPM/DS, 2019). Para atenderlo se proporcionan servicios de salud de acuerdo con los cinco Componentes de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR): 1. Complicaciones obstétricas y perinatales disminuidas; 2. Programa Integral para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud; 3. Control adecuado de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas; 4. Atención médica en servicios de urgencia otorgada y, 5. Atención médica otorgada con oportunidad en UMAE.

La visión transversal de los cinco objetivos a nivel de Componente de la MIR coincide con la precisión que se hace de que el Programa se responsabiliza de la prevención secundaria y terciaria de la población derechohabiente (IMSS-DPM/DS, 2019, págs. 2-3). Ello implica que la prevención primaria en salud es responsabilidad de otro programa; es el caso del Pp E001 "Prevención y Control de Enfermedades" del Instituto, que si bien operativamente trabajan de forma relacionada, programáticamente no se observa una vinculación explícita. El organizar la atención de la prevención primaria a la salud de forma

independiente de la secundaria y de la terciaria puede tener un sentido operativo; cuando se analiza desde una visión de sistema de salud se identifican factores y condiciones epidemiológicas que son esenciales de considerar en la planeación de mediano y largo plazos. Al respecto, es de la mayor relevancia para el diseño y la organización de la atención a la salud de la población beneficiaria del Instituto, el considerar que el sobrepeso y la obesidad afectan al 77.5 por ciento de la población derechohabiente de 20 años y más (IMSS/Prensa No. 050/2020, 2020). Implica que, prácticamente, cuatro de cada cinco derechohabientes están con la posibilidad de llegar a tener o tienen ya un problema de salud: la obesidad como enfermedad. La prevalencia de la enfermedad de la obesidad toma relevancia cuando se identifica que, en el IMSS hay tres tipos de enfermedades que concentran el 53 por ciento de las muertes: las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos y que, estudios han demostrado que, en un porcentaje importante de los casos, estos padecimientos están asociados con el sobrepeso y la obesidad de la población. Por lo tanto, si el objetivo del Programa es reducir la morbilidad de la población, pareciera estratégico iniciar con la reducción del sobrepeso y de la obesidad como causal directa de dos terceras partes de dicha morbilidad; esto sería factible a través de diseñar una intervención programática que atienda de forma integral la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

La segunda consideración, plantea la importancia de entender el alcance del Programa relacionado con su denominación; es decir, su nombre, que de alguna manera da cuenta de la problemática que se busca atender y justifica los bienes y servicios que se entregan para su solución. El Programa tiene como esencia la atención a la salud y para comprender el alcance de este enunciado se hace necesario profundizar en el entendimiento del concepto mismo. De acuerdo con la normativa vigente en la APF, el nombre de un programa se asocia con un proceso analítico que estudia la problemática existente, sus causas y efectos, la población que tiene la necesidad y la estrategia con la cual se le dará solución a dicha necesidad. Así, es fundamental para la evaluación del desempeño del Programa, precisar los elementos que integran el concepto de atención a la salud; por ejemplo, acciones de promoción y/o de educación; atención médica y

rehabilitación; preservación de la salud, entre otras (SS-NOM035, 2012). Con esta delimitación de elementos se deberían contrastar los cinco servicios que hoy ofrece el Programa.

La tercera consideración resulta de analizar la definición del problema con base en la metodología de marco lógico; significa que el problema debe ser identificado correctamente, precisando sus causas y sus efectos (Aldunate, 2003). Derivado de que en el problema de salud por atender la esencia se centra en una alta morbilidad, es claro que las causas primarias que originan este problema rebasan el ámbito del IMSS para atender dicha problemática. Es evidente que la morbilidad de la población no sólo depende de la atención a la salud; principalmente, es consecuencia de los estilos de vida de la población y las condiciones físicas y ambientales en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y se reproducen. Por ello, cuando se revisan las cinco acciones que el Programa realiza para resolver el problema de la alta morbilidad (los cinco Componentes de la MIR antes referidos) se observa que se circunscriben exclusivamente al ámbito de la atención a la salud: incluso, un enfoque curativo. En una visión programática institucional este planteamiento pudiera ser adecuado; desde una visión de atención integral, el problema no tendrá una solución total con la forma en que opera actualmente el Programa. Es claro que a la solución médica que se implementa actualmente habría que complementarla con una solución conformada con acciones no médicas que, si bien rebasan el ámbito interno de la institución, se ubicarían en el contexto de la coordinación y la vinculación con otras dependencias y organizaciones de los sectores público, social y privado. El área de oportunidad es que la solución del problema de la alta morbilidad sea construida con una visión interdisciplinaria y participativa; por ejemplo, ocupando la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Significaría, analizar la relación de los factores culturales, sociales, educacionales, laborales y ambientales en la atención y solución de dicho problema de salud.

1.2 Contexto de operación del Programa

En relación con la responsabilidad del Programa respecto de la atención a la salud de la población derechohabiente, el Instituto ha implementado diversas estrategias que se relacionan con el logro de las metas planteadas en la MIR 2020 y en las actividades generales del Programa. De manera enunciativa más no limitativa, se destacan aquellas acciones que interactúan con la operación del Programa: a) A nivel presupuestal se han aplicado medidas de contención del gasto y cancelaciones en el ejercicio para la optimización de los recursos; b) El incremento de los puestos de trabajo registrados ante el Instituto que ascendían en junio de 2019 a 20'368,666, que permite incrementar la recaudación del ingreso obrero-patronal; c) El Instituto logró reducir el número de inmuebles arrendados de 308 a 284, considerando 24 cancelaciones de inmuebles reportados; d) Se afianzó en 2019 la compra consolidada de medicamentos y material de curación; e) Se alcanzó el 99.76 por ciento en la atención de recetas; f) La iniciativa Unifila: Pacientes sin cita se encuentra implementada en 474 Unidades de Medicina Familiar, beneficiando a 48.9 millones de derechohabientes; g) El sistema de referencia a segundo nivel otorgó 7.5 millones de referencias en 2019, con un promedio de tiempo de 8 minutos, beneficiando a una población cercana a 58 millones de derechohabientes, y h) La implementación del Sistema Institucional de Optimización de Camas (SIOC), que facilita el registro de la actividad hospitalaria requerida para la administración del recurso cama, desde el ingreso del paciente hasta su egreso (IMSS/ILabores, 2019, págs. 9-27).

De forma específica, el Programa otorga atención médica a la población de todos los grupos de edad, mediante acciones de prevención secundaria, que incluye diagnóstico clínico, paraclínico, tratamiento farmacológico, no farmacológico (estilos saludables, nutrición, trabajo social, psicología, etc.) tratamiento quirúrgico, tratamiento de sustitución o de sostén; así como de prevención terciaria dirigida a la rehabilitación física, mental, social y de cuidados paliativos, en las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención para

incrementar la esperanza de vida al nacer de los derechohabientes (IMSS-DPM/DS, 2019, págs. 2-3).

Con el propósito de contextualizar la operación del Programa, a continuación se analizan algunos componentes relacionados con la población derechohabiente, los recursos para la atención, los servicios prestados, los daños a la salud, el abasto de medicamentos.⁵ De igual forma, se incluyen elementos sobre la medición de la satisfacción de los beneficiarios y la efectividad del Programa. En conjunto, estos resultados dan cuenta de la complejidad estructural que significa la operación y funcionamiento de los procesos que fundamentan la gestión operativa.

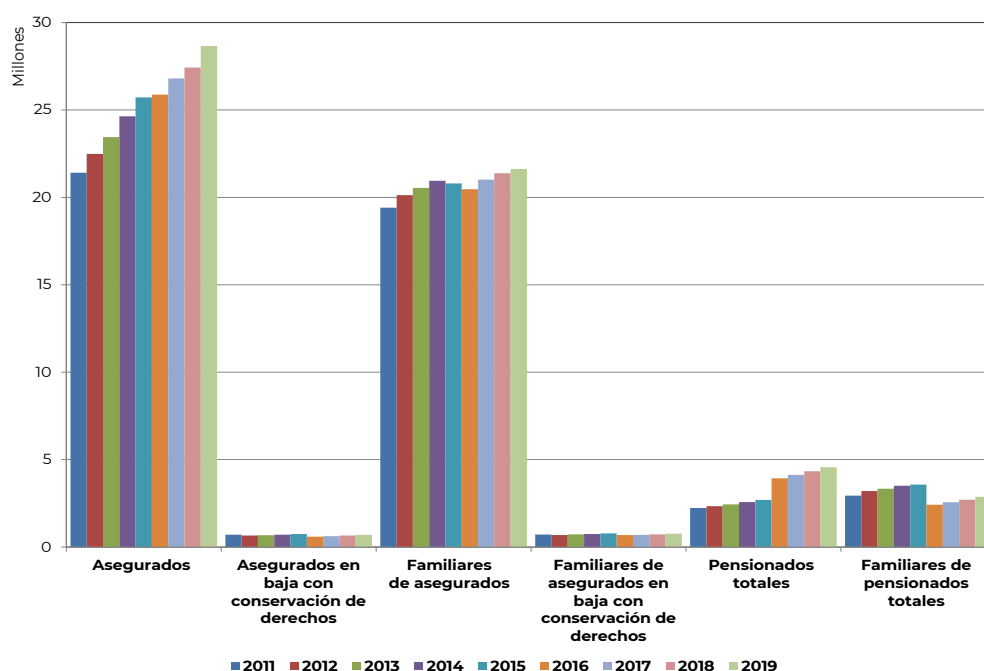
1.2.1 Derechohabiencia

La población objetivo del Programa se integra con derechohabientes adscritos a unidad de medicina familiar distribuidos en: Asegurados, Asegurados en baja con conservación de derechos, Familiares de asegurados, Familiares de asegurados en baja con conservación de derechos, Pensionados totales y Familiares de pensionados totales. En 2019, la población objetivo ascendía a 59 millones de derechohabientes; destacan por su magnitud los asegurados que representan el 48.4 por ciento de los derechohabientes; le siguen los familiares de asegurados con el 36.5 por ciento; ambos grupos suman el 85 por ciento del total; el grupo de los pensionados y sus familias suman el 12.5 por ciento, con el 7.7 y 4.8 por ciento, respectivamente. La diferenciación por grupos poblacionales es objeto de interés programático de estrategias de intervención considerando que en el grupo de pensionados y sus familias se encuentra la población de adultos mayores mientras que en el grupo de familiares de asegurados se encuentran, mayoritariamente, la población infantil y las mujeres en edad fértil.

⁵ La información estadística en la que se fundamenta el análisis sobre el comportamiento de los indicadores se ha tomado de la Memoria estadística 2019 para los nueve años referidos (IMSS/ME, 2019). Los cuadros elaborados para el análisis se pueden consultar en el Anexo estadístico (Anexo AOOA-1) que se incluye en un archivo adjunto en formato Word a este Producto 3.

En los últimos nueve años la evolución histórica muestra un comportamiento ascendente en casi todos los grupos, de forma diferenciada: los asegurados se incrementaron 33.9 por ciento, los familiares de asegurados muestran un incremento de 11.4 por ciento, mientras que los pensionados totales se duplicaron en este lapso, creciendo en 104.1 por ciento. El total de la población derechohabiente se incrementó en 24.8 por ciento (Gráfica 1, Cuadro 1 Anexo estadístico) (IMSS/ME, 2019).

Gráfica 1. Distribución de la población derechohabiente adscrita a unidad de medicina familiar 2011-2019



Fuente: Cuadro 1 Anexo estadístico.

1.2.2 Recursos para la atención

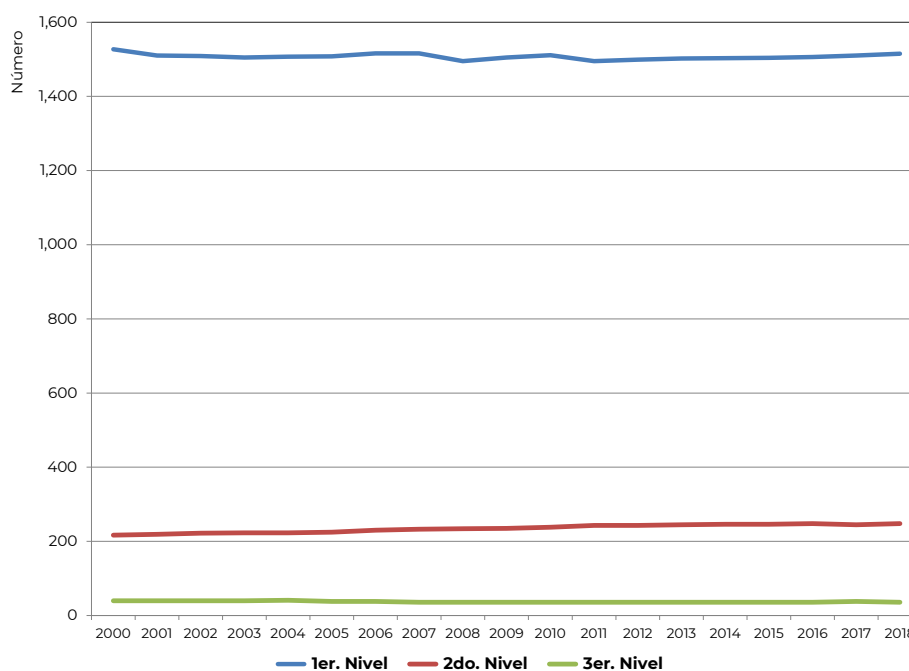
a) Infraestructura médica

En 2018, el Programa operó en 1,804 unidades médicas en los tres niveles de atención en los 35 OOAD (antes delegaciones). Se registró un total de 1,515 unidades de primer nivel como la vía “formal” de entrada al sistema de salud institucional; contó con 248 unidades hospitalarias de segundo nivel, ambas distribuidas en las 32 entidades federativas, así como 36 unidades de tercer nivel de atención ubicadas en diez entidades federativas: Ciudad de México (16); Nuevo

León (6); Jalisco (4); Estado de México (2); Puebla (2) y Guanajuato (2); los estados de Coahuila, Sonora, Veracruz y Yucatán con 1 en cada entidad. Todas estas unidades se distribuyen en una regionalización operativa y un sistema de referencia-contrarreferencia estructurada entre los tres niveles de atención y en todo el territorio nacional.

En la serie analizada de diecinueve años, destaca el limitado incremento en el número de unidades médicas, en contraste con el incremento considerable de derechohabientes. En particular, se aprecia una disminución absoluta en unidades de primer nivel (menos 12) y unidades de tercer nivel (menos 4); no obstante, crecieron en términos absolutos en 31 nuevas unidades de segundo nivel, creadas paulatinamente en el periodo analizado (Gráfica 2, Cuadro 2 Anexo estadístico).

Gráfica 2. Distribución de las unidades médicas 2000-2018



Fuente: Cuadro 2 Anexo estadístico.

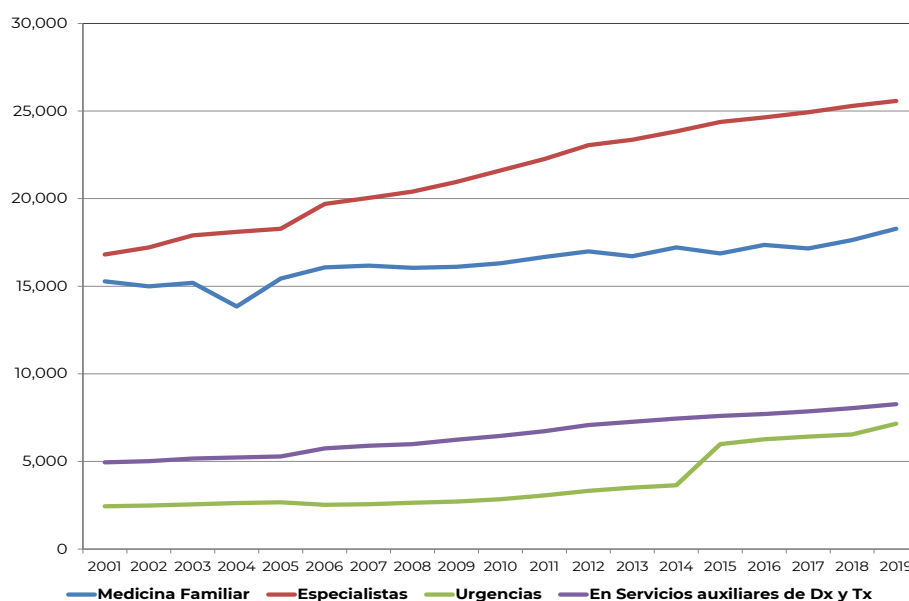
b) Recursos humanos

Para la atención de su población derechohabiente (PDH) el Instituto contó en 2019 con un total de 80,113 profesionales médicos. De éstos, 73,524 (91.8 por

ciento) son médicos laborando en contacto con el paciente; se distribuyen en: Médico familiar (22.8 por ciento); Especialistas (31.9 por ciento); Médicos en urgencias (8.9 por ciento); Médicos en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (10.3 por ciento) y Médicos en formación (17.8 por ciento).

Es relevante en este rubro la alta proporción de médicos especialistas que el IMSS dispone para la atención de sus derechohabientes, sobre todo si se considera que las dos principales causas por demanda de atención en sus unidades son enfermedades del corazón y complicaciones de diabetes mellitus. Asimismo, al analizar la serie histórica del comportamiento de las categorías de personal médico se observó un incremento de 48 por ciento entre 2000 y 2019, con un total de 26,088 recursos médicos adicionales al servicio de la PDH; de entre ellos, los médicos de urgencias son el grupo que más aumentó con 193 por ciento, al pasar de 2,439 en 2001 a 7,156 médicos en 2019; los especialistas se incrementaron en 52 por ciento, al pasar de 16,811 en 2001 a 25,577 médicos. Destaca la disminución en un 81 por ciento del número de directivos médicos, al pasar de 7,016 al inicio del periodo, a 5,718 al final del periodo presentado (Gráfica 3, Cuadro 3 Anexo estadístico).

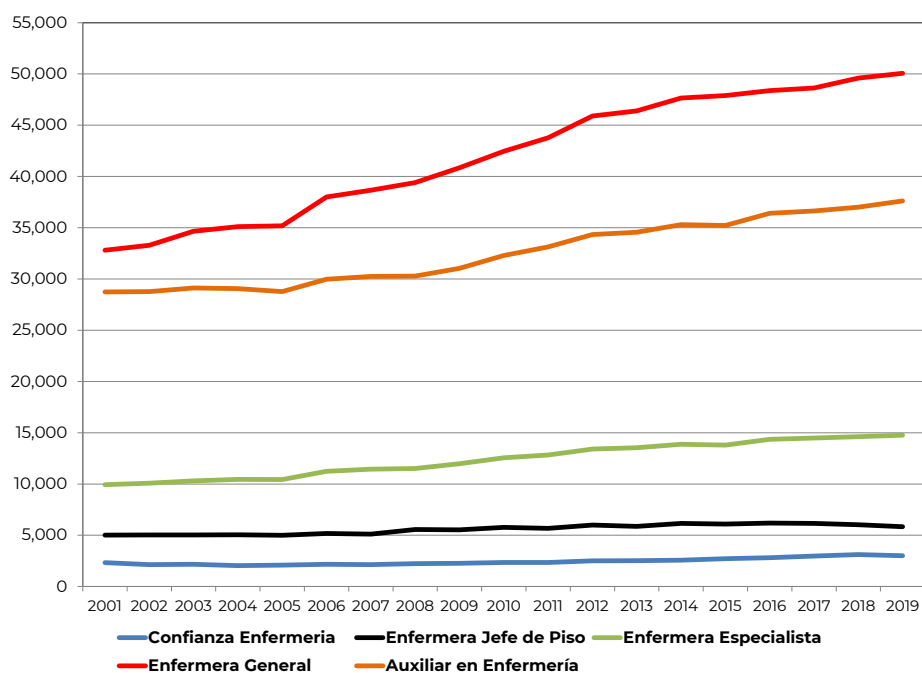
Gráfica 3. Distribución del personal médico 2000-2019



Fuente: Cuadro 3 Anexo estadístico.

En 2019 el IMSS contaba con 111,612 enfermeras para la atención de sus derechohabientes en las unidades aplicativas; de éstas, existen 3,007 enfermeras de confianza (2.7 por ciento); 5,841 enfermeras jefe de piso (5.2 por ciento); 14,759 enfermeras especialistas (13.2 por ciento); 50,062 enfermeras generales (44.9 por ciento); 37,614 enfermeras auxiliares (33.7 por ciento); 36 enfermeras para traslado pacientes para terapia intensiva y 293 enfermeras para traslado paciente de Urgencias. Destaca la adecuada proporción de enfermeras especialistas ubicadas en las unidades médicas. Con excepción de las enfermeras de traslado se observa, en esta serie de diecinueve años, un aumento progresivo de todas las categorías, resaltando las enfermeras generales que aumentaron numéricamente 17,254 enfermeras (52.6 por ciento) y las enfermeras especialistas con 4,819 nuevas enfermeras (48.5 por ciento) al final del periodo (Gráfica 4, Cuadro 4 Anexo estadístico).

Gráfica 4. Distribución del personal de enfermería 2000-2019

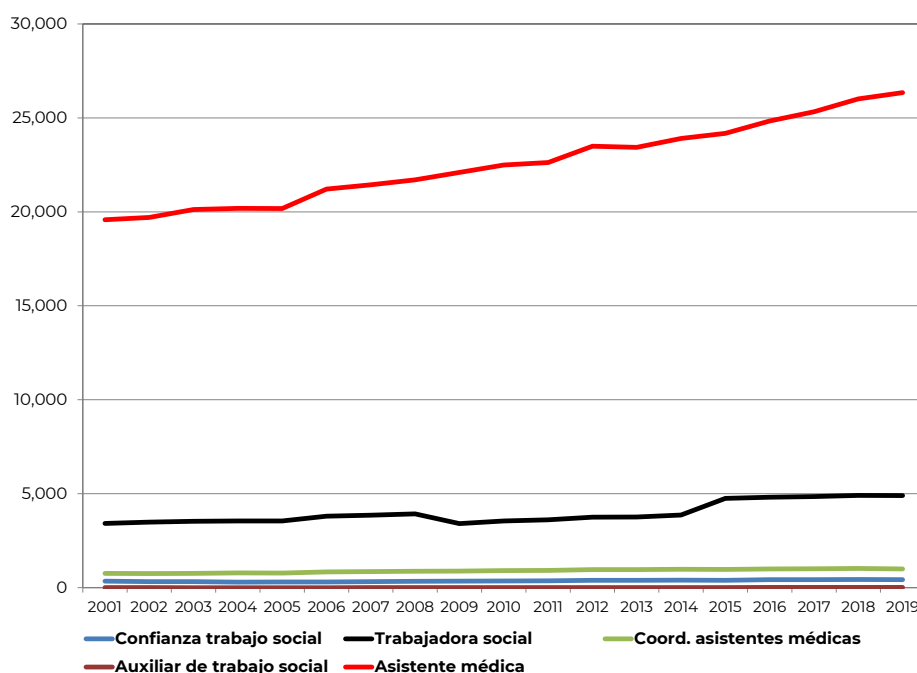


Fuente: Cuadro 4 Anexo estadístico.

Un puesto (personal) central en la operación del Programa es el de trabajadora social. Se contaba en el Instituto con 32,699 en 2019, distribuidas en: 433 de confianza trabajo social (1.32 por ciento); 4,907 trabajadoras sociales (15.01 por

ciento); 1,003 coordinadoras asistentes médicas (3.07 por ciento); 16 auxiliares de trabajo social (0.05 por ciento) y 26,340 asistentes médicas (80.55 por ciento). Es importante mencionar el aumento paulatino en todas las categorías en la serie presentada, destacando el incremento de 6,763 nuevas Asistentes médicas (34.5 por ciento) al final del periodo presentado, lo que sin duda fortalece el proceso de verificación de la derechohabiencia para la atención de la población (Gráfica 5, Cuadro 5 Anexo estadístico).

Gráfica 5. Distribución del personal de trabajo social 2000-2019



Fuente: Cuadro 5 Anexo estadístico.

1.2.3 Prestación de servicios

a) Productividad

Para dimensionar las acciones que se desarrollan en el Programa se describen seis variables dentro de los ámbitos de consulta externa, urgencias y hospitalización en una serie de catorce años que muestran la evolución de los servicios prestados.

El servicio representativo de la atención médica es la consulta externa; en el primer nivel de atención, es el primer contacto y una de las entradas al sistema

de salud del Instituto. Se espera que, con una adecuada capacidad resolutive, el primer nivel resuelva más del 85 por ciento de los problemas de salud ambulatorios.

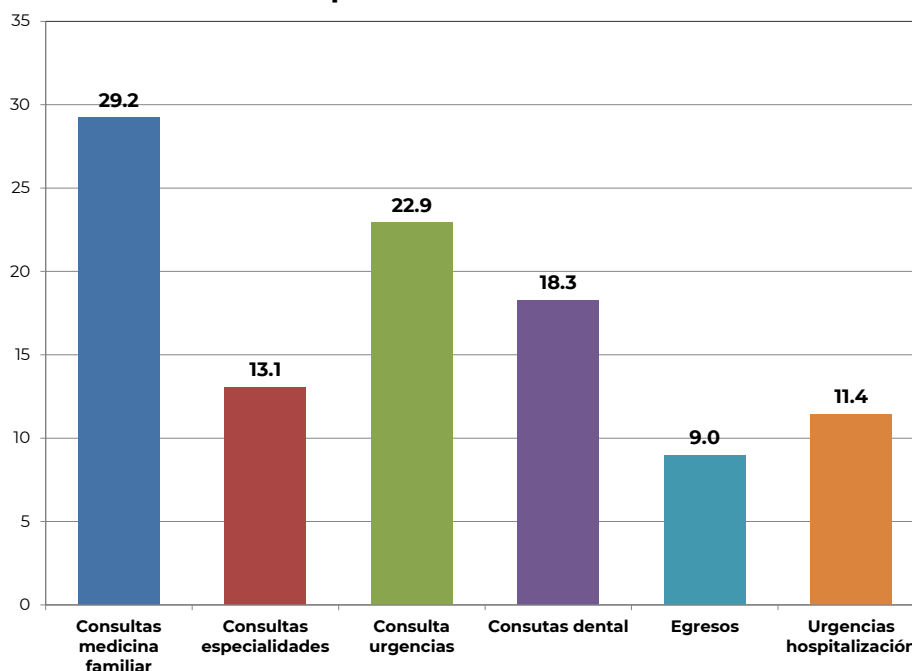
En 2018⁶ se otorgaron en el Instituto un total de 129,992,196 atenciones, representando el número más elevado las consultas de medicina familiar con 85,720,551 de consultas, el 56 por ciento; el segundo lugar lo ocupan las consultas de urgencias con 19,768,928, el 15.7 por ciento del total; le siguieron las consultas de especialidades 19,737,565, con el 15.6 por ciento y, por último, las consultas dentales con 4,765,152 que representan el 3.7 por ciento. Es relevante en la atención el bajo porcentaje de consultas odontológicas, considerando que las enfermedades bucodentales figuran en los primeros lugares de la morbilidad en la población mexicana (Cuadro 6 Anexo estadístico).

En cuanto a los servicios de hospitalización, los egresos ascendieron a un total 2,074,568 en las unidades hospitalarias y las urgencias atendidas en esas mismas unidades significaron una total de 1,571,079.

Es importante señalar que, en el periodo presentado, las seis variables analizadas tienen un comportamiento ascendente, con porcentajes de incremento que oscilan entre el 9.0 y 29.2 por ciento. Destacan las consultas de medicina familiar que representaron un aumento en números absolutos de más de diecinueve millones de consultas, pasando de 66,341,694 en 2005 a 85,720,551 en 2018; le sigue la consulta de urgencias que creció en más de tres millones, pasando de 16,083,534 a 19,768,928 en los mismos años; el porcentaje más bajo de aumento lo representaron los egresos hospitalarios con un incremento de 170,719 egresos entre ambos años, pasando de 1,903,849 en 2005 a 2,074,568 en 2018 (Gráfica 6, Cuadro 6 Anexo estadístico).

⁶ Se refieren datos hasta 2018 debido a que en la Memoria estadística 2019, las cifras de consulta de medicina familiar son iguales que las reportadas como consulta de especialidades (IMSS/ME, 2019).

Gráfica 6. Porcentaje de incremento en los servicios prestados en el periodo 2005-2018

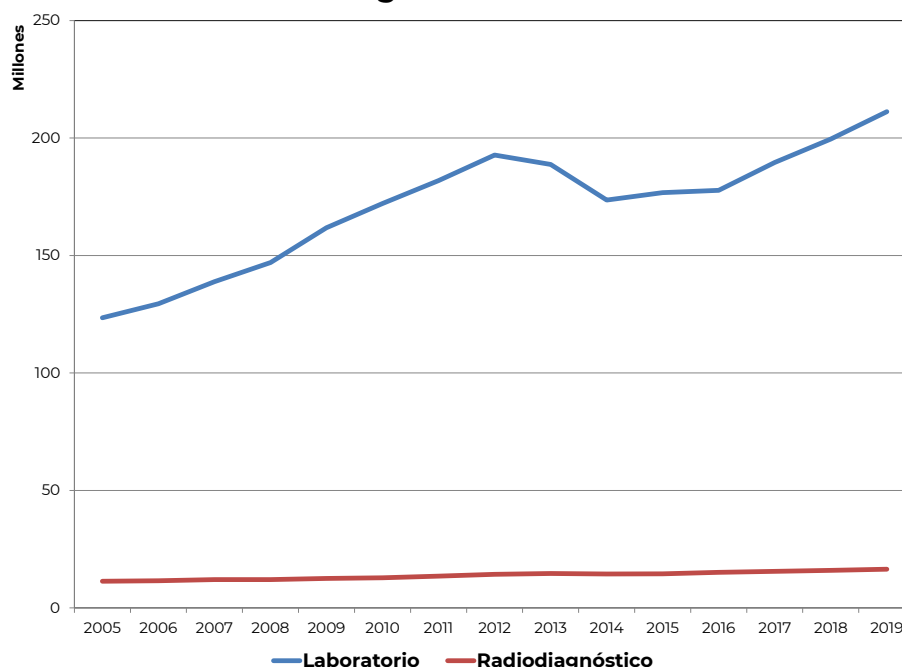


Fuente: Cuadro 6 Anexo estadístico.

El cuidado de la salud requiere de la interacción de varias disciplinas para prevenir y curar enfermedades, por lo que el apoyo de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, aunados a la clínica, facilitan el diagnóstico de las enfermedades que afectan a los pacientes. Se reporta en la Memoria estadística de 2019 que se realizaron 211,206,589 estudios de laboratorio y 16,482,826 estudios de radiodiagnóstico, tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Al analizar el comportamiento de ambas variables en el periodo de 15 años se observa un incremento importante en los estudios de laboratorio, pasando de 123,496,794 en 2005 a 211,206,589 en 2019, es decir, un incremento relativo de 71 por ciento y un absoluto de 87,709,795 de estudios. En relación con los estudios de radiodiagnóstico, el incremento absoluto y relativo fue de 5,134,871 y 45.2 por ciento, respectivamente (Gráfica 7, Cuadro 7 Anexo estadístico).

Gráfica 7. Comportamiento de los estudios de laboratorio y estudios de radiodiagnóstico 2005-2019



Fuente: Cuadro 7 Anexo estadístico.

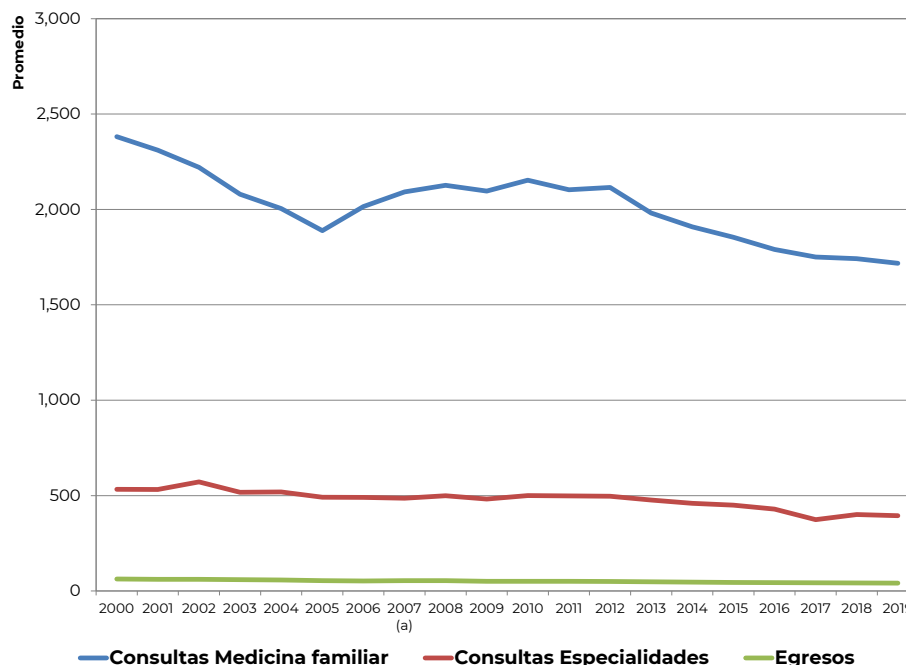
b) Indicadores de cobertura

De acuerdo con indicadores de la Memoria estadística 2019, la razón estadística del número de consultas de medicina familiar por 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio (médico familiar) en 2019 alcanzó un total de 1,717.4 y, en lo referente a las consultas de otras especialidades, el indicador fue de 394.8 consultas de especialidades por 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio (médico familiar). Como se observa en la Gráfica 8, ambos indicadores muestran una tendencia descendente en la serie de diecinueve años, situación que puede revelar algunas deficiencias en la organización de la consulta. Es relevante mencionar que el número de derechohabientes adscritos a UMF, se incrementó casi en 24 por ciento más que al inicio del periodo (Cuadro 1 del Anexo estadístico); mientras que los médicos familiares se incrementaron solo en 20 por ciento en el mismo periodo (Gráfica 3 y Cuadro 3 del Anexo estadístico).

En el caso de los egresos hospitalarios, las cifras también muestran un descenso paulatino con el paso del tiempo, pasando de un promedio 63.3 en 2000 a 41.1 egresos por 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio (médico familiar) en

2019, situación que puede obedecer, entre otros argumentos a: un registro inoportuno de los egresos hospitalarios, una deficiente gestión de camas o a una gestión inoportuna de recursos humanos, insumos y/o infraestructura (Gráfica 8, Cuadro 8 Anexo estadístico).

Gráfica 8. Tendencia de las consultas de medicina familiar, consulta de especialidades y egresos por 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio médico familiar 2000-2019



Fuente: Cuadro 8 Anexo estadístico.

1.2.4 Daños a la salud

Los daños a la salud de la población derechohabiente se estudian a través de la morbilidad y la mortalidad; permiten decidir e implementar las estrategias en términos de medidas preventivas y acciones a seguir para disminuir su incidencia y mejorar la salud.

a) Años de Vida Saludable Perdidos

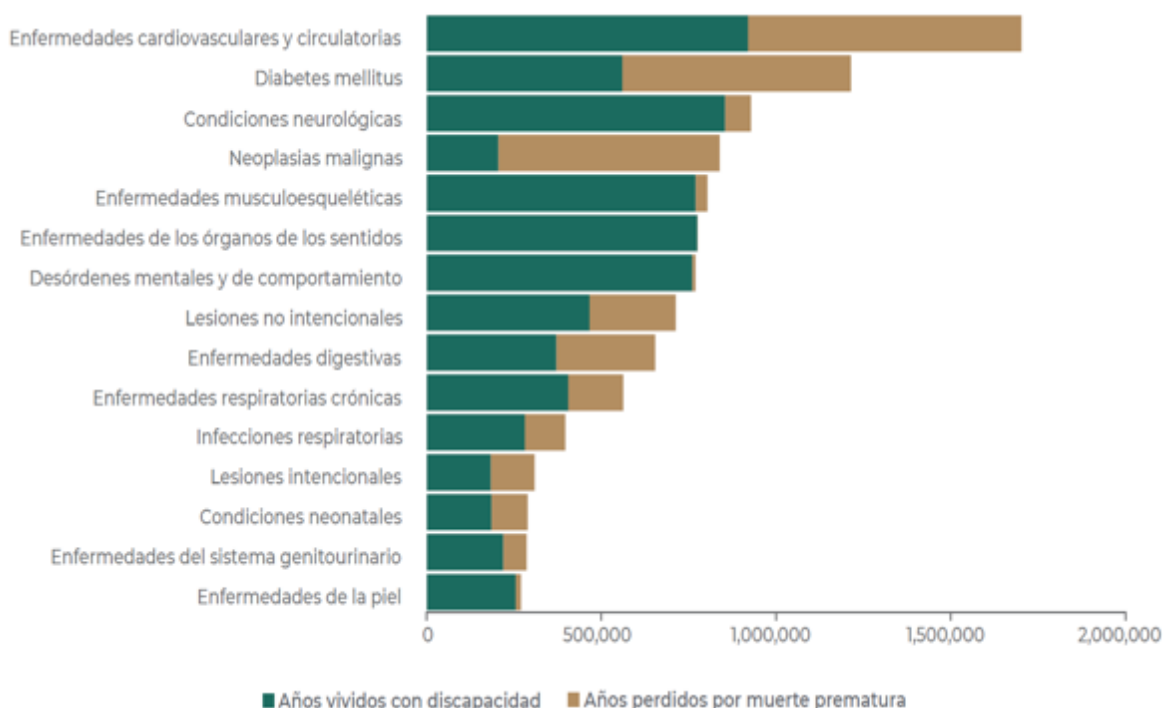
El IMSS tiene la responsabilidad de proporcionar atención médica a más de la mitad de la población mexicana, caracterizada por tener una carga de enfermedad donde predominan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las condiciones neurológicas, las neoplasias malignas y las

enfermedades musculoesqueléticas; estos padecimientos son factibles de medir con índices que cuantifiquen años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida vividos con discapacidad. Ejemplo de ello es el caso de enfermedades cardiovasculares y de diabetes que ocasionan una muerte prematura; por el contrario, las enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental ocasionan vivir con años con discapacidad (Borja Aburto, 2020).

En el estudio de carga de las enfermedades en los OOAD del IMSS se refiere que, para 2015 se llegó a un total de 11,102,974 Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA). Los OOAD con la menor pérdida fueron Tabasco, Querétaro y Chiapas, mientras que la Ciudad de México (CDMX) Norte, CDMX Sur, Yucatán y Morelos tuvieron las tasas más elevadas de AVISA. El grupo de enfermedades no transmisibles fue el que generó la mayor carga (9,038,3332 AVISA), seguido por el grupo de enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales con 1,043,638 y el grupo de lesiones con 1,021,004 AVISA (Gráfica 9) (IMSS-DPM/DS, 2019, pág. 7).

El IMSS a través del Programa tiene el desafío de confrontar los cambios en la población potencial del IMSS, como son: la transición demográfica, el envejecimiento de la población derechohabiente y la carga de enfermedades que se potencializa y complejiza en un panorama multimórbido, en el que participa de manera importante un elemento relacionado con la transición nutricional. Otro reto se relaciona con la adopción de estilos de vida poco saludables, con factores de riesgo para la salud como la escasa actividad física, nutrición inadecuada, prácticas sexuales de riesgo, tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, lo que ocasiona incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas y reemergencia de padecimientos transmisibles, entre otros (IMSS-DPM/DS, 2019, págs. 6-7).

Gráfica 9. Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable perdidos en derechohabientes del IMSS, 2015 (años de vida perdidos ajustados por discapacidad)

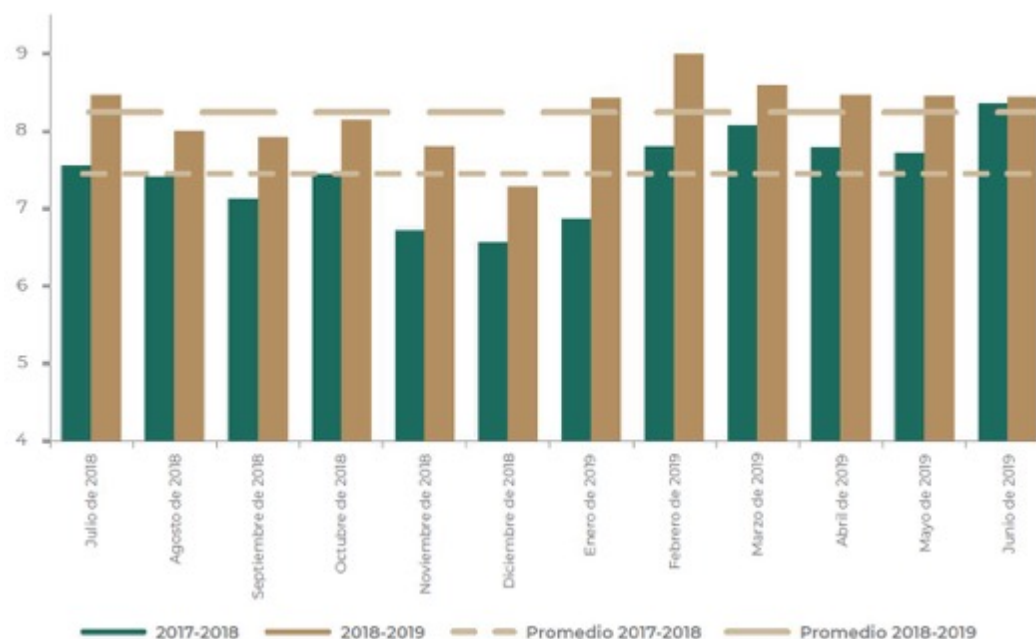


Fuente: Informe de Labores y Programa de Actividades 2018-2019, IMSS (IMSS/ILabores, 2019).

b) Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)

La atención a la salud puede generar riesgos, tanto para los prestadores como para los usuarios de los servicios, lo que representa un reto adicional el prestar los servicios con calidad y seguridad; el riesgo más representativo es el de las infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS) que significan pérdidas de salud y la vida, pero también aumento de costos e insatisfacción para los beneficiarios. Durante el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 se registró una tasa anual promedio de 7.45 IAAS por 1,000 días de estancia; para el periodo de julio de 2018 a junio de 2019, una tasa anual promedio de 8.25 infecciones por 1,000 días de estancia; representa un incremento de 10.6 por ciento. A pesar del ligero incremento se puede observar en la Gráfica 10 que la tendencia en este rubro se mantiene constante, destacando en febrero de 2019 casi 9.0 en IAAS por 1,000 días estancia en el IMSS (IMSS/ILabores, 2019, pág. 70).

Gráfica 10. Comportamiento de la tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por 1,000 días de estancia en el IMSS, 2017-2019



Fuente: Informe de labores y programa de actividades 2018-2019, IMSS (IMSS/Labores, 2019).

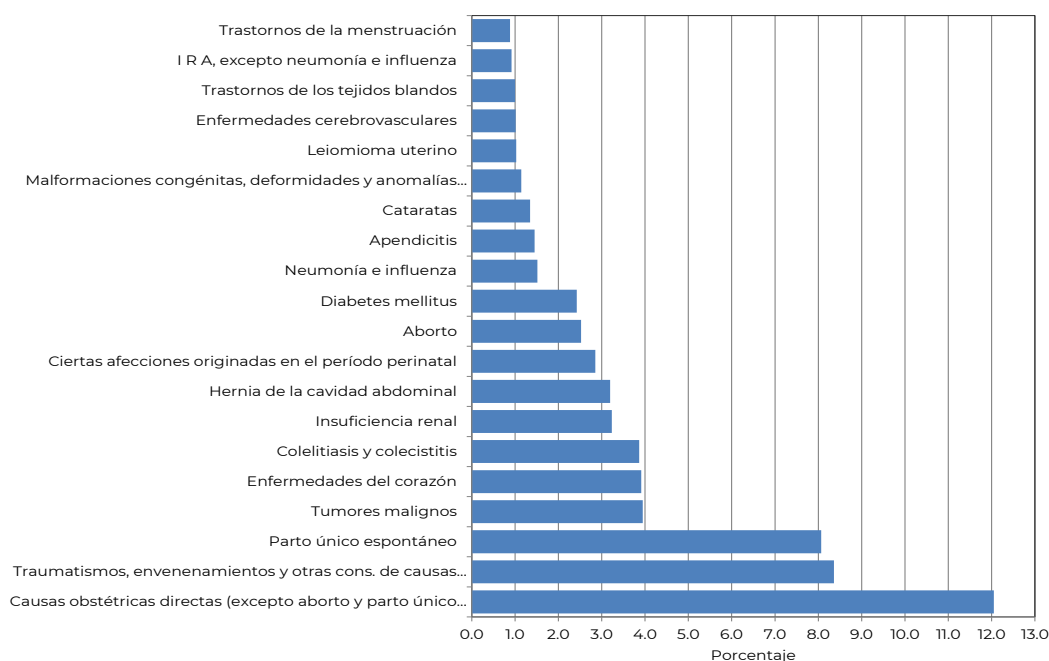
c) Morbilidad hospitalaria

El analizar las causas de los egresos hospitalarios permite medir la demanda de atención en términos de morbilidad de los derechohabientes, además de que brinda apoyo para la planeación y toma de decisiones en el ámbito de la salud.⁷

En los primeros 20 motivos de egreso hospitalarios en el IMSS se encuentran siete causas del área de ginecoobstetricia; llama la atención debido a que la primera causa de egreso con 316,334 casos (12.1 por ciento) afecta a las mujeres (Gráfica 11 y Cuadro 9 Anexo estadístico).

⁷ La información disponible en los cubos dinámicos de la DGIS de la Secretaría de Salud se refiere a egresos hospitalarios de 2017.

Gráfica 11. Distribución de las principales causas de egreso hospitalario 2017



Fuente: Cuadro 9 Anexo estadístico.

d) Morbilidad general

En México se han presentado cambios trascendentales en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades como resultado de los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales y culturales, así como los avances en el campo de la atención a la salud. Desde mediados del siglo XX se han transformado las características del país, lo que ha influido en el comportamiento del perfil epidemiológico y, en consecuencia, en las características relacionadas con la presencia de enfermedad o muerte en la población mexicana: se ha configurado un nuevo panorama de salud.

Al analizar las 20 principales causas de morbilidad por demanda de atención en el Instituto para 2019, se observa el predominio de las enfermedades transmisibles, encabezadas por las infecciones respiratorias, las infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias, en los tres primeros lugares; la conjuntivitis en el quinto lugar, la vulvovaginitis en el 11, otras helmintiasis en el sitio 12, la varicela en el 16, amebiasis intestinal en el 18, dengue no grave en el 19 y la influenza en el lugar 20; en conjunto, alcanzaron la mitad de las veinte

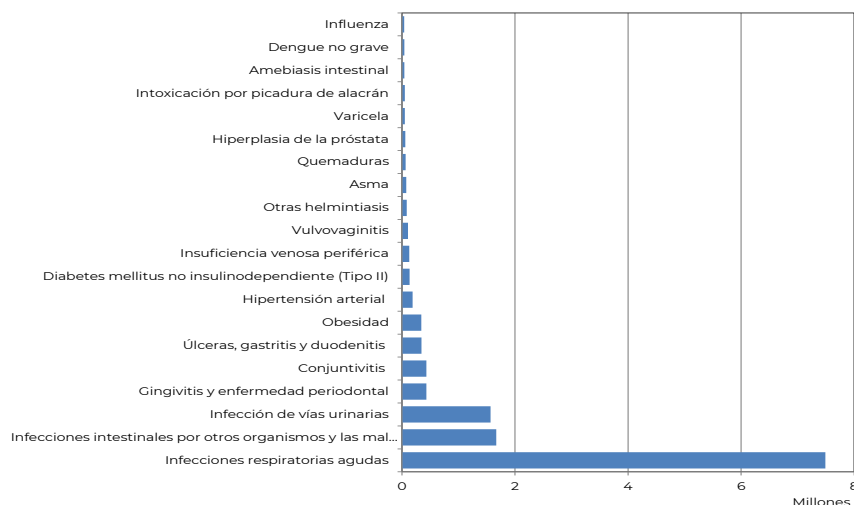
principales causas de enfermedad, con un total de 11,528,435 casos que, en porcentaje corresponde al 86.32 por ciento (Cuadro 10 Anexo estadístico).

Las enfermedades crónico degenerativas sumaron un total de 871,383 casos con un 6.52 por ciento, entre las que destaca la obesidad como factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus e hipertensión, las cuales ocupan el octavo y noveno lugar de la morbilidad, respectivamente y son responsables de gran parte de la carga global de la enfermedad por enfermedades no transmisibles, que afecta cada vez más a la población a edades tempranas.

En cuanto a las patologías de causa externa sumaron un total de 116,190 casos con un porcentaje de 0.87 por ciento y, por último, entre las gingivitis y las úlceras, gastritis y duodenitis conjuntaron un total de 779,540 y un 5.83 por ciento.

En síntesis, al patrón de enfermedades infecciosas que había predominado por años, se han agregado las enfermedades crónico-degenerativas, producto de la interacción entre factores genéticos, factores biológicos como el envejecimiento (resultante del incremento de la esperanza de vida al nacer) y la distribución de grasa corporal, sumados a las de índole ambiental en el que viven las personas (Gráfica 12).

Gráfica 12. Distribución de las principales causas de morbilidad general 2019



Fuente: Cuadro 10 Anexo estadístico

e) Mortalidad

Para 2018, la mortalidad reportada por el IMSS aportó poco más del 32 por ciento del total nacional (722,611).

Al analizar las causas generales de muerte registradas se identifica que, de las 20 principales causas reportadas, se encuentran ocho del tipo enfermedades crónicas (40 por ciento), 4 por enfermedades transmisibles (20 por ciento), 3 por causas externas (15 por ciento), 2 por causas perinatales y/o congénitas (10 por ciento), 2 por mal nutrición (10 por ciento) y quirúrgicas (5 por ciento) (Cuadro 1).

En el análisis por causa, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar y se les atribuye 20.7 por ciento de las muertes registradas en 2018. Sin embargo, al analizar por causas más específicas, es la diabetes mellitus la que ocupa realmente el primer lugar, ya que por sí sola fue responsable de 40,855 casos con 14.4 por ciento; en segundo lugar, se encontraron los tumores malignos en su conjunto con 14.8 por ciento; y, en tercer lugar, las enfermedades isquémicas del corazón que comprenden el 14.3 por ciento del total de muertes.

Las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades del hígado ocuparon el cuarto y quinto lugares con 5.5 por ciento y 4.2 por ciento, respectivamente. Como se observa hasta este punto todas son enfermedades crónicas. Otras enfermedades de este grupo ocuparon los lugares 7 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC) con 3.6 por ciento, 9 (Insuficiencia Renal) con 2.1 por ciento y 14 (Bronquitis crónica, enfisema y asma) con 0.6 por ciento, generando una alta carga global de enfermedades no transmisibles.

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad, 2018 Personas afiliadas al IMSS ordinario

Causas	Cie10	Total	Tasa	%
Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	48,558	71.2	20.7
Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	33,453	49.1	14.3
Enfermedades hipertensivas	I10-I13	9,153	13.4	3.9
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51	5,629	8.3	2.4

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad, 2018 Personas afiliadas al IMSS ordinario

Causas	Cie10	Total	Tasa	%
Diabetes mellitus	E10-E14	40,855	59.9	17.4
Tumores malignos	C00-C97	34,649	50.8	14.8
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	3,087	4.5	1.3
Tumor maligno de la mama	C50	2,874	4.2	1.2
Tumor maligno de la próstata	C61	2,705	4.0	1.2
Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	12,882	18.9	5.5
Enfermedades del hígado	K70-K76	9,860	14.5	4.2
Enfermedad alcohólica del hígado	K70	1,916	2.8	0.8
Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	8,768	12.9	3.7
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	3,919	5.7	1.7
Caídas	W00-W19	736	1.1	0.3
Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	252	0.4	0.1
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	8,543	12.5	3.6
Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	7,820	11.5	3.3
Insuficiencia renal	N17-N19	4,898	7.2	2.1
Agresiones (homicidios)	X85-Y09	3,576	5.2	1.5
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	2,992	4.4	1.3
Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	1,407	2.1	0.6
Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	P35-P37	670	1.0	0.3
Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	P05, P07	266	0.4	0.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	2,605	3.8	1.1
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	1,418	2.1	0.6
Hidrocéfalo congénito	Q03	85	0.1	0.0
Espina bífida	Q05	50	0.1	0.0

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad, 2018 Personas afiliadas al IMSS ordinario

Causas	Cie10	Total	Tasa	%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	1,392	2.0	0.6
Bronquitis crónica, enfisema y asma	J40-J43, J45-J46	1,363	2.0	0.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	1,309	1.9	0.6
Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	1,268	1.9	0.5
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	1,262	1.9	0.5
Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	K56	1,071	1.6	0.5
Sepsis	A40-A41	888	1.3	0.4
Anemias	D50-D64	861	1.3	0.4
Mal definidas		1,357	2.0	0.6
Total		234,382	343.9	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en: DGIS SALUD, Cubos dinámicos Defunciones, http://pwidgis03.salud.gob.mx/cubos/defunciones/seed_98_2018_hist.htm.

Poblaciones, Memoria estadística 2019, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>. Población: 68,158,455.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, la neumonía e influenza ocuparon el octavo sitio con 3.3 por ciento, en tanto que la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana el sitio 13 con 0.6 por ciento, las enfermedades infecciosas intestinales el lugar 16 con 0.5 por ciento y la sepsis el 19 con 0.4 por ciento.

Las enfermedades por causa externa como los accidentes ocuparon el sexto lugar en la mortalidad con un 3.7 por ciento, las agresiones (homicidios) el décimo con un 1.5 por ciento y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con un 0.5 por ciento.

En síntesis, se puede observar que en la PDH del IMSS hay tres tipos de enfermedades que concentran el 53 por ciento de las muertes; las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es esencial atender, destacan dentro

de ellos el sobrepeso y la obesidad que afecta al 77.5 por ciento de la población derechohabiente del IMSS de 20 años y más (IMSS/Prensa No. 050/2020, 2020).

Es relevante destacar que, mientras en la morbilidad la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión ocupan los lugares 7, 8 y 9, en la mortalidad ocupan el segundo y tercer lugar, aunque la obesidad no aparece como causa directa de muerte, lo cual denota la falta de acciones preventivas y de detección oportuna, que ayude a brindar atención temprana y, consecuentemente, disminuir la mortalidad.

Todo lo antes señalado representa un reto importante para el IMSS; por una parte, no se observa una disminución significativa de las principales enfermedades transmisibles que afectan a los derechohabientes y, por otra, las enfermedades crónico degenerativas se incrementan rápidamente.

El comportamiento de la mortalidad por causa seleccionada durante el periodo de 2000 a 2018 muestra que las enfermedades más importantes que presentaron crecimiento de la tasa por 100,000 habitantes en este lapso de tiempo fueron, las isquémicas del corazón, con un aumento de 12.3 puntos en la tasa por 100,000 habitantes: pasó de 39.0 a 51.3 en el periodo analizado; la diabetes mellitus con un aumento de 5.9 defunciones por 100,000 habitantes: pasó de 48.6 puntos en 2000 a 54.5 en 2018; y, la enfermedad hipertensiva con un incremento de 5.0 defunciones por 100,000 habitantes, al pasar de 8.4 a 13.4 defunciones por 100,000 habitantes. Estos resultados dan la pauta para establecer estrategias y acciones que ayuden a disminuir la incidencia de estos padecimientos, sobre todo los que tienen mayor crecimiento.

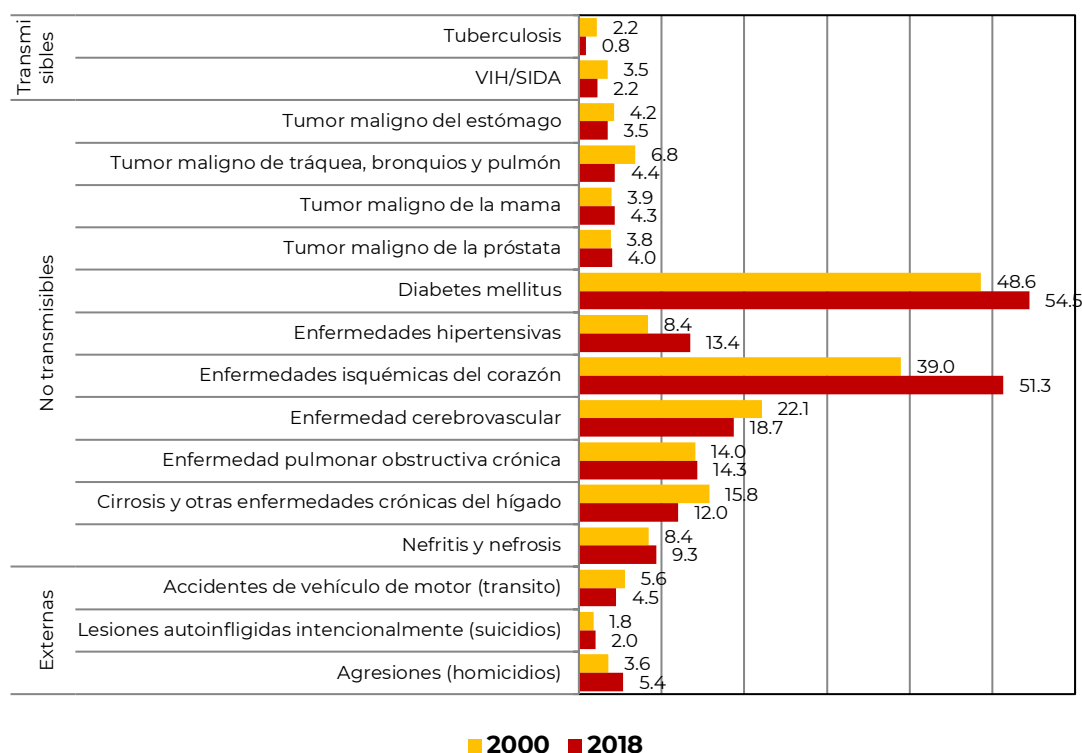
Las agresiones por homicidio fueron otra causa de mortalidad que aumentó en 1.8 defunciones por 100,000 habitantes, al pasar de una tasa de 3.6 a 5.4; otras que aumentaron menos de un punto fueron las nefritis y nefrosis, los tumores de la mama, la EPOC, las lesiones autoinfligidas y el tumor de próstata.

Las enfermedades que disminuyeron en el mismo periodo fueron las cirrosis y otras enfermedades del hígado con una disminución de 3.8 defunciones por 100,000 habitantes, las enfermedades cerebro vasculares bajaron en 3.4 puntos

de tasa por 100,000 habitantes, el tumor de tráquea, bronquios y pulmón en 2.4 puntos, la tuberculosis en 1.4, el VIH/Sida en 1.3, los accidentes de vehículo de motor en 1.1 y el tumor de estómago en 0.7 defunciones por 100,000 habitantes.

Resalta la disminución de las defunciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA); en el nivel nacional continúa presentándose en el lugar 15 de la mortalidad general (Gráfica 13).

Gráfica 13. Mortalidad por causa seleccionada 2000-2018. Población afiliada al IMSS ordinario



Fuente: Elaboración propia con base en: DGIS. SALUD, Cubos dinámicos Defunciones, http://pwidgis03.salud.gob.mx/cubos/defunciones/seed_98_2018_hist.htm.

Poblaciones, Agenda estadística 2019, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>.

* Tasa por 100,000 habitantes.

Agrupando las causas de mortalidad por causa básica (GBD)⁸ o mortalidad por causas agrupadas se observa la transición epidemiológica al aumentar las

⁸ GBD: global burden of disease.

enfermedades crónico degenerativas y disminuir las enfermedades transmisibles; esto es resultado, entre otros aspectos, del éxito de los programas de vacunación, la aparición de la terapia de rehidratación oral, además de la mejora de la tecnología y los avances farmacológicos.

En el comportamiento de las defunciones según causa global de enfermedades se observó que de 2000 a 2018, el grupo II. Enfermedades no transmisibles ha ido en aumento progresivo hasta 2017 que rebasó los 200,000 casos; pasó de poco menos de 125,000 casos a 200,000 en 2018 (Gráfica 14). En términos de porcentajes, comparativamente con 2000, este grupo ha fluctuado entre el 80 y el 85 por ciento en este periodo, con el punto más alto en 2016, para disminuir ligeramente a 83.5 por ciento en 2018 (Gráfica 15). Sin embargo, por tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, la más baja fue en 2000 con un valor de 268.5 y el más alto lo alcanzó en el 2003 con 321.6; para 2018 su valor se encontraba en 294 (Gráfica 16).

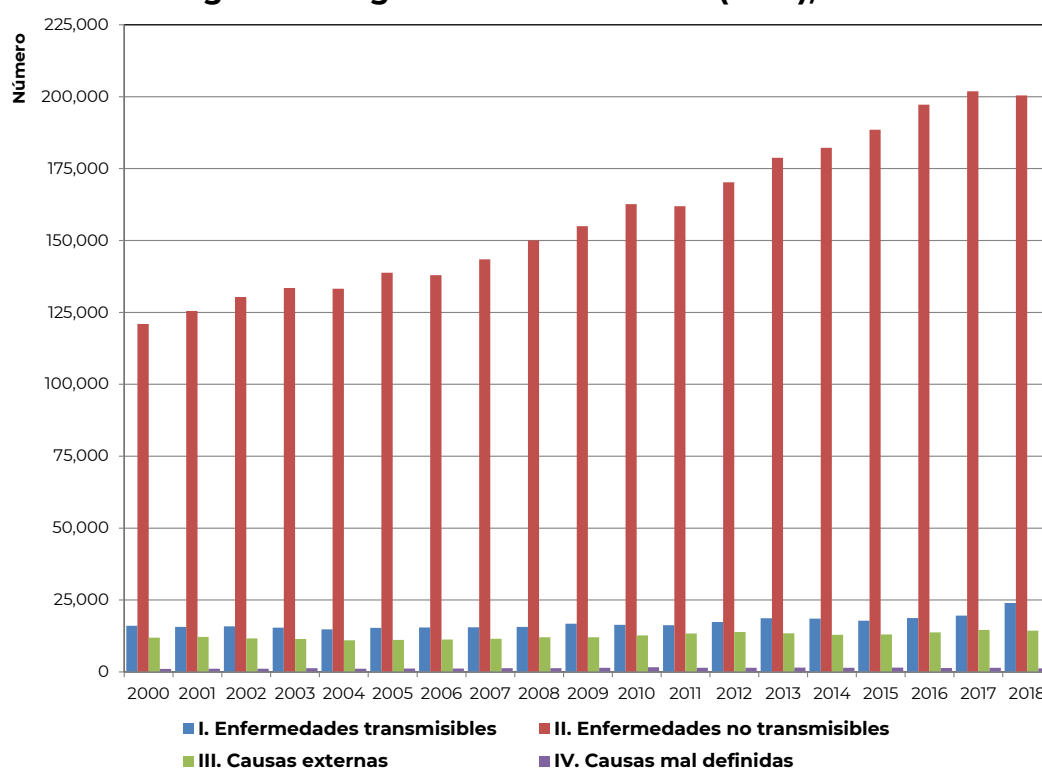
Respecto al grupo I. Enfermedades transmisibles, en números absolutos se visualiza que ha tenido un comportamiento oscilante, con mínimas disminuciones y aumentos paulatinos hasta 2016, sin llegar a los 25,000 casos, pero con un incremento mayor en 2017 y 2018 (Gráfica 14); sin embargo, este grupo de enfermedades sólo alcanza la octava parte del grupo II. Enfermedades no transmisibles, en cuanto a porcentaje de aporte a las defunciones; esta causa se ha mantenido en 10.7 por ciento máximo en 2000 y 10 por ciento en 2018 (Gráfica 15). Por tasa, en 2003 fue de 37.1 defunciones por 100,000 habitantes y la más baja en 2011; para 2018 se encontró en 35.2 defunciones por 100,000 habitantes (Gráfica 16).

De igual forma, en el grupo III. Causas externas, el número de casos prácticamente no ha variado en ese periodo (Gráfica 14); en cuanto al porcentaje, este grupo pasó del 8 por ciento en 2000, al 6 por ciento en 2018, una variación muy pequeña pero importante por el tipo de patologías de que se trata este rubro (Gráfica 15). Por tasa, este grupo tuvo su punto más alto en 2003, con un valor de 27.7 defunciones por 100,000 habitantes (Gráfica 16). El grupo IV. Causas

mal definidas, se mantiene en todo ese tiempo con un mínimo de casos, y sus porcentajes poco significativos y sin un valor para su tasa.

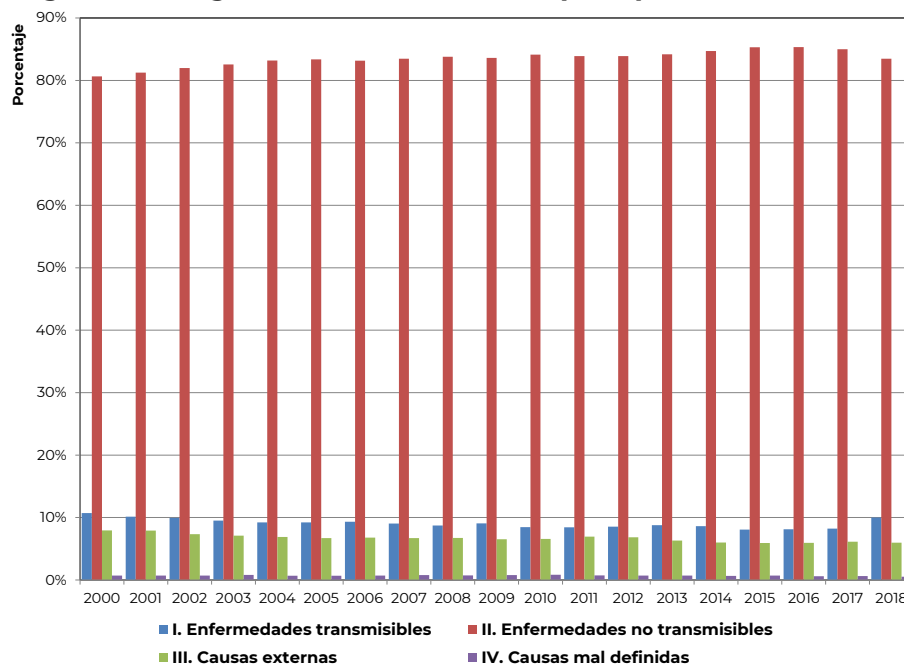
En resumen, la revisión por causa global de enfermedad permite observar que este problema no ha sido abordado con eficacia y que es urgente y necesario establecer estrategias y acciones para abordar el grupo II. De Enfermedades no transmisibles, para identificar y atender oportunamente a ese tipo de pacientes, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad.

Gráfica 14. Número de defunciones registradas en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018



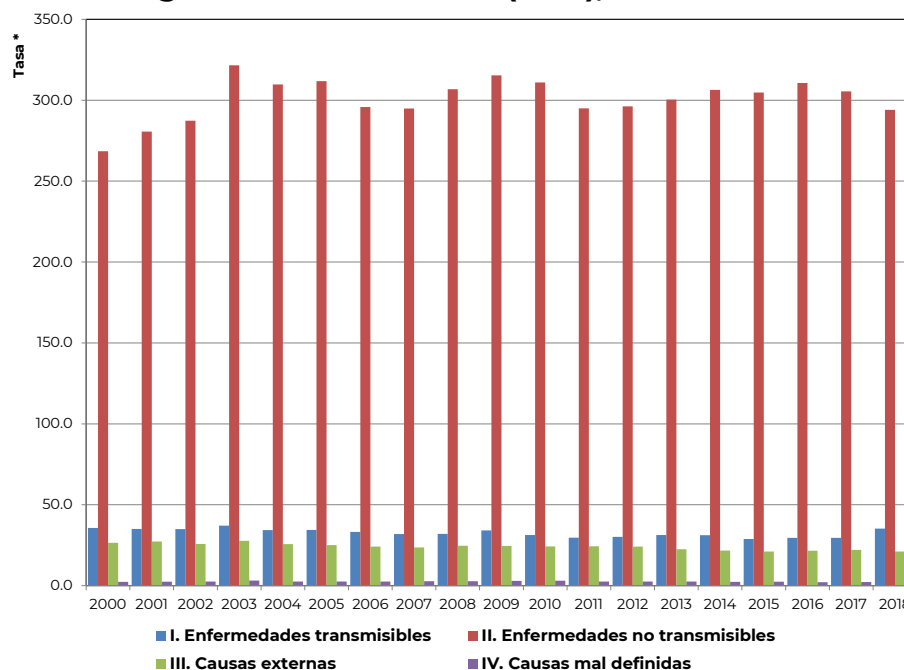
Fuente: Cuadro 11 Anexo estadístico.

Gráfica 15. Porcentaje en las defunciones registradas en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018



Fuente: Cuadro 12 Anexo estadístico.

Gráfica 16. Tasa* de mortalidad en población afiliada al IMSS según causa global de enfermedad (GBD), 2000-2018



Fuente: Cuadro 13 Anexo estadístico.

1.2.5 Abasto y suministro de medicamentos

El Instituto cuenta con programas para la distribución y entrega de medicamentos; éstos complementan la atención a la salud para cumplir con el objetivo de disminuir la morbilidad de la población derechohabiente (IMSS/ILabores, 2019, págs. 135-136). Estos programas son: Consumo en demanda, dirigido a mantener un abasto oportuno de los medicamentos de mayor prescripción; Entrega hospitalaria, que opera mediante la entrega directa de los insumos por parte de la proveeduría en las farmacias de los hospitales; Vales de medicamentos, conformado por el *Programa Tu Receta es Tu Vale* para el canje de vales de medicamentos; Optimización de inventarios, dirigido a la revisión de abasto suficiente en las farmacias del Instituto; y los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT), para la distribución de medicamentos en dosis unitarias y personalizadas de los pacientes hospitalizados.

Todo ello permitió que al cierre de 2018 el indicador de atención de recetas fue de 99.55 por ciento y los primeros 6 meses de 2019 dicho indicador se ubicó en 99.4 por ciento (IMSS/ILabores, 2019, págs. 135-136).

1.2.6 Satisfacción de derechohabientes con la atención médica

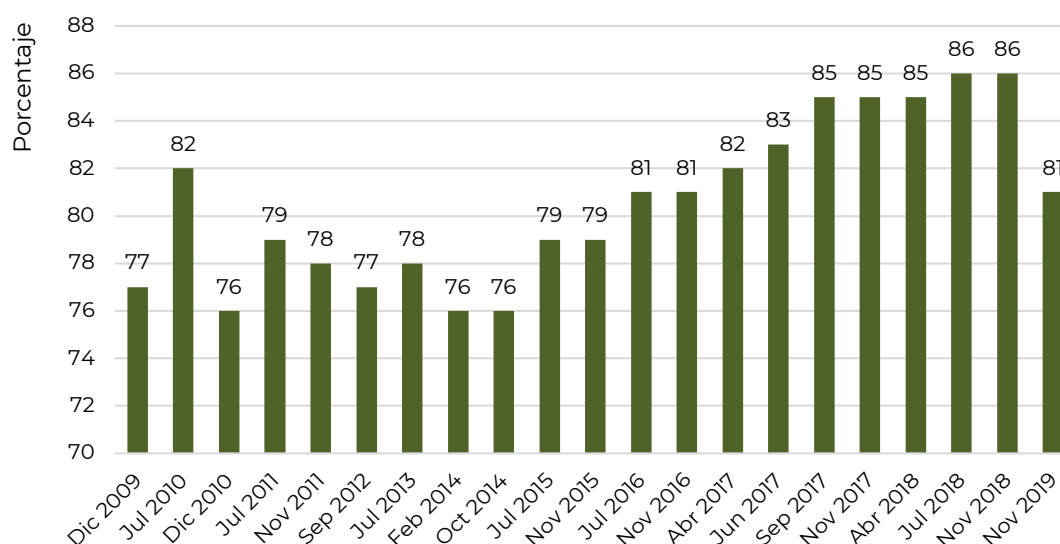
La medición de la percepción que la población usuaria tiene de la calidad de los servicios médicos que ofrece el Instituto ha sido desde 2009, una de las mejores prácticas del Programa; forma parte del sistema integral de medición de la satisfacción de usuarios del IMSS.

De 2009 a 2018 se aplicó la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT) a la población derechohabiente de 18 años o más y a tutores o acompañantes de menores de edad, los cuales se seleccionaron de manera aleatoria durante el horario de servicio para representar un día típico; el levantamiento se realizó en una muestra de unidades médicas, una vez que las personas derechohabientes habían concluido su visita. En 2018 se realizaron dos levantamientos cada uno con representatividad nacional, delegacional y por unidad. Se entrevistaron a 98,861

derechohabientes en 1,380 unidades médicas. En esta medición se reportó el nivel de satisfacción más alto del periodo, con 86 por ciento de derechohabientes muy satisfechos o satisfechos con la atención recibida (Gráfica 17) (IMSS/ILabores, 2020, págs. 388-390).

Para 2019 se modificó el alcance de la encuesta; se refirió que con la finalidad de medir la percepción por tipo de servicio (medicina familiar, consulta de especialidad, urgencias y, hospitalización y cirugía) se sustituyó la ENSAT por el Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud (ENCAL-SS) del IMSS. A noviembre, los resultados mostraron que el 81 por ciento de las personas usuarias declaró estar muy satisfecha o satisfecha con la atención médica recibida en el IMSS (Gráfica 17). Si bien la interpretación directa es que la medición muestra que el nivel de satisfacción disminuyó cinco puntos porcentuales en el último año, el área de oportunidad es hacer explícito si ambas mediciones son comparables en el sentido estricto, no sólo del instrumento de medición, sino de la construcción de la estimación puntual de 2019 que se elaboró a partir de la medición desagregada para cada uno de los cuatro tipos de servicios valorados.

Gráfica 17. Satisfacción con la atención médica que otorga el IMSS, 2009-2019 (porcentaje de derechohabientes muy satisfechos o satisfechos)

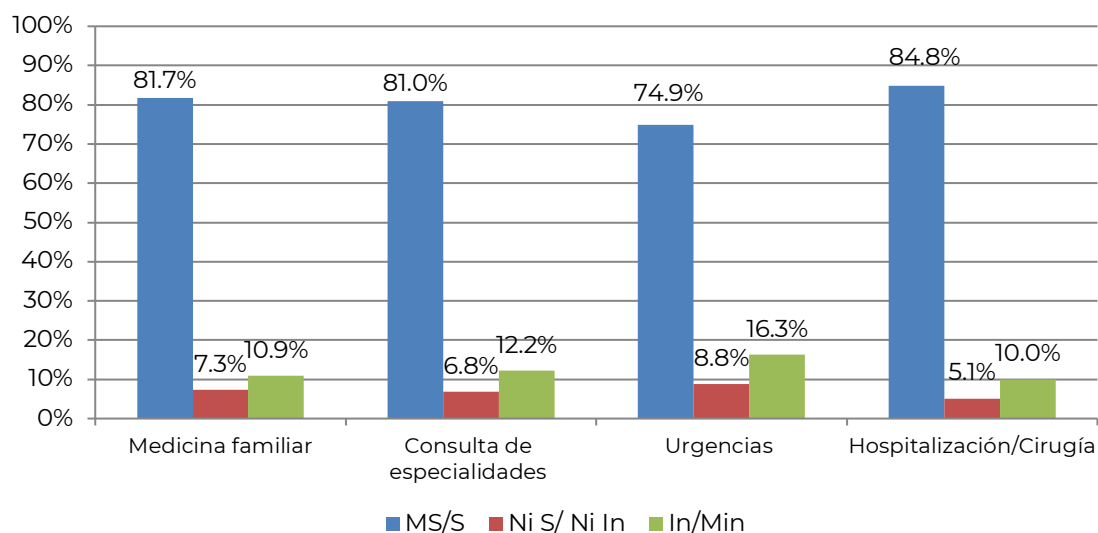


Fuente: Informe de labores y programa de actividades 2019-2020, IMSS (IMSS/ILabores, 2020).

El ENCAL-SS 2019 se aplicó a una muestra agregada de 29,699 usuarios atendidos en servicios médicos, con una representatividad por tipo de servicio. Los tamaños de muestra específicos fueron: 18,856 usuarios de medicina familiar; 7,825, en consulta de especialidades; 2,062, en urgencias y 956, en hospitalización. La satisfacción con la atención médica en el IMSS, referida como <<concepto> global, registra un nivel “aceptable”. Las variables de satisfacción se miden con una escala de Likert; para fines del presente análisis se han agrupado las categorías de muy satisfecho y de satisfecho en una sola; en otra categoría se incluyen los insatisfechos y los muy insatisfechos; y, los que se manifestaron como ni satisfechos ni insatisfechos se dejaron en la misma categoría.

En relación con la pregunta que mide la satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS se observó que, por tipo de servicio, en noviembre de 2019, la categoría de muy satisfecho/satisfecho registró una amplitud en la percepción que va de 74.8 por ciento, para el servicio de urgencias, al 84.8 por ciento, para el servicio de hospitalización/cirugía (Gráfica 18).

Gráfica 18. Nivel de satisfacción o no, con la atención médica del IMSS, por tipo de servicio, 2019



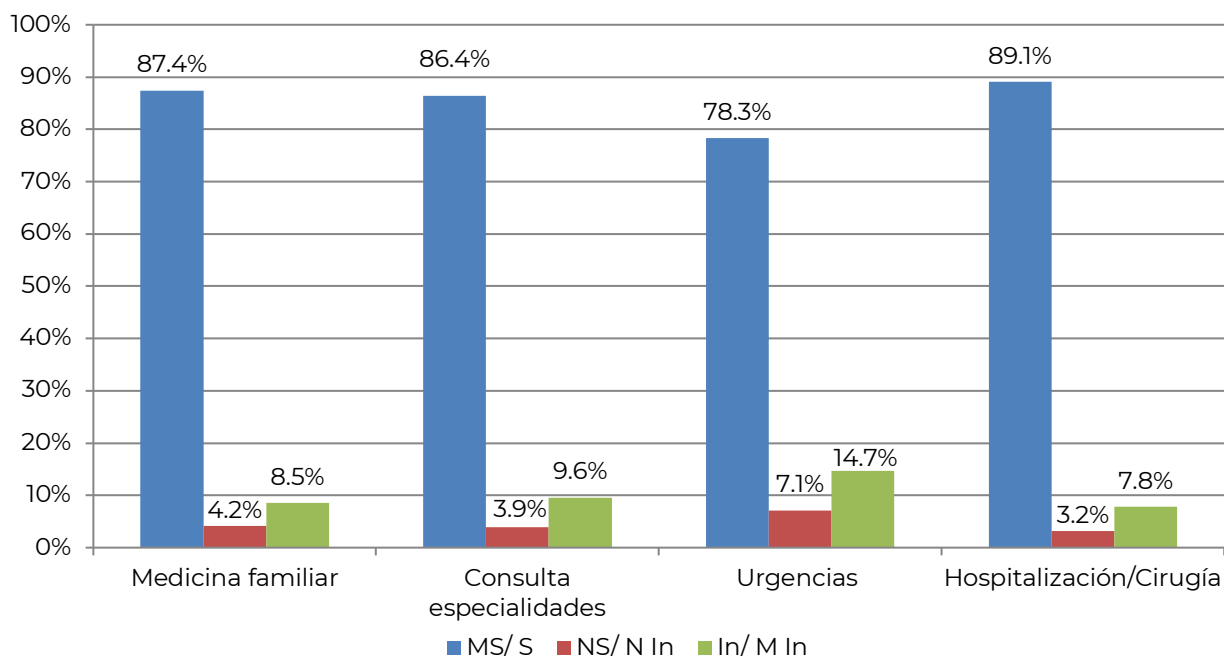
Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho.

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Representó que, en tres de los servicios (medicina familiar, consulta de especialidades y hospitalización/cirugía), al menos, cuatro de cada cinco de los usuarios consideraron positiva la atención médica recibida en el IMSS. Sólo el servicio de urgencias tiene una valoración no aceptable (16.3 por ciento) que debe ser revisable con otros indicadores. Esto puede atribuirse a distintos factores como podría ser el tiempo para recibir la atención. Es claro que las personas que acuden al servicio de urgencias podrían desear una atención inmediata, lo que aunado a una espera prolongada antes de recibir ayuda podría influir de gran manera en que los derechohabientes se sientan insatisfechos con la atención brindada (cfr. sección 3.6.2). La representación por tipo de servicio incorporada a partir de 2019 permite realizar diagnósticos sobre qué tipo de atención, trámites o procesos son los que más generan insatisfacción entre los derechohabientes y proponer las mejoras que correspondan y, sobre todo, darle el seguimiento adecuado. Es importante considerar que la atención médica va mas allá del consultorio; se incluyen procesos relacionados con vigencia de derechos, farmacia, estudios de laboratorio, entre otros.

De igual forma, se midió el nivel de satisfacción con la atención médica recibida en la clínica el día hoy (día de la entrevista). Se observó una mejora significativa en la percepción de los usuarios en todos los servicios, registrándose para tres de éstos, valores de satisfacción que incluso son mayores al nivel global observado en 2018. El servicio de urgencias continúa siendo el de menor aceptación (Gráfica 19).

Gráfica 19. Nivel de satisfacción o no, con la atención médica el día de hoy, por tipo de servicio, 2019

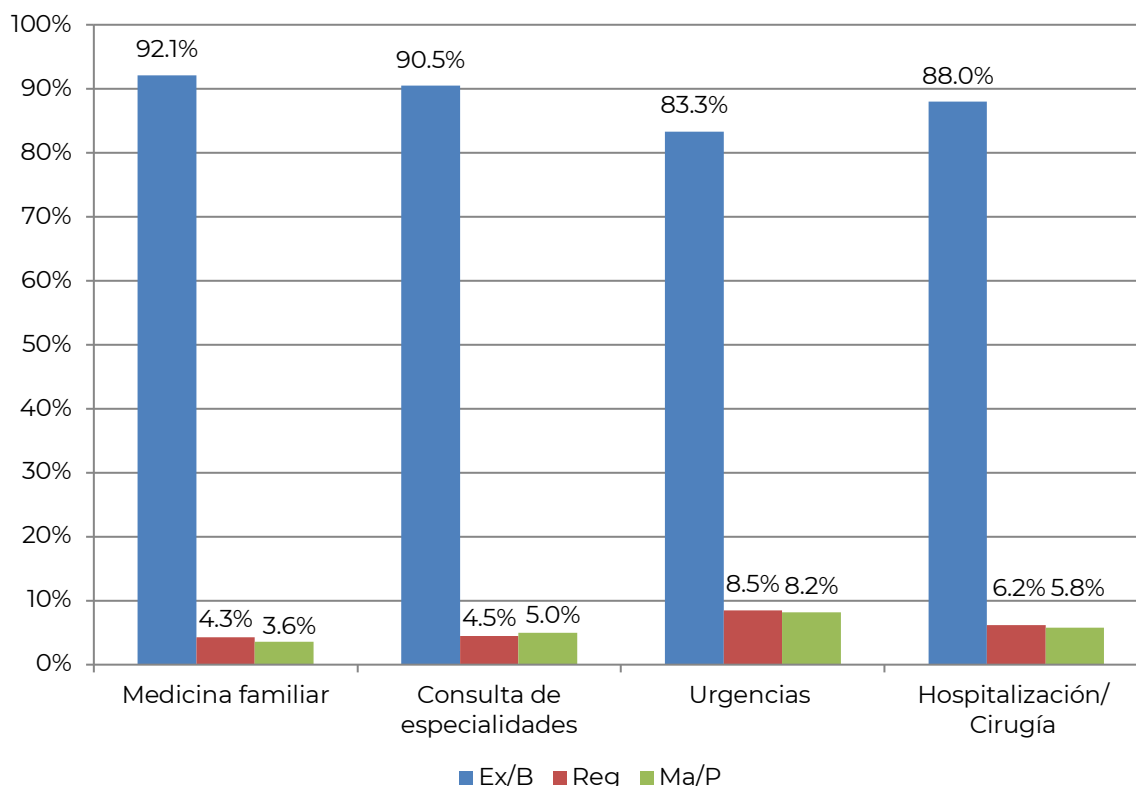


Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho.

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Al analizar la calificación (valoración) que otorgaron los usuarios al trato que recibieron en la unidad en la visita del día de hoy (día de la entrevista) se observaron niveles de apreciación considerablemente satisfactorios para los mismos tres servicios ya valorados de forma adecuada: Medicina familiar, Consulta de especialidades y, Hospitalización/cirugía. El servicio de Urgencias continúa siendo el de menor valoración (Gráfica 20).

Gráfica 20. Valoración del trato recibido en la unidad en su visita el día de hoy, por tipo de servicio, 2019



Nomenclatura: Ex/BS= Excelente/Bueno; Reg= Regular; Ma/P = Malo/ Pésimo.

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Como se ha mencionado, la satisfacción de los derechohabientes con la atención médica del IMSS está determinada por causas diversas; la fortaleza de disponer de las bases de datos con representatividad para los cuatro servicios y con variables que explican dicha causalidad permiten la elaboración de análisis con mayor rigurosidad estadística. En este contexto, se describe la aplicación de una prueba de hipótesis estadística para demostrar si la percepción de la atención medica recibida en el IMSS y la percepción de la atención médica recibida el día de la entrevista, son independientes. Para su fundamentación se utilizó la técnica estadística de análisis bivariado denominada tablas de contingencia que como herramienta robusta permite observar si dos variables son o no independientes. Las tablas de contingencia se construyeron para cada tipo de servicio. Se definió como variable a explicar la satisfacción o no con la atención médica en el IMSS y

como variable explicativa la satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy (día de la entrevista). Con base en el comportamiento de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas se construyó el valor del estadístico de prueba (coeficiente de contingencia) para la distribución de probabilidades X^2 (Chi Cuadrada) (Triola, 2013, págs. 598-603).

En relación con el servicio de medicina familiar se observó que el estadístico de prueba es mayor que el valor crítico de la tabla de la X^2 considerando cuatro grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05; en consecuencia, es factible inferir que el nivel de satisfacción con la atención médica recibida el día de hoy explica el nivel de satisfacción con la atención médica recibida en el Instituto (Tabla 1). Significa que se rechaza la hipótesis nula (H_0) de que la variable satisfacción con la atención el día de hoy y la variable satisfacción con el IMSS, son independientes.

Desde un contexto empírico, otra interpretación permite referir que la tabla de contingencia se construye calculando los porcentajes en el sentido de la variable explicativa, en este caso la satisfacción con la atención médica recibida el día de hoy. En complemento, los porcentajes se analizan en el sentido de la variable explicada referida como la atención médica recibida en el IMSS; la condición básica es que a mayor diferencia entre los porcentajes más fuerte es la relación entre las variables; significa que una variable explica a la otra (Zeizel, 1997, págs. 52-57). Con esta condición es factible observar que el 81.8 por ciento de los usuarios están satisfechos o muy satisfechos con la atención médica recibida en el IMSS; este porcentaje es mayor en los usuarios satisfechos o muy satisfechos con la atención médica recibida el día de hoy (90.1 por ciento de los que si están satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida el día de hoy frente al 24.9 por ciento de los que están insatisfechos o muy insatisfechos con la atención médica recibida el día de hoy). Un 7.3 por ciento mencionó no estar ni satisfecho ni insatisfecho, siendo mayor el porcentaje que declaró lo mismo en relación con la atención médica recibida el día de hoy. El 10.9 por ciento manifestó estar insatisfecho o muy insatisfecho con la atención médica recibida en el Instituto, siendo este porcentaje mucho mayor en los que declararon lo mismo en la

atención médica recibida el día de hoy (5.2 por ciento de los que declararon estar muy satisfechos o satisfechos con la atención médica recibida el día de hoy están insatisfechos o muy insatisfechos con la atención médica en el IMSS, frente al 68.5 por ciento que está muy insatisfecho o insatisfecho). Con base en las diferencias relevantes mostradas en estos resultados se confirma que la percepción de la atención médica recibida el día de hoy explica la percepción de la atención médica en el IMSS (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de medicina familiar, 2019

Medicina familiar		¿Atención médica que recibió en el IMSS?			Total
		MS/S	Ni S/ Ni Ins	Ins/M Ins	
¿Atención médica que recibió en esta clínica el día de hoy?	MS/S	90.1	4.7	5.2	100.0%
	Ni S/ Ni in	24.1	63.5	12.4	100.0%
	Ins/M Ins	24.9	6.5	68.5	100.0%
	Total	81.8	7.3	10.9	100.0%

Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho.

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Al explicar la misma relación de independencia entre ambos tipos de variables: atención médica recibida en el Instituto explicada por la atención médica recibida el día de hoy, para los servicios de consulta de especialidades, de urgencias y de hospitalización/cirugía, se observó que las distribuciones porcentuales y los resultados de las pruebas de hipótesis (tablas de contingencia) con base en la X^2 tienen comportamientos similares a los analizados para el servicio de medicina familiar (Tablas 2, 3 y 4). En consecuencia es factible inferir que la percepción de la atención médica recibida el día de hoy es explicativa de la percepción de la atención médica recibida en el IMSS, con independencia del servicio de que se trate.

Tabla 2. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de consulta de especialidades

Consulta de especialidades		¿Atención médica que recibió en el IMSS?			Total
		MS/S	Ni S/ Ni Ins	Ins/M Ins	
¿Atención médica que recibió el día de hoy?	MS/S	89.7	4.3	6.0	100.0%
	Ni S/ Ni in	23.2	62.7	14.1	100.0%
	Ins/M Ins	26.0	7.1	66.9	100.0%
	Total	81.0	6.8	12.2	100.0%

Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho.

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Tabla 3. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de urgencias

Urgencias		¿Atención médica que recibió en el IMSS?			Total
		MS/S	Ni S/ Ni Ins	Ins/M Ins	
¿Atención médica que recibió el día de hoy?	MS/S	91.2	3.8	5.0	100.0%
	Ni S/ Ni in	17.9	69.6	12.5	100.0%
	Ins/M Ins	15.9	5.9	78.2	100.0%
	Total	75.0	8.8	16.2	100.0%

Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

Tabla 4. Nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida en el IMSS según el nivel de satisfacción o no con la atención médica recibida el día de hoy, en el servicio de hospitalización/cirugía

Hospitalización/Cirugía		¿Atención médica que recibió en el IMSS?			Total
		MS/S	Ni S/ Ni Ins	Ins/M Ins	
¿Atención médica que recibió el día de hoy?	MS/S	92.6	3.2	4.2	100.0%
	Ni S/ Ni in	30.4	64.8	4.8	100.0%
	Ins/M Ins	19.3	1.1	79.6	100.0%
	Total	85.0	5.0	10.0	100.0%

Nomenclatura: MS/S= Muy Satisfecho/Satisfecho; Ni S/ Ni In= Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho; In/ M In= Insatisfecho/ Muy Insatisfecho

Fuente: Elaboración propia utilizando las bases de datos por servicios de la ENCAL-SS, 2019.

1.2.7 Análisis cuantitativo de la efectividad del Programa

La valoración cuantitativa de los procesos con los que opera un Pp tiene como una de sus finalidades el generar información sobre el efecto que tienen los servicios que se brindan a la población derechohabiente, y el alcance de éste para lograr el objetivo propuesto, así como su rendimiento en relación con los costos.

Acercamiento conceptual

Entre las aproximaciones conceptuales para tratar la evaluación cuantitativa se encuentran los términos de *eficacia*, *eficiencia* y *efectividad*. Al respecto, Samuel Fernández señala que “el concepto de eficacia determina el grado en que se alcanzan los objetivos y metas del proyecto en la población usuaria, en un periodo de tiempo determinado e independientemente de los costes que ello implica. Por otra parte, el concepto de eficiencia, como es sabido, se asocia a la productividad, al relacionar recursos con resultados y traducirlo todo a unidades monetarias” (Fernández Fernández, 2000, pág. 260). En este sentido, siguiendo a Fernández, la efectividad podría entenderse como una síntesis entre la eficacia y eficiencia aplicado al análisis de la operación del programa en cuestión.

Por su parte, para el teórico de la Organización y el Managment, Peter Drucker, citado por Rizo Rivas, la *eficiencia* hace referencia a realizar una tarea buscando la mejor relación posible entre los recursos empleados y los resultados obtenidos; la *eficacia* a llevar a cabo tareas de la mejor manera, que conduzcan a la consecución de los resultados y la *efectividad* a que las tareas que se lleven a cabo se realicen de manera eficiente y eficaz (Rizo Rivas, 2019).

Ernesto Cohen y Rolando Franco señalan que los análisis de eficiencia permiten “comparar el grado de eficiencia relativa que tienen proyectos diferentes para obtener los mismos resultados [...] maximizando el alcance de los fines para un nivel de gasto total prefijado” (Cohen & Franco, 1992, pág. 200). Otra síntesis es, por ejemplo, la que proponen Manuel Nebot, María José López y otros (Nebot, López, Ariza, Villalbí, & García-Altés, 2011) (Tabla 5).

Tabla 5. Eficacia, Efectividad, Eficiencia. Definiciones conceptuales

Concepto	Definición
<i>Eficacia</i>	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en los receptores del programa.
<i>Efectividad</i>	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población Diana.
<i>Eficiencia</i>	Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados.

Fuente: Nebot *et al.* "Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos" en *Gaceta Sanitaria* 25. 2011 España p. 4.

Como se aprecia, más que un consenso, existe un debate abierto sobre la definición y el alcance de los conceptos de *efectividad*, *eficacia* y *eficiencia*. Para esta evaluación, en particular, se partió de la evidente correlación entre cada uno de éstos, y se utilizó una metodología específica, de entre las varias posibles, con el objetivo de obtener un resultado de utilidad para el Programa. En atención a ello, se valoró el realizar un análisis cuantitativo de la efectividad de los procesos a partir del análisis del indicador de Propósito de la MIR del Programa, así como de una selección de servicios vinculados a tres de los cuatro procesos sustantivos: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización del MGO-P; es decir, de los servicios que entrega el Programa y que son equivalentes con el proceso de Entrega de apoyos del MGP-C. Se caracterizaron así, de forma general, los factores asociados a la propia efectividad de dichos procesos; es decir, construir una referencia cuantitativa desde la cual complementar los resultados obtenidos con el análisis cualitativo (IMSS-DPM/AT, 2020).

Metodología para el análisis cuantitativo

Es importante señalar que dada la naturaleza del Programa no es factible el contar con un padrón de beneficiarios,⁹ y que los servicios que entrega significan un conjunto de acciones de distinta naturaleza y que, si bien el MGO-P se integra

⁹ En términos de la Ley General de Desarrollo Social, que en su Artículo 5, marca la necesidad que cuenten con determinado perfil socioeconómico (LGDS/DOF, 2018, pág. 3).

por un total de diez procesos, todos están articulados alrededor del otorgamiento de servicios de atención médica a la población derechohabiente.

Los resultados que se derivan del estudio de efectividad complementan, como lo establece el AT, el análisis cualitativo realizado en las diez entrevistas semiestructuradas grupales.

El análisis de efectividad se realizó a partir de la generación de una razón de efectividad; una razón estadística siguiendo la siguiente fórmula (Peñaloza, y otros, 2010, pág. 378):

$$\text{Razón de efectividad} = \frac{\text{Valor presente de los costos}}{\text{Impacto}} \times 100$$

En esta ecuación debe tenerse en consideración que el resultado que se genera podrá interpretarse como más efectivo en tanto sea lo menor posible; es decir, que refleje un mayor impacto al menor costo posible: mayor efectividad.

Dicha razón de efectividad se aplicó comparando:

- a) El presupuesto nacional ejercido del Programa contra la tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS (Indicador de Propósito de la MIR).
- b) El presupuesto nacional ejercido del Programa contra el conjunto de servicios de salud otorgados vinculado a los procesos de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización.
- c) El presupuesto ejercido de las entidades federativas seleccionadas como muestra para la realización de la evaluación contra el conjunto de servicios de salud otorgados vinculado a los procesos de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización para los OOAD de Baja California, Campeche y Ciudad de México Norte.

Para darle perspectiva histórica a los resultados de las razones de efectividad, se realizó también una comparación del crecimiento de la razón de efectividad para los primeros cuatro años de operación del Programa (de 2016 a 2019); para evitar

la distorsión proveniente de los fenómenos inflacionarios se realizó el ejercicio tanto para los presupuestos nominales en cada año, como con los presupuestos reales, deflactándolo¹⁰ con base en el año 2013 (Cuadro 2).

Cuadro 2. Presupuesto nacional ejercido del E011 2016-2019 (pesos)

Año	MXN Corrientes	Deflactor (base 2013)	MXN Constantes (Base 2013)
2016	\$184,171,365,822.00	113.4207811	\$162,378,855,057.79
2017	\$197,287,221,997.00	121.0343852	\$163,000,970,052.71
2018	\$211,548,238,969.00	127.0131106	\$166,556,222,436.01
2019	\$223,210,473,774.00	131.2624502	\$170,048,992,259.62

Fuente: Elaboración propia con base en la información de SHCP, Cuenta Pública 2016-2020 e INEGI.

Resultados

a) Presupuesto nacional ejercido del Programa contra tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS (Indicador de Propósito de la MIR)¹¹

Se muestra el énfasis que el análisis de las razones de efectividad pone en los impactos del Programa. Al respecto es importante señalar que, dada la naturaleza multicausal de las enfermedades crónico degenerativas y que, por tanto, su solución no puede circunscribirse solamente a las actividades del Programa, no es suficiente para analizar la efectividad del mismo, razón por la cual este primer ejercicio estadístico se complementó con los servicios generados por el Programa. En términos generales, la reformulación del

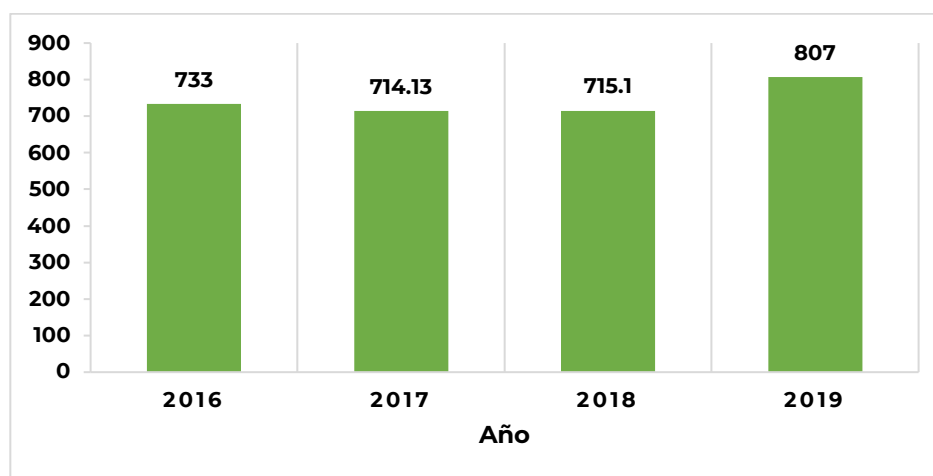
¹⁰ El ejercicio de deflactar sumas monetarias a través de los años, tiene como objetivo anular las variaciones cuantitativas producto de la inflación registrada en cada periodo con el fin de hacer los datos comparables a lo largo del tiempo. Para hacerlo se toma un año específico como base (en este caso 2013) y se aplica el deflactor publicado por INEGI.

¹¹ En la MIR 2020 del Programa, este indicador se define como el “Número de notificaciones de sospecha de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas que ocurrieron en los pacientes que fueron atendidos en IMSS en un año” y su método de cálculo se precisa como: “(Total de casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas) / (Población adscrita a médico familiar) X 100, 000)” (IMSS/MIR, 2020).

problema por atender con el Pp se ha presentado como una importante área de oportunidad de mejora (cfr. subcapítulo 1.1).

En la Gráfica 21 se observa la evolución de las enfermedades crónico degenerativas desde la creación del Programa en 2016: una primera reducción positiva entre 2016 y 2018, con un repunte significativo en 2019. Es importante acotar que dado el poco tiempo que tiene el Pp, así como el sólo contar con las fichas técnicas del indicador para 2019 y 2018, la evolución del indicador sólo puede considerarse de manera aproximada. Si se hace una abstracción crítica de la multicausalidad que determina la morbilidad de enfermedades crónico degenerativas,¹² en especial de los determinantes sociales, la pregunta que se desprende de la tendencia del indicador es ¿cómo se puede relacionar su comportamiento respecto a los recursos que el Estado mexicano invirtió para dar atención médica a la población derechohabiente por medio del Pp E011 “Atención a la Salud”? Es ahí donde la razón de efectividad da algunos elementos para responder, parcialmente, dicha pregunta.

Gráfica 21. Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS (Indicador de Propósito de la MIR)



¹² Las enfermedades consideradas para el indicador son: Diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad alcohólica del hígado, tumores malignos de mama y de cuello del útero (IMSS/MIR FT, 2019).

Fuente: SHCP. Transparencia Presupuestaria. Ficha Programa E011 "Atención a la Salud".

En el Cuadro 3 se observa la razón costo-efectividad con base en el presupuesto nominal; experimentó en cada año un ligero incremento global entre 2016 y 2019, al pasar de 25.12 mil millones de pesos por cada punto porcentual de incidencia a 27.65. Es decir, una reducción de la efectividad del Programa para reducir la tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas. Sin embargo, si se analiza la efectividad considerando el presupuesto en términos reales, se experimentó una mejora de la efectividad al pasar de 22.15 mil millones a 21.07 en el mismo periodo. Es decir, que, si se considera la evolución de la efectividad a lo largo del tiempo que tiene el Programa en operación se puede observar una mayor efectividad del mismo. A pesar de que la tasa de incidencia mostró un crecimiento, el Programa logró los mismos resultados con prácticamente recursos iguales desde 2016.

Cuadro 3. Razón de efectividad Presupuesto nacional ejercido contra comportamiento del indicador del Propósito de la MIR

Año	Nominal	Real	Tasa de crecimiento nominal	Tasa de crecimiento real
2016	25.12	22.15	-	-
2017	27.62	22.82	9.95	3.04
2018	29.58	23.29	7.08	2.04
2019	27.65	21.07	-6.50	-9.53
2016-2019	-	-	10.08	-4.88

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016,2017,2018,2019 y SHCP Ficha del Programa E011 "Atención a la Salud.

b) Presupuesto nacional ejercido del Programa contra el conjunto de servicios de salud vinculados a los procesos de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización

Con las limitantes señaladas para analizar la efectividad a partir del indicador de Propósito de la MIR, dada la multicausalidad de la morbilidad, también se realizó de manera complementaria el análisis de la efectividad respecto al conjunto de servicios de salud vinculados directamente con los procesos sustantivos.

Asimismo, y como se mencionó anteriormente, la naturaleza del Programa (que no cuenta con padrón de beneficiarios en términos de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), ni con mecanismos de seguimiento) llevaron a la condición de tomar al conjunto de servicios médicos otorgados (consultas externas de medicina familiar y de especialidad, así como de urgencias) y el número de egresos hospitalarios. Es claro que cada tipo de servicio representa un esfuerzo institucional no comparable, así como el hecho de que una sola persona derechohabiente puede resultar beneficiaria de más de una de las actividades analizadas, por lo cual el énfasis que se hace en el presente estudio se centra en el conjunto de servicios generados respecto al conjunto de recursos presupuestales disponibles, es decir, el producto del esfuerzo conjunto, directo e indirecto, del Pp para brindar atención a la salud a la población derechohabiente.

Los resultados expresados en el Cuadro 4 muestran cómo, si se compara el presupuesto nominal del Programa con el conjunto de servicios brindados, se experimentó un comportamiento creciente del valor de la razón estadística; es decir, una caída en la efectividad al pasar de 143 mil a 164 mil entre 2016 y 2019. Si se observan el crecimiento a lo largo del tiempo, se puede ver un comportamiento creciente de forma sostenida, y que por lo tanto reflejarían una menor efectividad.

Cuadro 4. Efectividad nominal. Presupuesto nacional ejercido contra servicios generados

Efectividad Nominal					
Año Variable	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Presupuesto	\$184,171,365,822.00	\$197,287,221,997.00	\$211,548,238,969.00	\$223,210,473,774.00	-
Egresos Hospitalarios	2,014,314	2,058,078	2,074,568	2,097,176	-
Servicios médicos (CE+Urg)	126,709,702	126,545,295	129,992,196	133,410,592	-
Servicios brindados	128,724,016	128,603,373	132,066,764	135,507,768	-
Servicios médicos (CE+Urg)	126,709,702	126,545,295	129,992,196	133,410,592	-

Cuadro 4. Efectividad nominal. Presupuesto nacional ejercido contra servicios generados

Efectividad Nominal					
Año Variable	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Variación porcentual	-	7.22%	4.42%	2.83%	15.13%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

En el Cuadro 5 se muestra el comportamiento de la efectividad si se toma en cuenta el presupuesto nacional en términos reales; se puede observar una muy ligera mejora al comparar la razón de efectividad entre 2016 y 2019, mostrando una reducción de menos 0.52 puntos, lo que significa una mayor efectividad del Programa a nivel nacional.¹³

Cuadro 5. Efectividad real. Presupuesto nacional ejercido contra servicios generados

Efectividad Real					
Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Presupuesto	\$162,378,855,057.79	\$163,000,970,052.71	\$166,556,222,436.01	\$170,048,992,259.62	-
Egresos Hospitalarios	2,014,314	2,058,078	2,074,568	2,097,176	-
Servicios médicos (CE+Urg)	126,709,702	126,545,295	129,992,196	133,410,592	-
Servicios brindados	128,724,016	128,603,373	132,066,764	135,507,768	-
Efectividad	126,144.96	126,747.04	126,115.17	125,490.22	-
Variación porcentual	-	0.48%	-0.50%	-0.50%	-0.52%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. PEF 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

¹³ El resultado numérico de la razón representa, una vez hecha la abstracción de la diversidad de servicios de salud que el IMSS genera, una expresión del valor marginal para incrementarlo en “un servicio más generado” para el periodo en cuestión.

c) Presupuesto ejercido por las OOAD seleccionadas contra el conjunto de servicios de salud

El tercer elemento del análisis de efectividad, como complemento del estudio cualitativo, compara los servicios generados por cada uno de los OOAD seleccionados como muestra para las entrevistas semiestructuradas grupales (Baja California, Campeche y CDMX Norte) respecto a sus presupuestos en la Cuenta Pública de la Federación, entre 2016 a 2019.

Una limitante por considerar tanto para realizar el estudio, como para analizar sus resultados es el hecho de que sólo se contó con el presupuesto ejercido para 2019 (al cierre del mes de junio) para la OOAD CDMX Norte y el agregado para toda la Ciudad de México para el complemento de los años anteriores. Para atender esta limitante se aplicó, con fines ilustrativos, la razón de efectividad para toda la Ciudad de México entre los años 2016-2019. Por lo tanto, las razones de efectividad que se presentan sólo se pueden considerar como un ejemplo aproximado; se presenta un ejercicio que bien puede servir de punto de partida para un estudio específico de la efectividad de cada uno de los OOAD y del Programa en su conjunto (Cuadros 6 a 11).

Baja California

Cuadro 6. Razón de Efectividad nominal. OOAD Baja California

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Presupuesto	\$7,416,742,830.00	\$7,795,133,035.00	\$8,171,332,233.00	\$8,476,908,236.00	-
Egresos Hospitalarios (a)	71,853	71,222	75,771	77,487	-
Servicios médicos (b)	4,787,369	4,777,122	4,901,881	4,902,634	-
Servicios brindados (a+b)	4,859,222	4,848,344	4,977,652	4,980,121	-
Efectividad	152,632.31	160,779.29	164,779.29	170,214.91	-
Variación porcentual	-	5.34%	2.10%	3.69%	11.52%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

Cuadro 7. Razón de Efectividad real. OOAD Baja California

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Presupuesto	\$6,539,139,260.97	\$6,440,428,495.74	\$6,433,455,724.48	\$6,457,984,155.66	-
Egresos Hospitalarios	71,853	71,222	75,771	77,487	-
Servicios médicos (CE+Urg)	4,787,369	4,777,122	4,901,881	4,902,634	-
Servicios brindados	4,859,222	4,848,344	4,977,652	4,980,121	-
Efectividad	133,647.57	125,521.54	122,574.20	128,646.17	-
Variación porcentual	-	-1.29%	-2.70%	0.33%	-3.64%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

Como se puede ver en los Cuadros 6 y 7, la razón de efectividad para el OOAD Baja California experimentó, en términos nominales, un incremento sostenido durante todo el periodo de observación, y de 11.52 por ciento entre 2016 y 2019; se expresaría una menor efectividad desde la creación del Programa. Sin embargo, si se analiza la razón de efectividad tomando el presupuesto en valores reales, se observa una mejora en la efectividad de -3.64 por ciento entre los mismos cuatro años de operación del Programa.

Campeche

Cuadro 8. Razón de Efectividad Nominal. OOAD Campeche

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2020
Presupuesto	\$1,263,913,732.00	\$1,316,029,734.00	\$1,433,604,209.00	\$1,545,705,089.00	-
Egresos Hospitalarios	11,683	12,461	12,668	12,600	-
Servicios médicos (CE+Urg)	902,223	927,740	953,874	974,809	-
Servicios brindados	913,906	940,201	966,542	987,409	-

Cuadro 8. Razón de Efectividad Nominal. OOAD Campeche

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2020
Efectividad	138,298.00	139,973.23	148,323.01	156,541.52	-
Variación porcentual	-	1.21%	5.97%	5.54%	13.19%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

Cuadro 9. Razón de Efectividad Real. Campeche

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2020
Presupuesto	\$1,114,358,161.91	\$1,087,318,890.14	\$1,128,705,692.30	\$1,177,568,365.28	-
Egresos Hospitalarios	11,683	12,461	12,668	12,600	-
Servicios médicos (CE+Urg)	902,223	927,740	953,874	974,809	-
Servicios brindados	913,906	940,201	966,542	987,409	-
Efectividad	121,933.56	115,647.49	116,777.72	119,258.42	-
Tasa de Crecimiento	-	-5.16%	0.98%	2.12%	-2.19%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

En el caso del OOAD Campeche, también se observó una disminución nominal de la efectividad, aunque mucho más paulatina; la razón estadística mostró un crecimiento de 13.19 por ciento entre 2016 y 2019. Al analizar el presupuesto en términos reales, la efectividad mostró una ligera mejora; la razón de efectividad se redujo en -2.19 para el mismo periodo (Cuadros 8 y 9).

Ciudad de México

Cuadro 10. Razón de Efectividad Nominal. Ciudad de México

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2020
Presupuesto	\$29,893,967,831.00	\$33,938,242,115	\$37,327,134,226.00	\$38,804,042,191.00	-
Egresos Hospitalarios	272,798	273,924	273,731	269,489	-
Servicios médicos (CE+Urg)	14,811,982	14,819,316	15,565,903	16,130,499	-
Servicios brindados	15,084,780	15,093,240	15,839,634	16,399,988	-
Efectividad	198,173.04	224,857.23	235,656.55	236,610.19	
Variación porcentual	-	13.47%	4.80%	0.40%	19.40%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

Cuadro 11. Razón de Efectividad Real. Ciudad de México

Año Variables	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Presupuesto	\$26,356,693,657.93	\$28,040,165,656.10	\$29,388,410,422.81	\$ 29,562,180,298.31	-
Egresos Hospitalarios	272,798	273,924	273,731	269,489	-
Servicios médicos (CE+Urg)	14,811,982	14,819,316	15,565,903	16,130,499	-
Servicios brindados	15,084,780	15,093,240	15,839,634	16,399,988	-
Efectividad	174,723.75	185,779.63	185,537.18	180,257.33	-
Variación porcentual	-	6.33%	-013%	-2.85%	3.17%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP. Cuenta Pública 2016-2019 e IMSS Información en Salud. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informaci%C3%B3n-en-salud>.

Los Cuadros 10 y 11, muestran para la Ciudad de México el mismo comportamiento que con los otros ejemplos: una mayor efectividad al calcularla con el presupuesto en términos reales. Aunque la razón de efectividad calculada con los presupuestos reales creció entre 2016 y 2019, si experimentó una

reducción en 2018 y 2019 lo que significa un mejor desempeño del Programa, especialmente en sus últimos dos años de operación.

En síntesis, en cualquiera de las formas en que se aplicó la razón de efectividad (presupuesto nacional contra incidencia de enfermedades, presupuesto nacional contra servicios otorgados, y presupuestos estatales contra servicios otorgados), se observó el mismo comportamiento general: una mejora de la efectividad del Programa a lo largo del tiempo, siempre que se analice con el presupuesto en términos reales. Lo anterior se puede interpretar como una fortaleza del Programa, pues está logrando generar más servicios (egresos hospitalarios, consultas externas y de urgencias) a pesar de contar, año con año, con un presupuesto prácticamente estático, mientras que la demanda de servicios por parte de la población derechohabiente se ha incrementado.

Sin embargo, esta condición es una aproximación; no es determinante. Para profundizar en el análisis de la efectividad e impacto del Programa será necesario diseñar un estudio particular, a partir de una metodología específica adecuada a las características del Programa. Una evaluación de impacto tendría que apegarse a los lineamientos del CONEVAL, para medir los efectos netos del Programa sobre los beneficiarios (CONEVAL/GAFEI, 2007). El análisis aquí presentado no es sino una reflexión a la eventual realización de una evaluación del impacto específica del Programa.

1.3 La relevancia de un enfoque de procesos para organizar la operación

En la actualidad, el Programa es la intervención gubernamental de mayor relevancia en la Administración Pública Federal (APF); tiene la cobertura poblacional de mayor magnitud y ejerce, por mucho, la mayor inversión presupuestal pública. En 2019, el Programa cubrió una población potencial del orden de 70.3 millones de personas; la población objetivo fue ligeramente mayor a 59.1 millones de derechohabientes de los servicios de salud; y, la población atendida adscrita a un médico familiar fue de poco más de 51.6 millones de beneficiarios. Estas cifras representan una cobertura del 87.3 por ciento respecto de la población objetivo y del 73.4 por ciento respecto de la potencial (IMSS/PA, 2019) (IMSS/DP, 2018). Estos datos permiten afirmar que uno de cada dos

mexicanos recibe su atención a la salud con el Programa, a través de una de las 1,804 unidades médicas de los tres niveles de atención. Destaca que ninguno de los 689 programas presupuestarios federales registrados en 2020 en la página de Transparencia Presupuestaria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) alcanza este nivel de cobertura poblacional de forma directa (SHCP/TPOG Programas, 2020).

En cuanto a los recursos financieros invertidos en un programa social, según el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para 2019 el Programa contó con un presupuesto original del orden de \$217,572.9 millones de pesos (mdp); para el mismo periodo se registró un presupuesto modificado por \$223,210.4 mdp, con una eficacia presupuestal reportada del 100 por ciento en el ejercicio del gasto (SHCP, 2020) (IMSS/BD Presupuesto, 2019). Para 2020, el presupuesto modificado al segundo trimestre es del orden de \$245,383 millones de pesos (SHCP, 2020). De acuerdo con el anteproyecto del PEF 2021 el presupuesto proyectado es de \$251,732 millones de pesos (SHCP/PPEF IMSS, 2021). Esta inversión del Programa para atender la salud de la mitad de los mexicanos del país es del orden de 1.7 veces el presupuesto total de la Secretaría de Salud federal para 2021 (sin considerar el presupuesto de las secretarías estatales de salud) (SHCP/PPEF SS, 2020). Si el Programa E011 de “Atención a la Salud” se responsabiliza de la prevención secundaria y de la terciaria de los derechohabientes del IMSS y el Programa E001 de “Prevención y Control de Enfermedades” atiende la prevención primaria (principal intervención para atender de forma oportuna el problema del sobrepeso y la obesidad), aunque en la operación ambos programas se relacionan, programáticamente no se observa una vinculación explícita; debe tenerse presente que el presupuesto 2021 del Programa es 36 veces mayor que el del Pp E001; una completa desproporción del recurso que se invierte a las acciones de curación respecto de las relacionadas con la prevención de la salud.

La magnitud de la cobertura poblacional y de la inversión financiera realizada fundamentan la relevancia del Programa y, a partir de este nivel de responsabilidad, es fundamental valorar si la gestión operativa contribuye al

logro de las metas y de los objetivos programáticos establecidos. La gestión operativa del Programa puede ser analizada, desde una perspectiva sistémica con base en tres elementos centrales: la estructura, los servicios y los resultados. La estructura considera la gestión relacionada con la institución, los recursos, las normas, la planeación y el diseño; todo aquello que se necesite para la puesta en operación del Programa. Los servicios se refieren a todas las actividades que se llevan a cabo por los profesionales de la salud para la finalidad central del Programa que es la atención a la salud de la población derechohabiente. Los resultados valoran si se logra un cambio positivo en la morbilidad de la población derechohabiente beneficiaria del Programa.

En un primer momento de la evaluación se valoró si la gestión operativa del Programa se organiza en procesos orientados al logro del objetivo de reducir la morbilidad de los beneficiarios. Se consideró como referente normativo al MGP-C normado por el CONEVAL, en el cual se definen diez procesos normativos; a partir de estas referencias se identificaron los principales conceptos con base en los cuales se llevó a cabo la revisión de las evidencias documentales proporcionadas por el Programa. Se valoró su aplicabilidad de acuerdo con la propia naturaleza del Programa y de las condiciones de operación específicas que explican la atención a la salud.

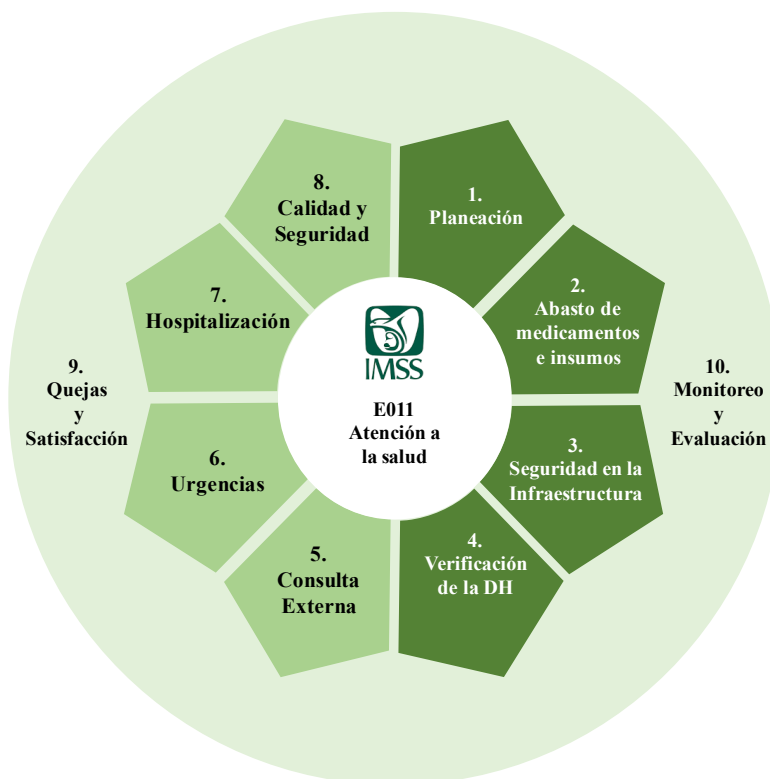
La propuesta de procesos que se hace en esta evaluación está fundamentada en el trabajo de gabinete referido y se complementó con la información cualitativa generada del trabajo de campo. El trabajo de gabinete se centró en la revisión de más de 300 evidencias documentales relacionadas con la normativa federal y, principalmente, la institucional. El trabajo de campo ocupó la información cualitativa generada en las entrevistas semiestructuradas grupales en las que participaron 252 personas para los diez procesos; el personal entrevistado se relaciona con las funciones de dirección, coordinación y operación del Programa; tanto a nivel de oficinas centrales como de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada en Baja California, Campeche y Ciudad de México Norte; así como del personal de las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención de dichos OOAD.

El marco normativo del MGP-C del CONEVAL incluye diez procesos: ocho sustantivos y dos adjetivos. Los sustantivos son: 1) Planeación; 2) Difusión del programa; 3) Solicitud de apoyo; 4) Selección de beneficiarios; 5) Producción de bienes o servicios; 6) Distribución de apoyos; 7) Entrega de apoyos y, 8) Seguimiento a beneficiarios. Los dos adjetivos son: A) Contraloría social y B) Evaluación y monitoreo. El análisis de la normatividad identificó que estos procesos no son aplicables de forma directa al Programa; para una mejor comprensión de las similitudes y diferencias que existen entre ambos tipos de procesos se elaboró “una equivalencia de los procesos del Modelo (MGP-C) con los que se encuentren en el Programa” (Anexo II: Ficha de identificación y equivalencia de procesos del Programa) (IMSS-DPM/AT, 2020).

A partir del análisis documental, de la información cualitativa y de la identificación de la equivalencia de procesos normativos con la forma de cómo opera el Programa, fue factible construir una propuesta de modelo general de su operación. Esta propuesta de modelo se caracteriza por ilustrar el conjunto ordenado de procesos que permiten cumplir con el objetivo de reducir la morbilidad de los derechohabientes del Instituto. Los resultados del análisis de gabinete y del trabajo de campo fundamentan la aproximación conceptual de la propuesta Modelo General de Operación del Programa (MGO-P) (Esquema 1). Bajo una visión sistémica se identifican ocho procesos centrales; cuatro de tipo administrativo que conforman la **estructura** del sistema; y, cuatro de carácter sustantivo que se relacionan con los **servicios** del sistema relacionados con la prestación médica a los derechohabientes. En conjunto, los ocho procesos integran la planificación de acciones e identificación de recursos requeridos para la operación; la identificación y cuantificación de beneficiarios y la prestación de los servicios de salud con seguridad y calidad. La transversalidad de dichos procesos fundamenta que la gestión operativa del Programa se oriente al cumplimiento de los objetivos programáticos ya referidos. En relación con el tercer elemento de **resultados** del sistema, se identifican dos procesos adjetivos relacionados con la valoración de la prestación de los servicios; se refieren a la atención de quejas orientada a lograr la satisfacción de los derechohabientes y con el de evaluar el logro de objetivos y metas del Programa (IMSS-DPM/AT,

2020). Se enfatiza que, si bien estos diez procesos no se identificaron de forma explícita en la normativa institucional, resultó evidente que su inferencia está fundamentada en la fortaleza del amplio acervo de procedimientos institucionales que regulan y norman la prestación de servicios de salud en el Instituto.

Esquema 1. Modelo General de Operación del Pp E011 “Atención a la Salud”



Fuente: Elaboración de INSAD con base en los resultados de la investigación.

En la lógica de la estructura (del sistema) conformada por los procesos administrativos, el Proceso de **Planeación** que se analiza guarda similitud con el del MGP-C; incluye las acciones de programación de servicios, así como los aspectos relacionados con la presupuestación de recursos materiales, humanos y financieros. También se fundamenta la incorporación de dos componentes esenciales para la prestación de los servicios como son el Proceso de **Abasto de Medicamentos e Insumos** y el Proceso relacionado con la **Seguridad en la Infraestructura**. De igual forma, se infiere un Proceso de **Verificación de la Derechohabiencia** que incluye acciones que tienen equivalencia con los

procesos de Difusión, de Solicitud de apoyos y de Selección de beneficiarios del modelo referente (MGP-C).

La esencia del sistema (los servicios) que en la práctica conforma la actuación sustantiva del Programa se materializa con los procesos de Consulta Externa, de Urgencias, de Hospitalización y de Calidad y Seguridad que se proponen en el MGO-P; éstos guardan similitud, principalmente, con el proceso normativo de Entrega de apoyos (servicios) del MGP-C y, en menor cuantía, con los procesos de Producción y de Distribución de bienes y servicios. El Proceso de **Consulta Externa** en la unidad de medicina familiar es una de las vías de entrada al sistema de salud del Instituto y permite acceder a los demás servicios del sistema; considera la atención ambulatoria a personas sanas y enfermas, diferenciable en el primero, segundo y tercer niveles de atención.¹⁴ El Proceso de **Urgencias** (Urgencias General y Unidad de Tococirugía), es la otra vía de entrada al sistema de salud del Instituto, considera la atención continua y el acceso inmediato de los beneficiarios del Programa a los servicios médicos y/o quirúrgicos de hospitalización para segundo y tercer niveles de atención (incluida la atención obstétrica y perinatal). El Proceso de **Hospitalización** propuesto contempla la atención médico-quirúrgica (incluida la atención obstétrica y perinatal) de segundo y tercer niveles de atención, el cual incluye su estancia en áreas de terapia intensiva neonatal, pediátricos y adultos. El Proceso de **Calidad y Seguridad** en la atención guarda similitud con el proceso de Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de apoyos del MGP-C; para dar respuesta a los objetivos del Componente de la MIR 2020 del Programa se incluyen acciones de seguridad del paciente que contribuyan a la disminución de las infecciones asociadas a la atención, complicaciones obstétricas y perinatales, así como intervenciones de mejora para incrementar la oportunidad en la atención en los servicios de

¹⁴ La consulta externa en Medicina Familiar y de los servicios de Urgencias (Urgencias General y Unidad de Tococirugía) en primero, segundo y tercer niveles, son la vía de entrada al sistema de salud del Instituto que permite acceder a los demás servicios del sistema. En este sentido, ningún derechohabiente puede acudir directamente a la consulta externa del segundo y tercer nivel de atención, ni ingresar directamente a hospitalización, en ambos casos debe ser referido por la consulta externa de primer nivel a segundo nivel y de la consulta externa de segundo nivel al tercer nivel.

urgencias y de UMAE, y de efectividad y equidad en la prestación de los servicios, particularmente a los derechohabientes con enfermedades crónicas degenerativas.

En complemento de la estructura (procesos administrativos) y de los servicios (procesos sustantivos) del sistema, la valoración del logro del objetivo es fundamental. Así, desde una visión adjetiva (resultados del sistema) se infieren dos procesos que intervienen en el MGO-P que contribuyen con la retroalimentación de las acciones administrativas y sustantivas para lograr la disminución de la morbilidad de la PDH. El Proceso de **Quejas y Satisfacción** incluye acciones en dos vertientes, una para medir la magnitud de la queja médica y el grado de organización institucional para atenderlas; la otra vertiente es la medición de la percepción de la satisfacción de los beneficiarios con los servicios recibidos, y eventualmente, la percepción de la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. En el Proceso de **Monitoreo y Evaluación** propuesto se incluyen las acciones relacionadas con la elaboración de informes periódicos normados que muestran el avance y los resultados de las acciones del Programa, así como las evaluaciones internas y externas que se llevan a cabo.

2. Diseño metodológico y estrategia del trabajo de campo

La presente evaluación se fundamentó en un diseño y un trabajo de campo en el que se privilegió la información de carácter cualitativo. En este capítulo se explica el diseño metodológico que sustenta el desarrollo analítico de la evaluación de procesos del Programa “Atención a la Salud” y la estrategia empleada para la realización del trabajo de campo. Se estructura en dos apartados; en el primero se describe la estrategia metodológica y categorías de análisis para la valoración de los procesos. En el segundo, se presenta la metodología empleada para la selección de la muestra cualitativa referente a los tres niveles de atención; asimismo, se presentan los resultados de la muestra cualitativa con las unidades de análisis objeto de estudio.

El diseño metodológico permitió dar cumplimiento a los objetivos general y específicos establecidos para la evaluación; se sustentó en un estudio de caso y se generó información de carácter local para complementar el análisis de la gestión operativa del Programa.

El trabajo de campo ocupó una muestra cualitativa que permitió estudiar la variabilidad entre OOAD y unidades médicas. La fortaleza es la profundidad de la información cualitativa generada, tanto en el contenido como en las dimensiones analíticas ya referidas para el análisis.

2.1 Diseño metodológico para la evaluación

En esta sección se describen los elementos relevantes del diseño metodológico en el que se fundamentó la evaluación de procesos del Programa.¹⁵ La consideración de abordar el análisis de dichos procesos desde una perspectiva sistémica delimita la relevancia de generar información que se complemente desde una visión normativa (documental) y operacional (la experiencia de campo).

¹⁵ Si se requiere una mayor desagregación de esta temática, podrá consultarse el Capítulo 2. “Diseño metodológico de la evaluación” contenido en el Producto 1 “1er. Informe preliminar. Descripción del Programa, Diseño Metodológico y Estrategia del Trabajo de Campo” de la presente evaluación de procesos.

2.1.1 Consideraciones metodológicas sobre la estrategia de trabajo de campo

La evaluación de la gestión operativa del Programa se desarrolló con base en un enfoque metodológico cualitativo que se complementó con el análisis de información de carácter cuantitativo para comprender cómo el Programa, a través de su gestión operativa, contribuye al logro de su objetivo que se ha referido como que “la población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad” (IMSS/MIR, 2020). Para lograrlo, se utilizó un diseño metodológico de estudio de caso que se apoyó en técnicas de recolección de datos como la entrevista semiestructurada grupal, la investigación documental de la normatividad que regula los procesos del Programa y el Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS (ENCAL-SS). Este acercamiento permitió recolectar y analizar la información desde una mirada complementaria que integra las bondades y fortalezas tanto del método cualitativo, como del cuantitativo (Esquema 2).

Esquema 2. Diseño metodológico utilizado en la evaluación



Fuente: Elaboración propia con base en el de la evaluación del Pp E011 “Atención a la Salud” (IMSS-DPM/AT, 2020).

La base cualitativa de la evaluación permitió un acercamiento constructivista, interpretativo e inductivo de los procesos que integran la gestión operativa del Programa (Bryman, 2012). Desde esta óptica, se recuperó la interacción establecida entre los individuos, así como la comprensión de su realidad social a través de los significados. Tales significaciones se constituyeron en uno de los insumos más relevantes en la conducción de la evaluación al profundizar holística e interpretativamente en la comprensión y análisis de los procesos del Programa, en su coordinación, así como en la identificación de sus fortalezas y debilidades. Por su parte, desde el enfoque cuantitativo se integró información de carácter estadístico y numérico con el objeto de valorar factores asociados a la efectividad de los procesos de entrega y seguimiento a beneficiarios.

El diseño metodológico de la evaluación se apoyó en el estudio de caso; se constituye como la estrategia establecida para la recolección y análisis de datos (Sáez, 2008). El uso del estudio de caso data de la segunda mitad del S. XX y es considerado uno de los principales instrumentos para la recolección de datos cualitativos (Arzaluz, 2005). Su atributo principal es ofrecer la posibilidad de profundizar y explicar de manera intensiva un solo caso (Yin, 2003). Ello facilita contribuir al conocimiento de fenómenos sociales complejos, así como conservar de manera holística las características de los eventos en un espacio claramente delimitado y en un contexto específico.

El diseño metodológico utilizado consideró criterios de rigurosidad metodológica asociados a la confiabilidad y la validez. Se establecieron criterios y técnicas para favorecer que las conclusiones y hallazgos observados en la evaluación fueran lo más precisas posible y favorecer con ello la validez interna de dicho diseño. En el caso de la validez externa, se buscó recolectar datos en los diversos contextos que opera el Programa, favoreciendo un acercamiento de estudios multicasos. Ello se logró con la participación del personal servidor público responsable del Programa en tres OOAD (delegaciones): Baja California, Campeche y CDMX Norte. De igual forma, con base en lo desarrollado por Stake (1998), para otorgar confiabilidad al estudio se buscó emplear diversas fuentes de

información a través de las cuales es posible verificar la repetición de observaciones o interpretaciones (Esquema 3).

Esquema 3. Diseño metodológico empleado en la investigación



Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico de la evaluación del Pp EO11 “Atención a la Salud” (IMSS-DPM/AT, 2020).

Como estudio de caso, el Programa es relevante en cuanto a que se conforma como un instrumento que se suma a los esfuerzos realizados por el IMSS desde hace 75 años para brindar atención a la salud de los trabajadores, pensionados y sus familias derechohabientes y que, por su cobertura nacional, opera en contextos normativos y operativos diferenciados. Asimismo, representa una de las cinco intervenciones presupuestarias a nivel nacional que tienen como responsabilidad central (de forma explícita y directa) a la atención a la salud de diferentes grupos de población y es el único programa presupuestario del IMSS que refiere explícitamente en el objetivo de nivel de Propósito de la MIR 2020 la disminución de la morbilidad.

2.1.2 Categorías de análisis para la valoración de los procesos

Para el análisis de los procesos que integran la gestión operativa del Programa se emplearon categorías analíticas con el objeto de organizar conceptualmente

la información recolectada. Se buscó hacer explícitas tales categorías con el objeto de tener un acercamiento teórico y empírico para transformarlo en acciones observables y favorecer un acercamiento a una determinada realidad.

En la evaluación, la gestión operativa se visualiza como un conjunto de procesos y actividades enfocados a la mejora de la organización interna, a través de la cual se busca aumentar la eficacia y eficiencia para conseguir los objetivos propuestos; la evaluación de la gestión permite identificar los factores que intervienen en el logro de los objetivos planteados. Bajo esta perspectiva, la gestión operativa centra la atención sobre las actividades de la organización con el fin de optimizarlas. Esta mirada integra tres niveles decisionales de la estructura organizacional: estratégico, táctico y operativo. El primero, define la estrategia y orientación del Programa; el nivel táctico, operacionaliza la estrategia en áreas específicas y objetivos detallados con plazos definidos, metas y líneas de coordinación. El nivel operativo, desagrega los procesos en actividades y tareas detalladas que regularmente adquieren un carácter rutinario y repetitivo (CEPAL, 1998).

El segundo referente conceptual que orienta el desarrollo de la evaluación se refiere a la definición de los procesos que integran la gestión operativa del Programa: 1) Planeación; 2) Abasto de medicamentos e insumos; 3) Seguridad en la infraestructura; 4) Verificación de derechohabencia; 5) Consulta externa; 6) Urgencias; 7) Hospitalización; 8) Calidad y seguridad; 9) Quejas y satisfacción y, 10) Monitoreo y evaluación. La definición precisa de los mismos se realiza en el Capítulo tres de este documento.

Las categorías establecidas para el desarrollo de la evaluación integran las dimensiones analíticas referidas en el Anexo Técnico que norma la evaluación de procesos del Programa (IMSS-DPM/AT, 2020): 1. Actividades, componentes y actores; 2. límites y articulación del proceso; 3. Insumos y recursos; 4. Productos; 5. Sistemas de información; 6. Coordinación; 7. Pertinencia y condiciones de desarrollo del proceso; 8. Importancia estratégica del proceso y; 9. Mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios. La Tabla 6 integra la descripción de cada una de éstas.

Tabla 6. Dimensiones analíticas para la valoración de los procesos

Dimensión Analítica	Descripción
Actividades, componentes y actores	Descripción detallada de las actividades estratégicas que orientan el desarrollo del proceso, los componentes que lo integran y los actores que son clave para llevarlo a cabo.
Límites y articulación del proceso	Identificación de las actividades que marcan el inicio del proceso, la forma en la que se relacionan con el proceso que antecede y el subsecuente. Asimismo, indica la forma en la que el proceso se relaciona con otros procesos del Programa.
Insumos y recursos	Establecimiento del criterio de suficiencia de los recursos disponibles para el funcionamiento del proceso. Los recursos por determinar son: a) tiempo, ¿el tiempo en que se realiza el proceso es el adecuado y acorde a lo planificado?; b) personal, ¿el personal es suficiente, tiene el perfil y cuenta con la capacitación para realizar sus funciones?; c) recursos financieros, ¿los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso? y; d) infraestructura, ¿se cuenta con capacidad instalada y suficiente para llevar a cabo el proceso?.
Productos	Identificación de los productos derivados de los procesos, es necesario analizar si estos sirven de insumo para la ejecución del proceso subsecuente.
Sistemas de información	Descripción de cómo en las distintas etapas del Programa los sistemas de información funcionan como una fuente de información para los sistemas de monitoreo a nivel central y para los ejecutores.
Coordinación	Identificación de la coordinación entre los actores, órdenes de gobierno o dependencias involucradas; se analiza si esta coordinación es la adecuada para la implementación del proceso.
Pertinencia y condiciones de desarrollo del proceso	Evaluación de la pertinencia del proceso en el contexto y las condiciones en que este se implementa.
Importancia estratégica del proceso	Identificación de las características relacionadas con la importancia estratégica del proceso.
Mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios	Identificación de la existencia de mecanismos utilizados para conocer la satisfacción de los beneficiarios respecto de los bienes y servicios que otorga el Programa.

Fuente: Elaboración propia con base en el AT de la evaluación del Pp E011 “Atención a la Salud” (IMSS-DPM/AT, 2020).

2.2 Estrategia del trabajo de campo

El diseño de la investigación para la evaluación se fundamentó en un estudio de caso (cfr. Subcapítulo 2.1); el método generó información cualitativa que permitió complementar el análisis de la gestión operativa del Programa relacionada con los procesos que se ejecutan para lograr el objetivo ya referido. Las unidades de

análisis fueron las unidades de medicina familiar y hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención, a través de las cuales se entregan los servicios de salud que proporciona el Programa. La información que aportó este tipo de personal contribuyó a valorar si la gestión operativa se orienta al logro de metas y objetivos del Programa.

En este apartado se describe la metodología utilizada para la selección de la muestra de los OOAD (antes delegaciones) del IMSS y de las muestras de unidades médicas de los tres niveles de atención; de igual forma, se incluye la selección que resultó de la aplicación de la metodología en donde se llevó a cabo el trabajo de campo.¹⁶ En un estudio cualitativo no es requisito aplicar una muestra que genere resultados estadísticamente significativos de la población; en la presente evaluación el método de investigación se diseñó para asegurar la variabilidad y representación nacional entre OOAD y unidades médicas de los tres niveles de atención.

Se detalla la metodología empleada para la selección de los OOAD; en la Tabla 7, se presenta la <<matriz analítica>> con la justificación de las variables seleccionadas y los criterios de selección, así como el método aplicado para valorar los criterios y los resultados de este análisis. En el segundo apartado se explican los criterios para la selección de las unidades hospitalarias y de medicina familiar. En el tercer apartado se refieren consideraciones sobre la selección de personas beneficiarias. Asimismo, se presentan los resultados de la muestra cualitativa con las unidades de análisis objeto de estudio.

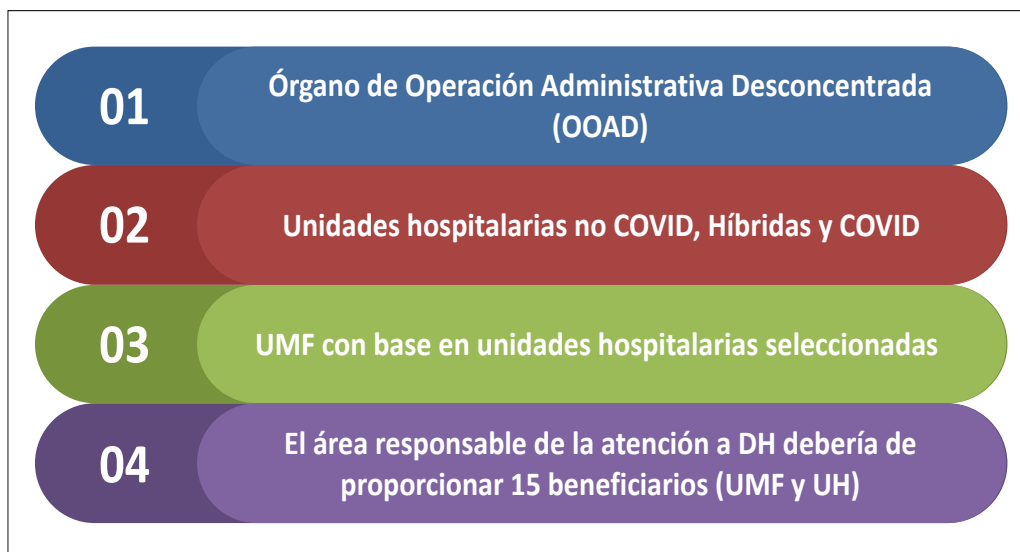
2.2.1 Determinación de muestras cualitativas

Se utilizó un proceso en tres etapas; la primera, se realizó con variables y criterios para la selección de OOAD; dentro de éstas, el siguiente ámbito de selección fue el de unidades hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención, también

¹⁶ De acuerdo con el Anexo Técnico de la evaluación la primera unidad de selección referida son las entidades federativas; derivado de que la organización operativa del IMSS se lleva a cabo a través de OOAD (antes delegaciones), se acordó durante la segunda reunión de trabajo con el personal servidor público del IMSS responsable de la evaluación y del Programa, ocupar el nivel de los 35 OOAD donde opera el IMSS.

con criterios cualitativos. Una tercera etapa se relaciona con la selección aleatoria de unidades de medicina familiar (Esquema 4).¹⁷

Esquema 4. Ámbitos para la selección de la muestra



Fuente: Elaboración propia con base en la definición de criterios para la selección de la muestra.

2.2.1.1 El ámbito de los OOAD (delegaciones)

Se utilizaron tres de los criterios referidos en el Anexo Técnico de la evaluación para la selección de las variables; éstos dan cuenta de la homogeneidad/heterogeneidad entre OOAD; es el caso del desempeño operativo, el volumen de operación y del presupuesto (IMSS-DPM/AT, 2020) (Tabla 7).

¹⁷ De manera inicial se tenía programado entrevistar a personas beneficiarias; sin embargo, la DPM consideró como no viable la realización de estas entrevistas a distancia (cfr. sección 2.2.1.3).

Tabla 7. Matriz Analítica, variables elegidas y criterios de selección

Variable	Operacionalización de la variable	Criterio de selección
Desempeño operativo (Desempeño delegacional)¹⁸	Calificación global de la Evaluación estratégica por OOAD (106 indicadores) en 2019: ➤ Evaluación de 8 procesos de salud enfermedad: Evaluación estratégica por unidad médica (79 indicadores) [70%]. ➤ Evaluación de indicadores de gestión e impacto de programas de las Coordinaciones normativas (27 indicadores) [30%].	De acuerdo con el orden de los OOAD en cada variable, se construyó un índice categórico. Se formaron tres estratos. De cada estrato se seleccionó un OOAD. El que se ubicó en la posición inicial de cada estrato.
Volumen de operación (Consultas)¹⁹	Total de consultas de medicina familiar y de especialidades por OOAD en 2019.	
Presupuesto²⁰	Presupuesto ejercido por OOAD para el Pp E011 "Atención a la Salud" en 2019.	

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología propuesta.

Justificación de las variables

Con el **Desempeño delegacional** se mide, de forma permanente, el monitoreo continuo del avance de los OOAD en el logro de los objetivos del Programa, a través del cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores que son valorados mediante un índice: es una medición continua del desempeño y, en consecuencia, de la operación. Esta variable se seleccionó a partir del criterio de Desempeño operativo establecido en el AT; se operacionalizó con la calificación global otorgada a los OOAD a partir de la Evaluación estratégica delegacional que realiza el IMSS con base en el monitoreo de 106 indicadores; de los cuales 79 corresponden a la evaluación de ocho procesos de salud enfermedad, y el complemento de 27 indicadores, deriva de la evaluación de indicadores de

¹⁸ Base de datos con la calificación de la evaluación estratégica de los OOAD (IMSS-DPM/BD ED, 2019).

¹⁹ Memoria Estadística 2019 IMSS. Capítulo IV. Prestaciones Médicas (IMSS/ME, 2019).

²⁰ Base de datos de presupuesto original, modificado y ejercido del programa E011 Atención a la salud por OOAD para el año 2019 (IMSS-DPM/Presupuesto, 2019).

gestión e impacto a cargo de las Coordinaciones normativas de la DPM. Este índice (variable) se identificó en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 del IMSS (IMSS-DPM/MMIM, 2018).

La variable **Consultas** permite valorar la productividad de las unidades médicas. Se vincula con el criterio de volumen de operación determinado en el AT; se operacionaliza a través del total de consultas de medicina familiar y de especialidades otorgadas en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención. En esta variable, no se incluyeron las consultas de especialidad de las unidades hospitalarias de tercer nivel de atención [Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)] debido a que, sólo diez OOAD cuentan con este tipo de unidades hospitalarias.

La variable **Presupuesto** permite valorar la magnitud de recursos financieros aplicados (invertidos) en los OOAD para la entrega de los servicios del Programa a las personas derechohabientes; tiene equivalencia directa con el criterio de presupuesto establecido en el AT. Se operacionaliza a través del presupuesto ejercido por los OOAD.

Selección de OOAD

La selección de los OOAD se realizó con base en cuatro fases; la primera, consistió en la cuantificación de las tres variables por OOAD (Cuadro 12).

Cuadro 12. Cuantificación de las variables de la matriz analítica por OOAD, 2019

No.	OOAD	Desempeño de los OOAD	Consultas de medicina familiar y de especialidad en el primero y segundo niveles de atención	Presupuesto Ejercido
1	Aguascalientes	45.9	2,485,780	3,594,472,030
2	Baja California	49.7	4,902,634	8,476,908,236
3	Baja California Sur	61.2	1,297,154	2,533,136,340
4	Campeche	59.0	974,809	1,545,705,089
5	Coahuila	55.4	5,470,718	6,671,419,119
6	Colima	61.1	1,194,072	2,036,784,351

Cuadro 12. Cuantificación de las variables de la matriz analítica por OOAD, 2019

No.	OOAD	Desempeño de los OOAD	Consultas de medicina familiar y de especialidad en el primero y segundo niveles de atención	Presupuesto Ejercido
7	Chiapas	59.1	1,840,934	2,970,169,035
8	Chihuahua	52.4	5,367,957	9,090,396,943
9	CDMEX Norte	68.0	6,633,876	8,329,717,937
10	CDMEX Sur	52.1	8,346,589	13,325,416,339
11	Durango	67.0	2,241,184	3,394,526,147
12	Guanajuato	61.9	5,205,282	5,852,030,494
13	Guerrero	63.4	2,007,324	3,297,889,057
14	Hidalgo	65.8	1,947,361	2,758,556,039
15	Jalisco	46.9	11,153,342	13,586,321,915
16	México Oriente	60.8	9,390,303	12,020,394,562
17	México Poniente	61.0	4,598,006	6,489,043,130
18	Michoacán	56.5	3,621,571	5,475,652,316
19	Morelos	58.7	2,122,994	2,977,318,866
20	Nayarit	51.6	1,477,843	2,095,795,011
21	Nuevo León	59.2	8,510,888	9,080,903,754
22	Oaxaca	65.8	1,453,538	2,262,493,635
23	Puebla	61.4	3,932,066	5,096,996,498
24	Querétaro	66.7	2,570,784	4,000,220,106
25	Quintana Roo	66.7	1,780,595	3,247,337,889
26	San Luis Potosí	60.4	2,890,728	4,221,038,510
27	Sinaloa	54.2	4,416,336	6,268,705,624
28	Sonora	53.4	4,236,877	6,863,134,350
29	Tabasco	50.4	1,484,854	2,271,861,355
30	Tamaulipas	49.5	4,305,891	6,929,769,909

Cuadro 12. Cuantificación de las variables de la matriz analítica por OOAD, 2019

No.	OOAD	Desempeño de los OOAD	Consultas de medicina familiar y de especialidad en el primero y segundo niveles de atención	Presupuesto Ejercido
31	Tlaxcala	65.1	1,049,860	1,488,548,643
32	Veracruz Norte	59.8	3,976,046	4,568,885,572
33	Veracruz Sur	48.7	3,027,201	4,239,672,600
34	Yucatán	65.4	3,019,487	4,019,431,690
35	Zacatecas	51.2	1,325,319	1,957,701,906

Fuente: Elaboración propia con base la información proporcionada por el IMSS y la consulta realizada a la página de la Memoria estadística 2019 (IMSS-DPM/BD ED, 2019), (IMSS/ME, 2019), (IMSS-DPM/Presupuesto, 2019).

En la segunda fase se ordenó, de forma descendente, los OOAD para cada una de las variables. De acuerdo con su comportamiento se les asignó un número ordinal del 1 al 35; otorgando el 1 al mayor valor y el 35 al valor más bajo (Anexo A). Así, el número 1 identifica al OOAD que obtuvo el mejor desempeño; de igual forma, se asigna el número 1 al OOAD que tuvo el mayor volumen de consultas y, lo mismo, para la que obtuvo el mayor ejercicio presupuestal; todas las variables referidas al año fiscal 2019. En la tercera fase, de acuerdo con el orden de cada OOAD en cada variable, se construyó un índice categórico resultante de la suma de las posiciones obtenidas para las tres variables (Anexo B). La cuarta fase para la selección consistió en ordenar los OOAD de menor a mayor con base en el resultado del índice categórico. Así el OOAD que quedó en la primera posición representó el que tuvo, en promedio, el mejor desempeño delegacional, el mayor volumen de consultas y el mayor monto ejercido del presupuesto. Con este resultado para los 35 OOAD se procedió a formar tres estratos; para ello, se calculó la amplitud (rango) entre el mayor y el menor valor del índice categórico construido. Resultó un rango de 86 unidades; posteriormente, este rango se dividió entre tres para determinar el tamaño de cada intervalo que permitiera la delimitación de tres estratos de OOAD. De cada estrato se seleccionó un OOAD; el que se ubicó en la posición inicial de cada grupo (Cuadro 13).

De manera inicial, para el tercer estrato (de menor desempeño), se seleccionó la delegación Baja California Sur por estar ubicada en la posición inicial; sin embargo, con la finalidad de tener una representatividad geográfica del norte, centro y sur del país, el área requirente solicitó expresamente que el trabajo de campo se realizara en el OOAD Campeche, que ocupa la penúltima posición del estrato referido. Se logró así una mejor representatividad geográfica de la operación del Programa.

Cuadro 13. Orden por OOAD según la posición ocupada en cada variable de la matriz analítica e índice categórico, 2019

OOAD	Desempeño delegacional	Consultas	Presupuesto	Índice Categórico
CDMEX Norte	1	5	7	13
México Oriente	14	2	3	19
Nuevo León	16	3	5	24
Guanajuato	9	8	13	30
CDMEX Sur	25	4	2	31
Jalisco	30	1	1	32
México Poniente	13	10	11	34
Chihuahua	24	7	4	35
Coahuila	21	6	10	37
Puebla	10	15	15	40
Baja California	28	9	6	43
Querétaro	3	20	20	43
Sinaloa	22	11	12	45
Sonora	23	13	9	45
Durango	2	22	22	46
Tamaulipas	29	12	8	49
Michoacán	20	16	14	50
San Luis Potosí	15	19	18	52
Quintana Roo	3	27	24	54
Guerrero	8	24	23	55
Hidalgo	5	25	27	57

Cuadro 13. Orden por OOAD según la posición ocupada en cada variable de la matriz analítica e índice categórico, 2019

OOAD	Desempeño delegacional	Consultas	Presupuesto	Índice Categórico
Veracruz Norte	32	14	16	62
Oaxaca	5	30	30	65
Morelos	19	23	25	67
Veracruz Sur	33	17	17	67
Chiapas	17	26	26	69
Baja California Sur	11	32	28	71
Yucatán	34	18	19	71
Aguascalientes	31	21	21	73
Tlaxcala	7	34	35	76
Colima	12	33	32	77
Tabasco	27	28	29	84
Nayarit	26	29	31	86
Campeche	18	35	34	87
Zacatecas	35	31	33	99

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología propuesta.

De esta forma, el trabajo de campo se realizó en:

1. Baja California; en el norte del país.
2. Ciudad de México Norte; en el centro del país.
3. Campeche; en el sureste del país.

Con base en estos OOAD se seleccionó la muestra de unidades médicas y hospitalarias de los tres niveles de atención.

2.2.1.2 El ámbito de las unidades de medicina familiar y hospitalarias

De acuerdo con la Propuesta Técnica entregada por INSAD, se seleccionaron cuatro unidades de medicina familiar y hospitalarias por OOAD para el trabajo de campo: 1 UMAE; 1 unidad hospitalaria de segundo nivel de atención (UH 2do.

nivel) y 2 UMF. Para la selección de estas unidades, se aplicó una metodología similar a la de selección de OOAD.

Debe considerarse que la selección de las unidades hospitalarias se vio limitada por la situación actual que prevalece, al momento de la evaluación, en el país debido a la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID 19); partió de un universo de unidades hospitalarias no COVID proporcionado por el Programa, esto con la finalidad de valorar aquellas unidades hospitalarias en las que no estuviera afectado su funcionamiento a causa de la atención a la pandemia. De forma posterior a la presentación del alcance de la evaluación, durante una reunión de trabajo relacionada con la selección de unidades médicas, el personal responsable del Programa refirió que la selección no incluyó UH de tercer nivel de atención y que las UH de segundo nivel elegidas, estaba conformada por Hospitales Generales de Subzona cuya capacidad resolutive era limitada o eran monotemáticos; es decir, solo atendían las especialidades de Ginecología o Gineco Pediatría, dejando fuera otras unidades médicas con otras especialidades. Esta condición derivó en una solicitud del personal de las áreas responsables del Programa para la realización de una nueva selección de unidades médicas, considerando las unidades hospitalarias híbridas de segundo y tercer niveles de atención.

A partir de estos requerimientos se construyeron cuatro nuevos escenarios para la selección de unidades médicas, con base en la metodología propuesta por INSAD y que fueron enviados al IMSS vía correo electrónico; por la misma vía de comunicación, se informó que el personal responsable del Programa eligió el Escenario 2, que incluye unidades médicas de los tres niveles de atención, no COVID o Híbridas; los escenarios 1 y 2, podrán consultarse en el Producto 1 de esta evaluación. Asimismo, derivado del remplazo de Baja California Sur por Campeche, se construyó un nuevo escenario con la selección de las unidades médicas de ese OOAD; y se realizaron ajustes en Baja California para incluir una UMAE. Cabe mencionar que, en la solicitud del área requirente, se pidió que, para Campeche, se incluyera la UMAE de Yucatán; estas modificaciones generaron que se incorporaran unidades hospitalarias no COVID, Híbridas y/o COVID.

En la Tabla 1 del Anexo III se presenta la bitácora de modificaciones de selección de los OOAD, a las unidades hospitalarias y a la Agenda para la realización del trabajo de campo. A continuación, se presenta la metodología empleada para la selección final de la muestra de unidades médicas de los tres niveles de atención.

Unidades hospitalarias de segundo nivel

De acuerdo con lo ya explicado se integraron las variables de consultas de especialidad y egresos hospitalarios por 1,000 derechohabientes para las unidades médicas no COVID e Híbridas de los tres OOAD seleccionados; se procedió a ordenarlas de mayor a menor según los valores alcanzados para cada uno de los indicadores y se calculó el índice categórico para la selección de UH de segundo nivel (Tabla 8).

Tabla 8. Selección de Unidades Hospitalarias de segundo nivel de atención, 2019

OOAD	Unidad Médica de 2do. nivel	Consultas de esp. x 1,000 DH adscritos a consultorio	Egresos x 1,000 DH adscritos a consultorio	Índice Categórico
Baja California	HGS 12 S. Luis Río Colorado	2	1	3
Baja California	HGZMF 8 Ensenada	1	3	4
Baja California	HGS 6 Tecate	3	2	5
Baja California	HGZ 30 Mexicali	4	4	8
Baja California	HGR 20 Tijuana	5	5	10
CDMX Norte	HGZ 27 Tlatelolco	1	1	2
CDMX Norte	HGZMF 29 S. Juan Aragón	2	2	4
CDMX Norte	HGP 3A Magdalena Salinas	3	3	6
Campeche	HGZMF 4 Cd. del Carmen	1	1	2
Campeche	HGZMF 1 Campeche	2	2	4

Fuente: Bases de datos de indicadores de consultas de especialidad y de egresos hospitalarios por 1000 DH adscritos a consultorio de unidades hospitalarias de 2do. nivel, 2019, y Censo de Unidades Médicas Hospitalarias de 2do. y 3er. nivel de atención, definidas como COVID, Híbridas, No COVID y Anexo COVID, entregadas por el Programa (IMSS-DPM/BD Consultas, 2019) (IMSS-DPM/BD Egresos, 2019) (IMSS/CENSO UH COVID, 2020).

Correspondencia de colores asignados a las celdas:

Verde: Unidades hospitalarias no COVID.

Amarillo: Unidades hospitalarias Híbridas.

Unidades hospitalarias de tercer nivel y unidades de medicina familiar

En el caso de Baja California y CDMEX Norte, la selección de las UMAE se realizó con base en la identificación de las unidades hospitalarias Híbridas de tercer nivel a las que se refieren (canalizan) los pacientes de las unidades de segundo nivel seleccionadas para el trabajo de campo. Para el caso de Campeche, a solicitud expresa del área requirente, se eligió el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional (HES CMN) Mérida, que era una unidad COVID al momento de la selección (Tabla 9) (IMSS/CENSO UH COVID, 2020).

La selección de las dos unidades de medicina familiar (UMF) por delegación se realizó con base en la referencia de los pacientes que éstas llevan a cabo a cada una de las UH de segundo nivel seleccionadas para el trabajo de campo; cuando más de una UMF refería pacientes a la UH de segundo nivel seleccionada, la selección fue aleatoria (Tabla 9).

Tabla 9. Selección de unidades médicas de alta especialidad (UMAE) y de unidades de medicina familiar (UMF), 2019

OOAD	Unidad Médica 2do. nivel	UMAE	UMF
Baja California	HGS 12 S. Luis Río Colorado, Híbrido ¹	HES 2 CMN Noreste Obregón (Sonora), Híbrido	UMF 38 S. Luis Río Colorado UMF 29 Rosario ³
CDMX Norte	HGZ 27 Tlatelolco, Híbrido	HG CMN La Raza, Híbrido ²	UMF 2 Sta. María UMF 3 La Joya
Campeche	HGZMF 4 Cd. del Carmen, Híbrido	HES CMN Mérida (Híbrido) ²¹	UMF 12 Cd. del Carmen UMF 13 Campeche ⁴

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la regionalización operativa del IMSS (IMSS/BD Regionalización, 2020).

¹ El HGZ 12 S. Luis Río Colorado, refiere pacientes al HGZ 30 Mexicali que es Híbrido y éste a su vez refiere al HES CMN Occidente y al HES 2 CMN Noreste Obregón que eran Híbridos al momento de la selección.

² Se seleccionó el HG CMN La Raza que era Híbrido al momento de la selección, debido a que la UMAE a la que refiere el HGZ 27 Tlatelolco es el HINF CMN La Raza que era COVID. Se considera que la UMAE HG CMN cuenta con las 4 especialidades troncales y es factible revisar los procesos.

²¹ En la base de datos del Censo de unidades Médicas COVID entregado por el IMSS el 10 de agosto de 2020, esta UMAE fue informada como COVID; de forma posterior, se entregó una evidencia documental interna donde esta unidad al 23 de julio de 2020, estaba clasificada como Híbrida (IMSS-DPM-CUMAE/Nota, 2020).

- ³ El HGS 12 S. Luis Río Colorado sólo recibe pacientes de la UMF 38 S. Luis Río Colorado; se eligió aleatoriamente como segunda unidad la UMF Rosario, entre cuatro UMF que refieren pacientes al HGZ Ensenada; esta UH obtuvo la segunda calificación en el índice categórico.
- ⁴ La UMF 12 Cd. del Carmen, es la única que refiere al HGZMF 4 Cd. del Carmen; se eligió aleatoriamente como segunda unidad la UMF 13 Campeche, entre ocho UMF que refieren pacientes al HGZMF 1 Campeche; esta UH obtuvo la segunda calificación en el índice categórico.

Correspondencia de colores asignados a las celdas:

Amarillo: Unidades hospitalarias Híbridas.

Rojo: Unidades hospitalarias COVID.

2.2.1.3 El ámbito de los beneficiarios

La selección de beneficiarios se realizaría con el apoyo del área de atención al derechohabiente de las unidades de medicina familiar y hospitalarias seleccionadas; se requirió que los pacientes a ser entrevistados provinieran de los servicios de consulta externa, de hospitalización y de urgencias. Adicional al consentimiento de cada paciente (beneficiario del Programa) para la entrevista, se debería disponer de la información sobre el medio electrónico por el cual podría llevarse a cabo la entrevista a distancia (número de teléfono; correo electrónico o cualquier otra plataforma de tipo digital). Para ello se definieron los criterios de selección y se diseñó el instrumento de recolección de información respectivo. En reunión de trabajo específica el personal de la Dirección de Prestaciones Médicas informó como no viable la realización de estas entrevistas a distancia, debido a dificultades para concertar las citas con las personas beneficiarias, argumentando motivos relacionados con el resguardo de datos personales y la obtención del consentimiento informado de las personas beneficiarias, debido a la situación actual de la pandemia. Se acordó como alternativa para contar con esta información, que INSAD realizaría un análisis de la información del ENCAL-SS realizado en noviembre de 2019 (cfr. subcapítulo 1.2).

2.2.2 Técnicas de recolección de información y actores participantes

Este apartado refiere las características y alcances de las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados en la evaluación de procesos: análisis de gabinete, entrevista semiestructurada grupal y, análisis estadístico.

2.2.2.1 Análisis de gabinete

El análisis de gabinete consistió en una revisión exhaustiva y sistematizada del contexto y el marco normativo que rigen la operación del Programa. Ello incluyó el acopio, organización, valoración y sistematización de la información obtenidas, así como los registros administrativos, documentos oficiales, evaluaciones externas, sistemas de información y documentos normativos. Asimismo, se buscó generar información para mapear los procesos utilizados en la gestión operativa del Programa, sus características, elementos que los integran y la relevancia en su operación, así como los actores que intervienen en su desarrollo (IMSS-DPM/AT, 2020).

Este tipo de análisis forma parte de las técnicas utilizadas en la investigación documental, la cual tiene como propósito fundamentar la existencia de un fenómeno en cuestión (Sáez, 2008). Se define como “el proceso metódico y formal que facilita y apoya el acceso ágil y sistematizado al producto de investigaciones científicas, reportado en fuentes documentales” (Chong de la Cruz, 2007, pág. 187); la documentación puede ser audiovisual o escrita. Atributos como la confiabilidad y autenticidad de las fuentes de información es fundamental (Giroux & Tremblay, 2004), así como la credibilidad, representatividad y significado (Uddin, 2010).

Se revisaron más de 300 documentos asociados a las siguientes temáticas: a) la normatividad aplicable (leyes, reglamentos, reglas de operación, lineamientos, manuales de procedimientos, entre otros); b) diagnóstico y estudios de la problemática que el Programa pretende atender; c) diagnósticos y estudios del marco contextual en el que opera el Programa; d) Matriz de Indicadores para Resultados del ejercicio fiscal a ser evaluado; e) sistemas de información; f) evaluaciones del Programa; g) documentos de trabajo, institucionales e informes de avances de los Aspectos Susceptibles de Mejora y, h) documentos asociados al diseño.

Para una mejor organización y sistematización, la documentación se clasificó en: a) normativos; b) de planeación y programáticos; c) presupuestales y; d) documentos de trabajo. Las características y alcances de cada uno de estos se refieren en la Tabla 10.

Tabla 10. Tipo de documento y objetivo de análisis

Tipo de documento	Objetivo del análisis	Documentos
Normativos	Analizar el marco normativo que regula la atención a la salud y que se relacionan con el objetivo del Programa.	Leyes, reglamentos, reglas de operación, lineamientos, manuales de procedimientos, entre otros.
Planeación y programación	Analizar el marco normativo que sustenta la planeación y la programación de las distintas actividades que se llevan a cabo para lograr el objetivo del Programa.	Diagnóstico y estudios de la problemática que el Programa pretende atender, diagnósticos y estudios del marco contextual en el que opera el Programa, documentos asociados al diseño del Programa, Matriz de Indicadores para Resultados, Programas Anuales de Trabajo, Programas Institucionales de Trabajo.
Presupuestal	Analizar el marco normativo que regula los recursos financieros requeridos para la operación del Programa.	Documentos que refieran el presupuesto asignado, modificado y ejercido del Programa, cuenta pública.
Documentos de trabajo	Analizar la documentación institucional que contribuye al logro del objetivo del Programa.	Documentos institucionales, evaluaciones del Programa, informe de avances de los Aspectos Susceptibles de Mejora, sistemas de información.

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico de la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

2.2.2.2 Entrevista semiestructurada grupal

La entrevista semiestructurada es una de las técnicas más empleadas en la investigación cualitativa. Se refiere a una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar, es un instrumento técnico cuyo uso puede adoptar la forma de un diálogo coloquial (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013). También es vista como una técnica que permite profundizar en el pensamiento de una persona, por lo que implica una “relación interpersonal intensa” (Giroux & Tremblay, 2004).

Entre sus características se encuentran la flexibilidad al abrir la posibilidad de incorporar preguntas adicionales respecto a cuestiones específicas, lo que permite clarificar, o bien, obtener información extra sobre una temática en particular. Facilita también el uso de una guía planeada que el entrevistador aplica al entrevistado con el propósito de acceder a información más profunda respecto al fenómeno estudiado. Destaca también la posibilidad que brinda de

obtener información respecto de los comportamientos de los individuos, las condiciones en las que se desarrollan dichos comportamientos, así como en sus sentimientos, emociones y opiniones (Giroux & Tremblay, 2004). De acuerdo con la literatura especializada, la entrevista semiestructurada se realiza en cuatro fases: 1. Preparación; 2. Apertura; 3. Desarrollo y 4. Cierre. Una vez realizada, el entrevistador procede a su interpretación; este proceso permitirá hacer un análisis de la información que se recolectó.

El desarrollo de la evaluación se apoyó en la aplicación de diez entrevistas semiestructuradas grupales en las que participaron un total de 252 personas en la totalidad de los diez procesos. Para su organización, se consideraron los cinco niveles de responsabilidad en los que se clasifica la dirección y operación del Programa: UMF, Unidades Hospitalarias de Segundo y Tercer niveles de atención, OOAD y el nivel central. Los guiones aplicados en las entrevistas para cada uno de los procesos se refieren en el Anexo IV.

La información proporcionada en las entrevistas fue procesada, sistematizada y analizada con apoyo un software informático. Asimismo, se integró una base de datos cualitativa en formato Excel que considera la información más relevante para el análisis de la gestión operativa del Programa. Esta base se presenta como archivo adjunto (Anexo AOAA 2. Base de datos cualitativa) al Producto 3.

2.2.2.3 Análisis estadístico

De forma adicional al análisis cualitativo que se fundamentó en el análisis de gabinete y en entrevistas semiestructuradas, se utilizaron técnicas estadísticas para procesar información de carácter cuantitativo con la finalidad de complementar la visión de la gestión operativa del Programa.

La primera contribución se relacionó con el análisis de la información del Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS realizado por el Instituto en noviembre de 2019 (ENCAL-SS). Se consideraron como dominios de estudio los servicios de: medicina familiar, consulta de especialidades, hospitalización-cirugía y urgencias. El procesamiento de las bases de datos se hizo con un software informático y se utilizaron técnicas

estadísticas descriptivas e inferenciales para estimar los niveles de satisfacción de la población usuaria de los cuatro servicios referidos. De igual forma, se ocupó el análisis estadístico de tablas de contingencia para probar la independencia entre los niveles de satisfacción y el trato recibido en los servicios (cfr. subcapítulo 1.2.6).

La segunda contribución incorporó elementos asociados con la efectividad del Programa medida con base en el indicador del nivel de Propósito de la MIR para 2019, así como con el volumen de servicios proporcionados en los procesos sustantivos de Consulta externa, de Urgencias y de Hospitalización. Las técnicas estadísticas utilizadas se clasifican con un carácter descriptivo y se fundamentó en la razón de efectividad medida como la relación entre el valor presente de los costos y el impacto logrado por el Programa (cfr. subcapítulo 1.2.6).

2.2.2.4 Actores participantes en las entrevistas semiestructuradas grupales

Las diez entrevistas semiestructuradas grupales integraron la diversidad del personal servidor público responsable de la operación del Programa. Dicha diversidad consideró el contexto geográfico del Programa, el nivel de responsabilidad de los actores participantes, así como el nivel de atención de las unidades hospitalarias. Con base en ello, se contó con la participación del personal adscrito a UMF, Unidades Hospitalarias, OOAD, así como de oficinas centrales. Particularmente, el 37.6 por ciento del personal servidor público entrevistado se encuentra adscrito a oficinas centrales; el complemento se dividió de manera homogénea entre los distintos niveles de responsabilidad (UMF, UH, OOAD) (Tabla 11).

Tabla 11. Actores participantes en las entrevistas semiestructuradas grupales por nivel de responsabilidad

Proceso	Nivel de Responsabilidad						
	Total	UMF	UH2N	UH3N	OOAD	CENTRAL	N.D.
1. Planeación	41	6	2	2	6	24	1
2. Abasto de Medicamentos e Insumos	25	6	1	4	0	10	4
3. Seguridad en la Infraestructura	11	3	0	2	2	4	0

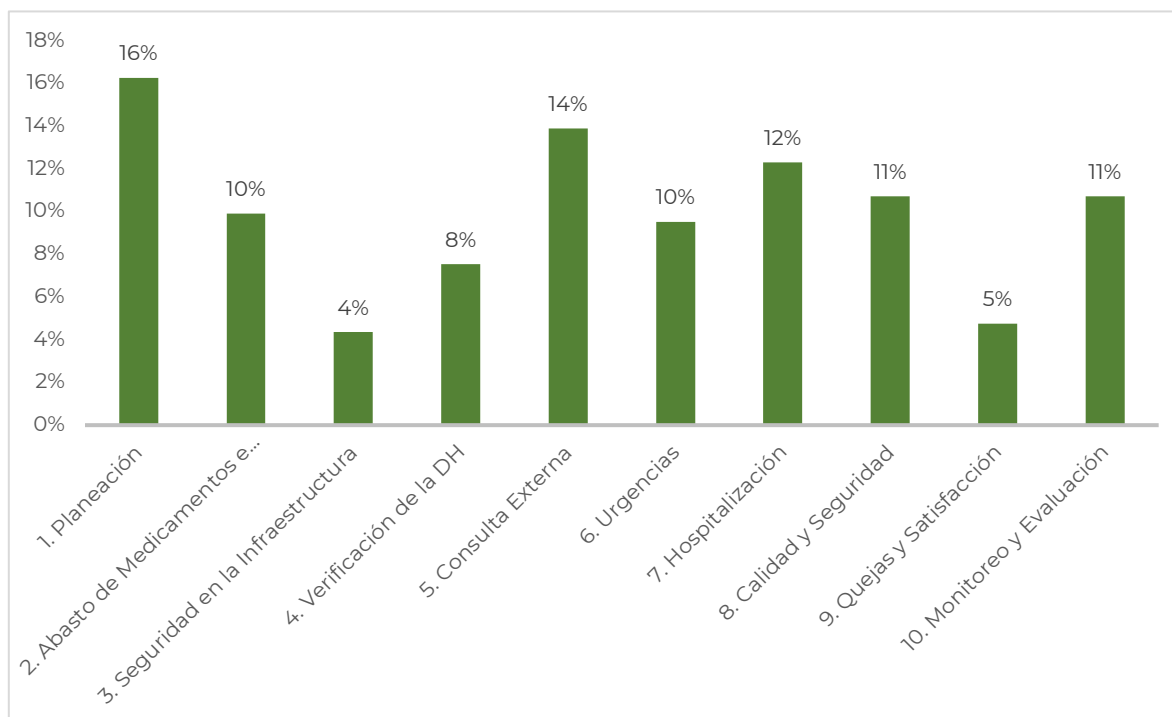
Tabla 11. Actores participantes en las entrevistas semiestructuradas grupales por nivel de responsabilidad

Proceso	Nivel de Responsabilidad						
	Total	UMF	UH2N	UH3N	OOAD	CENTRAL	N.D.
4. Verificación de la DH	19	6	2	2	6	3	0
5. Consulta Externa	35	5	6	5	2	12	5
6. Urgencias	24	0	5	2	4	11	2
7. Hospitalización	31	0	6	6	5	7	7
8. Calidad y Seguridad	27	2	3	7	4	9	2
9. Quejas y Satisfacción	12	2	3	5	1	0	1
10. Monitoreo y Evaluación	27	1	5	1	3	15	2
Totales	252	31	33	36	33	95	24

Fuente: Elaboración propia con base en información relacionada con el personal servidor público que participó en las entrevistas semiestructuradas grupales.

Destaca que los procesos en los que participó una mayor proporción del personal servidor público fueron los de Planeación y de Consulta externa, mientras que los que contaron con la menor proporción de participación fueron los procesos de Seguridad de la infraestructura y el de Quejas y satisfacción (Gráfica 22).

Gráfica 22. Participación del personal servidor público en las entrevistas semiestructuradas grupales por cada proceso



Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el personal servidor público que participó en las entrevistas semiestructuradas grupales.

2.3 Realización de entrevistas semiestructuradas grupales

A continuación, se presenta un resumen sobre la realización de las entrevistas, el detalle de cada una de ellas podrá consultarse en la Tabla 2 del Anexo III.

Se llevaron a cabo un total de diez entrevistas semiestructuradas grupales (una por proceso) a través de la plataforma de Comunicación Zoom; se realizaron entre el 17 y el 23 de septiembre de 2020 (cinco días hábiles), dos entrevistas por día. Con una duración aproximada de tres horas cada una de ellas, para un total de cerca de treinta horas invertidas. Para su realización, se emplearon como herramientas los guiones de entrevista elaborados ex profeso, así como una presentación en power point por proceso. Es de resaltar que las diez entrevistas se llevaron a cabo sin contratiempo alguno.

El número de participantes por entrevista fue variable; de manera global se tenían programados 299, de los cuales asistieron 252, todos ellos forman parte del

personal servidor público que labora en las áreas normativas y operativas del Instituto de nivel central, de los OOAD y de las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención.

3. Descripción y análisis de los procesos

Los procesos que se analizan son resultado de la inferencia que INSAD construyó para el MGO-P a partir de la revisión de los conceptos establecidos por el CONEVAL. Fue posible a partir de la fortaleza que tiene el Programa en la normatividad institucional que representan los procedimientos médicos y administrativos con los que actualmente otorga, cada día, la atención a la salud de los derechohabientes.

En el análisis se utilizó tanto la información generada la revisión de más de 300 evidencias documentales y de la generada durante las entrevistas aplicadas a 252 agentes de la salud que laboran en unidades médicas de los tres niveles de atención, en los OOAD y en oficinas del nivel central. El análisis de gabinete conforma el “deber ser” de los procesos y la información cualitativa del trabajo de campo representa el “ser” de los procesos; la diferencia entre ambas perspectivas es esencial para definir las oportunidades de mejora que tiene la gestión operativa orientada al logro del objetivo del Programa.

La descripción de cada uno de los diez procesos del MGO-P se realizó bajo cinco atributos específicos, con excepción del proceso de Planeación en el cual no aplican los mecanismos para conocer la satisfacción de personas beneficiarias; éstos son: 1) la descripción de la equivalencia con el modelo de procesos normativo, los actores que intervienen y las etapas principales de cada proceso; 2) los elementos centrales referidos a límites, articulación, insumos, recursos, productos y sistemas de información de los procesos; 3) la identificación de características que fundamenten la importancia estratégica de cada proceso en la contribución del objetivo del Programa; 4) los mecanismos con que se cuenta por proceso para conocer la satisfacción de los beneficiarios del Programa y, 5) la valoración ordinal del grado de consolidación de cada proceso.

En este capítulo se presenta la descripción a profundidad de cada uno de los procesos que, desde una visión sistémica, conforman el MGO-P.

3.1 Proceso de Planeación

La planeación del Programa atiende la orientación estratégica contenida en el Programa Institucional del IMSS y en la del Programa Sectorial de Salud vigente. De forma indirecta se relaciona, a través de estos dos instrumentos programáticos, con la planeación nacional expresada en el PND.

3.1.1 Descripción del proceso

El proceso de planeación que se ejecuta en la operación del Pp E011 “Atención a la Salud” consta de tres etapas que encuentran correspondencia con las primeras fases del ciclo presupuestario orientado a resultados establecido en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) para regular el funcionamiento de la APF (SHCP/SED, 2008).²²

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

Este proceso es uno de los cuatro administrativos que conforman la estructura del MGO-P; es equivalente con el proceso de Planeación del MGP-C. Con base en el AT que reglamenta la evaluación, durante el proceso de planeación se determinan la misión, visión, fin, objetivos y metas en tiempos establecidos, los indicadores de seguimiento verificables, los recursos financieros y humanos necesarios, y las principales actividades y métodos a seguir para el logro de los objetivos del Programa” (IMSS-DPM/AT, 2020).²³ En el caso del Programa, estas actividades permiten responder a las interrogantes de qué, cómo y cuántos recursos se necesitan para que, en conjunto, se alcance el objetivo de reducir la morbilidad de la población derechohabiente.

²² El ciclo presupuestario orientado a resultados establecido en el SED consta de siete fases: 1. Planeación; 2. Programación; 3. Presupuestación; 4. Ejercicio y control; 5. Seguimiento; 6. Evaluación y 7. Rendición de cuentas.

²³ En relación con esta definición, el área técnica comunicó que “actualmente, en la administración, la misión, la visión, son los institucionales puesto que no se elaboran para cada área o programa”. Referencia emitida en los comentarios formulados a la versión inicial del Producto 1, por el personal responsable de la evaluación del Programa.

Actores que intervienen

Con base en la revisión documental y el análisis cualitativo de las entrevistas aplicadas se sabe que, al exterior del Instituto, el proceso de Planeación del Programa se encuentra regulado por la SHCP y el CONEVAL. Al interior, se identifica la participación de la Dirección de Finanzas, la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Administración del Instituto, principalmente, así como las áreas responsables de los indicadores contenidos en las fichas técnicas respectivas de la MIR procedente. En la entrevista aplicada se mencionó:²⁴

“[...] digamos que, como proceso, la Dirección de Finanzas arranca con un oficio, solicitando a las direcciones normativas las necesidades operativas de todas las áreas del Instituto [...]” (P1NC200918).

Este comentario es congruente con lo establecido en los manuales de organización al mencionar que la Dirección de Finanzas (DF) interviene a través de la Unidad de Operación Financiera (UOF) (IMSS-DPM/DS, 2019) para determinar el presupuesto anual, dirigir el proceso de elaboración del anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto en concordancia con los lineamientos establecidos, y someterlos a la consideración de la Persona Titular de la Dirección General y aprobación por parte del H. Consejo Técnico (IMSS/MO DA, 2018).

Por su parte, la Dirección de Administración (DA) dirige la elaboración del anteproyecto y proyecto de presupuesto relacionado con los servicios personales, régimen de jubilaciones y pensiones, así como de las obligaciones establecidas por la Ley del Seguro Social y el Contrato Colectivo de Trabajo (IMSS/MO DA, 2018).

De igual forma, el establecimiento de estándares e indicadores de evaluación del desempeño institucional en materia de prestaciones médicas para la mejora continua de procesos y programas de trabajo es una de las funciones de la

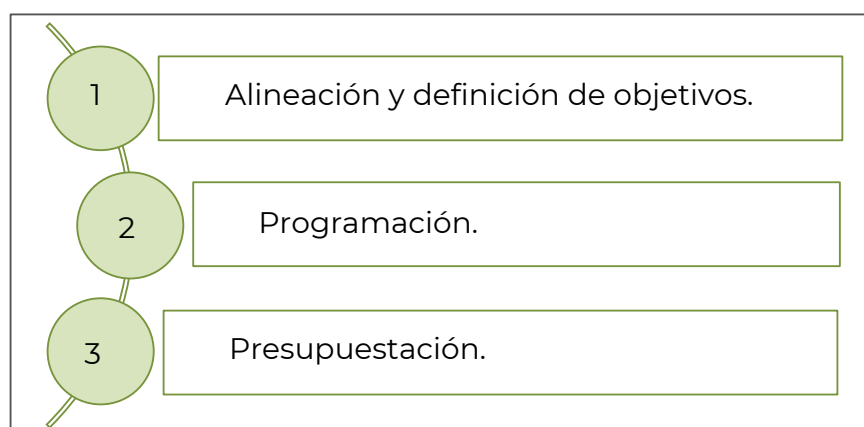
²⁴ Para una más amplia referencia de los comentarios emitidos por el personal servidor público que participaron durante las diez entrevistas semiestructuradas grupales para los diez procesos del MGO-P, podrá consultarse la base de datos cualitativa (Anexo AOOA-2) que se incluye en un archivo adjunto en formato Excel a este Producto 3.

Dirección de Prestaciones Médicas (DPM); esta responsabilidad es atendida a través de dos de sus unidades: 1) la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS), mediante dos coordinaciones, la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN) y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE) con sus respectivas divisiones; 2) la Unidad de Atención Médica (UAM), mediante dos de sus coordinaciones, la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN) y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) y sus respectivas divisiones (IMSS/MO DPM, 2018).

Descripción de las etapas y actividades principales

Como ya se ha referido, el proceso de planeación del Pp E011 se desarrolla en tres etapas: 1. Alineación y definición de objetivos; 2. Programación y, 3. Presupuestación (Esquema 5) (SHCP/SED, 2008).²⁵

Esquema 5. Etapas del Proceso de Planeación



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

Cabe destacar que el análisis de la normatividad vigente (evidencias documentales) proporcionada por el Instituto y la información obtenida en la entrevista semiestructurada grupal (comunicación directa) permiten inferir el proceso de planeación desarrollado para el Programa, dado que no se ha

²⁵ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrán consultarse en el Anexo V.1 de este documento.

identificado un documento en el que dicho proceso se haga explícito. A partir de dicho análisis, el proceso de planeación se desarrolla de la siguiente forma:

La Etapa 1 es, “Alineación y definición de objetivos” y se compone de cuatro actividades generales: 1. Actualización del diagnóstico, 2. Vinculación con el Programa Institucional, 3. Vinculación con el Programa Sectorial y 4. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) que engloba a seis actividades específicas. Así, con base en la cédula: Conceptos básicos del Presupuesto basado en Resultados del Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED), la primera actividad general consiste en identificar, caracterizar y cuantificar a las poblaciones potencial, objetivo y adscrita (atendida), así como las necesidades en materia de atención a la salud y de gestión administrativa; con lo cual se actualiza el diagnóstico situacional de la atención a la salud, que considera la evolución de la cobertura del Programa y la identificación de necesidades.

Lo dicho en la cédula antes referida, coincide con la información proporcionada por los actores entrevistados pertenecientes a distintos niveles de atención:

Primer nivel de atención, UMF

“[...] primero tenemos que conocer nuestra problemática, nuestras áreas de oportunidad [...] debemos tener un diagnóstico de salud y un diagnóstico situacional donde nos diga cómo vamos en todas las áreas [...]” (P2PNA200918).

Tercer nivel de atención, UMAE

“[...] debemos de tomar en cuenta el entorno y lo que tengo que atender y también con qué lo puedo atender. De tal manera que sepamos qué población es la que vamos a atender, qué tipo de enfermedades tiene nuestra población, con qué cuento para atender esa población y la cantidad de lo que cuento para atender esa población [...]” (P3TNA200918).

Como OOAD

“Una vez que nosotros tenemos la morbilidad y mortalidad que se presentó el año anterior, hacemos los análisis y con base en esto se hace el plan estratégico [...]” (P4OOAD200918).

A nivel de Coordinación, en Oficinas Centrales

“Nosotros como parte de la planeación, tenemos que conocer cómo se encuentra la situación, cuáles son los principales diagnósticos y el tipo de derechohabiente que estamos atendiendo en los tres niveles de atención [...]” (P5NC200918).

Con base en la información obtenida por comunicación directa se puede afirmar que la actividad inicial del Proceso de Planeación se encuentra institucionalizada; ya que, es realizada por personal administrativo y operativo de los tres niveles de atención de forma secuencial, ordenada, coordinada y jerarquizada.

La segunda, tercera y cuarta actividades generales de la primera etapa del Proceso de Planeación aseguran la coherencia del Programa con la planeación institucional, sectorial, nacional e internacional. En la segunda actividad general se realiza la revisión, actualización y vinculación de la estructura programática con el Programa Institucional para identificar el grado de contribución a los objetivos de salud institucionales. Se procede a la vinculación de la estructura programática con el Programa Sectorial de Salud para conocer el grado de contribución a los objetivos sectoriales en materia de salud. En tercer lugar, se vincula con los ejes del PND vigente y sus programas derivados para identificar la congruencia del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) y del presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal procedente con el PND.

Respecto al vínculo entre los Pp derivados del PND vigente con las políticas internacionales, el Programa se relaciona con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Para 2020 se identificó el tipo y grado de contribución con las metas de los ODS; se contribuye de forma directa a las metas de los ODS al integrar acciones en pro de los rubros “Acceso a los servicios de salud” y “Acceso a la seguridad social”. Dichas actividades son desarrolladas por la Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP), las Direcciones Normativas (DN) y la Subsecretaría de Egresos. Los productos obtenidos se comunican a la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y la Dirección de Finanzas (DF).

Dichas actividades son desarrolladas por la Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP), las Direcciones Normativas (DN) y la

Subsecretaría de Egresos. Los productos obtenidos se comunican a la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y la Dirección de Finanzas (DF).

La “Programación” es la Etapa 2 del Proceso de Planeación y tiene por objeto la asignación de responsabilidades y tiempos de ejecución a los objetivos, metas o acciones establecidas en la primera etapa. Se conforma por dos actividades generales, 1) la actualización y/o revisión y registro de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y 2) la elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT).

La actualización, revisión y registro de la MIR como la principal herramienta de planeación estratégica integral, son actividades reguladas por la Subsecretaría de Egresos mediante la Unidad de Política y Control Presupuestario de la SHCP a través de la Dirección General de Programación y Presupuesto “A” (DGP y P “A”) y la Dirección General de Programación y Presupuesto “B” (DGP y P “B”) y constituyen la esencia de la etapa 2. Como parte de las actividades, primero se examinan las relaciones medios-fines, para asegurar su validez e integridad; mientras que las Direcciones Normativas definen las acciones e indicadores que permitan el adecuado cumplimiento de los objetivos del Programa; aunado a esto, la Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño (CTPED) valida las acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del PbR y SED, para generar la MIR y por último la División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño (DPPyED) apoya a las Unidades Responsables (UR) responsables del Pp en el registro de la MIR actualizada a través del módulo PbR en el Portal Aplicativo de la SHCP (PASH). Como resultado se obtiene una MIR actualizada y socializada al interior y exterior del Instituto, la cual es el principal instrumento de la DPM como Unidad Ejecutora de Gasto (UEG).

Asimismo, conforme al Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del SED, la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, la Coordinación de Atención Integral del Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad elaboran su PAT bajo la supervisión de la DPM; esta actividad encuentra correspondencia con lo mencionado por el personal de primer nivel de atención que fue entrevistado:

"[...] hacemos el diagnóstico de salud, nos basamos en nuestros indicadores y tableros de control, donde vemos en qué punto estamos mal, bajos u óptimos, para poder planear nuestro año y hacer un plan de trabajo [...]" (P2PNA200918).

La Etapa 3. **"Presupuestación"** no es factible sin la programación; no se ha identificado una línea o acción que las delimite; por lo que, se puede comprender como un proceso continuo biyectivo (de ida y vuelta); de tal forma que la programación y presupuestación son etapas cíclicas que se desarrollan a lo largo del año con base en el gasto ejercido. Una vez generada la MIR, la Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño valida las acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del PbR para identificar los recursos que se estiman asignar al Programa; cabe aclarar que la MIR es uno de diversos instrumentos o criterios aplicados para estimar la asignación de recursos al Programa. De igual forma, debe tenerse presente que con base en la normativa del CONEVAL, en el Resumen Narrativo de la MIR se deben identificar los recursos financieros, humanos y materiales que se deben aplicar por los Pp (SHCP-CONEVAL-SFP/LGEFPAPF, 2007). Por su parte, la Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP) de acuerdo con la Norma Presupuestaria del IMSS, integra y elabora el anteproyecto, el presupuesto, sus modificaciones y evaluaciones referidas en la LSS con lo cual se establece la clave presupuestaria y la estructura programática actualizada para el ejercicio fiscal precedente.²⁶ Estos aspectos son esenciales como URG. La Dirección de Prestaciones Médicas es la UEG.

El producto final del Proceso es el Presupuesto Operativo Anual (POA) del Pp, su ejercicio y control, así como la evaluación y seguimiento del desempeño de sus indicadores en el ámbito de su competencia a través del cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos y el alcance de metas al final de cada ejercicio.

3.1.2 Elementos del proceso

En el presente apartado se abordan elementos del proceso de Planeación: límites, articulación, insumos y recursos, productos y sistemas de información. En

²⁶ Si bien, en primera instancia la estructura programática es la base del costeo, también funciona como herramienta de ajuste y control.

cuanto a los límites, el Proceso inicia en la Etapa 1. Alineación y definición de los objetivos al identificar, caracterizar y cuantificar a las poblaciones potencial, objetivo y adscrita (atendida), así como las necesidades en materia de atención a la salud y de gestión administrativa; y termina en la Etapa 3. Presupuestación, con el ejercicio y control del POA, la evaluación y seguimiento del desempeño de sus indicadores en el ámbito de su competencia para valorar el cumplimiento de los objetivos, el alcance de metas al final de cada ejercicio y el informe de las acciones, compromisos y correcciones para asegurar el óptimo ejercicio de los recursos asignados (Anexo VI.1).

El Proceso de Planeación es el primero que se ejecuta en un ciclo anual del MGO-P y sirve de base para la ejecución, operación y rendición de cuentas del Programa. Tal cual es visto por el personal servidor público entrevistado, quienes tienen claridad acerca del inicio del mismo y entienden el final con base en las actividades que desarrollan; estas afirmaciones se corroboran con el siguiente fragmento de la entrevista realizada:

"[...] En relación a la planeación, inicia con el diagnóstico situacional que integra lo financiero, la infraestructura, la población y también los resultados del ciclo previo [...] Al final es un proceso administrativo que inicia con una planeación de los programas que voy a aplicar y finaliza con la evaluación de si logré o no los objetivos que planteé [...]" (P6OOAD200918).

En relación con la suficiencia y adecuación de los insumos y los recursos disponibles para el funcionamiento del Proceso, durante la entrevista semiestructurada grupal se sabe que los tiempos para desarrollar las actividades son adecuados.

"[...] como epidemióloga le podría decir que los tiempos de entrega no son suficientes, pero creo que son acordes a lo que tendríamos que entregar [...]" (P4OOAD200918).

La comunicación directa permitió corroborar que una de las actividades estratégicas en el ámbito de la planeación es la distribución equitativa de los recursos humanos y económicos para la atención a la salud; aunque está condicionada por el suministro completo y la permanencia de los recursos humanos y que el crecimiento de la infraestructura no es acorde con el

crecimiento de la derechohabencia. En cuanto a los recursos financieros no fue posible afirmar que son suficientes o adecuados para la operación del Proceso.

Durante el desarrollo del Proceso de Planeación, se obtienen diversos productos entre los que destacan: el diagnóstico situacional actualizado de la atención a la salud, la MIR, el PAT de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, el PAT de la Coordinación de Atención Integral del Segundo Nivel, el PAT de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, la Clave presupuestaria, la estructura programática para el ejercicio fiscal procedente y el POA; esta información fue corroborada por el personal servidor público entrevistado al mencionar:

“[...] considero que pudieran dividirse en productos tangibles e intangibles [...] lo primero es la planeación estratégica, de ésta vamos a tener los planes operativos, los planes tácticos, proyectos de mejora, los programas anuales de trabajo [...] de forma intangible vamos a tener como productos la toma de decisiones de los máximos líderes y los mandos medios [...]” (P7OOAD200918).

Las actividades desarrolladas se apoyan en el uso de sistemas de información como el Módulo PbR-Evaluación del Desempeño del PASH donde se registra la MIR y las fichas de indicadores del desempeño (FID), que son los instrumentos de seguimiento del desempeño de los Pp, así como el avance en el cumplimiento de las metas comprometidas en los indicadores de la MIR (SHCP/LIDPP, 2020). El Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP), donde se encuentra el grado de contribución del Programa a los objetivos de salud institucionales, a los objetivos sectoriales en materia de salud y a las metas de los ODS. En el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI) se validan acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del PbR y el SED, y el anteproyecto de presupuesto del Programa; en el Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto del PREI (SOAP) se realiza el proceso de distribución inicial del gasto.

La coordinación del IMSS con instancias externas se presenta a lo largo del Proceso. Al interior del Instituto, la coordinación interna se da a través del uso de diversos sistemas de información que sirven de base al desarrollo de cada uno de los diez procesos considerados en el MGO-P. Con base en el análisis cualitativo

de la información obtenida por comunicación directa se constató que la planeación se realiza en cada uno de los nueve procesos de forma particular y, al mismo tiempo, el Proceso de Planeación que se realiza de forma transversal incluye los requerimientos de cada uno de los procesos referidos. Es el Proceso donde se establecen las necesidades referentes a los recursos materiales, humanos y financieros de forma integral bajo una visión global. Estas afirmaciones se sustentan en lo expresado por el personal servidor público entrevistado al mencionar:

“Son múltiples las plataformas y sistemas de información que nos ayudan a respaldar y darle seguimiento a los procesos de planeación, el SIMF, el SIAIS [...] plataformas que nos van a ayudar de forma administrativa, como el SIADE, para ver la cuestión de los recursos; el PREI, para ver los recursos que se van a necesitar; el SAI-Farmacia, SAI de Almacén, que nos ayuda a tener un mejor control y verificar las necesidades diarias. Con lo de la pandemia, el SINOLAVE y el SISEC nos ayudan a verificar y dar seguimiento a nuestros pacientes de COVID 19 [...] el sistema Acceder lo usamos para graficar a los derechohabientes que estén vigentes en la Unidad [...]” (P2PNA200918).

Aunado a esto, se confirma que es un proceso transversal desarrollado en diversos momentos en cada uno de los procesos considerados en el MGO-P, aspecto mencionado en el siguiente fragmento de la entrevista realizada:

“[...] considero que es importante definitivamente la planeación y tener la manera de conocer tu necesidad, dependiendo de la jefatura, ya sea del área de conservación, el área de abasto, el área administrativa, de finanzas y las áreas de atención directa al derechohabiente; y a partir de eso establecer tu diagnóstico de todas estas áreas [...]” (P7OOAD200918).

El conjunto de elementos abordados permite inferir que el Proceso de Planeación se ejecuta de forma pertinente; sus etapas, actividades y productos son adecuados porque aportan las condiciones y mecanismos para facilitar la medición del cumplimiento del objetivo y metas del Programa.

3.1.3 Importancia estratégica del proceso

En México, la Ley de Planeación regula la planeación nacional a través del PND como eje de los programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales²⁷ para fijar objetivos, metas, estrategias y prioridades; así como asignar recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución para la coordinación de las tareas del Poder Ejecutivo con las de los Poderes Legislativo y Judicial, y los órdenes de gobierno estatal y municipal.

En este contexto, se identificó que el Proceso de Planeación tiene diversos alcances; en el nivel macro el Instituto reconoce y se apropia con las políticas nacionales, básicamente, del PND vigente y de los acuerdos internacionales (Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible) para alinear los propósitos, planes y objetivos del Programa. En el nivel meso, el IMSS se vislumbra como UEG determinado por el proceso de planeación institucional realizado por los órganos normativos (oficinas centrales) de forma vertical, jerarquizada y ordenada a través de procesos institucionalizados que muestran al Instituto como una organización centralizada y burocratizada. En el nivel micro, se efectúa el proceso de planeación operativa con la elaboración o actualización del diagnóstico situacional en cada nivel de atención.

Un Programa tan relevante, respecto a la cobertura poblacional y la inversión en salud, como el E011 “Atención a la Salud” no puede ejecutarse u operarse sin saber a quién va dirigido, a qué objetivo contribuirá, quién desarrollará las actividades o acciones, en cuánto tiempo se obtendrán resultados y cuál será el costo o gasto de su implementación, ahí radica la innegable importancia estratégica del Proceso de Planeación.

²⁷ El artículo 21 de la Ley de Planeación, establece que el Plan Nacional de Desarrollo “precisará los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país, contendrá previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica, social, ambiental y cultural, y regirá el contenido de los programas que se generen en el sistema nacional de planeación democrática” (LP/DOF, 2018).

3.1.4 Valoración de la consolidación del proceso

Con base en los resultados obtenidos de la valoración de las cinco categorías consideradas en el Anexo Técnico, el Proceso de Planeación se clasifica con un grado de consolidación <<medio>> debido a que obtuvo una valoración de 8 puntos de un máximo de 10. Se confirma que el área de oportunidad radica en la elaboración de un documento donde se describa de forma analítica el proceso y que incluya los mecanismos para la implementación de su mejora continua (Anexo VII.1).

3.2 Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos

El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos (PAMI) se fundamenta en los manuales de organización en los cuales se describen funciones que realizan actores clave en el ámbito administrativo y clínico en el Instituto (IMSS/MO DA, 2018) (IMSS/MO DPM, 2018).

3.2.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

El PAMI sugerido para el MGO-P tiene equivalencia con el Proceso de Planeación del MGP-C, mismo que según el Anexo Técnico de la evaluación considera la determinación de recursos materiales y financieros, entre otros elementos. El Proceso se circunscribe a la planeación, gestión, compra y adquisición de los recursos materiales necesarios para la operación del Programa, como son los medicamentos e insumos médicos; se contribuye de forma indirecta, pero esencial, con el logro de los objetivos del Programa E011 (IMSS-DPM/AT, 2020).

En las entrevistas realizadas a los servidores públicos del programa y la revisión de evidencias documentales, se identificaron herramientas para el análisis del proceso de medicación en el Instituto como: gestión, selección y adquisición de medicamentos e insumos con base en la normatividad aplicable, hasta su destino final (IMSS/PAMUMF, 2012) (IMSS/PAMUUMAE, 2008). Por otra parte, en la normatividad federal se establecen funciones esenciales relacionadas con la Farmacovigilancia, que incluyen la operación de un Centro Institucional de

Farmacia²⁸ como responsable de emitir las directrices en apego a la Guía de Farmacovigilancia para el desarrollo de actividades de los centros institucionales coordinadores de farmacovigilancia y de las unidades de farmacovigilancia del Sistema nacional de salud; sin embargo, no se encontró evidencia documental de su funcionamiento y despliegue de actividades en el Instituto (SS/COFEPRIS, 2017) (SS/NOM-027, 2013).

El proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos para fines de evaluación se delimita: 1. Al abasto de medicamentos e insumos desde la adquisición hasta su destino final y 2. La Farmacovigilancia que se considera como una más de las actividades de la salud pública, destinada a la detección, identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los posibles riesgos derivados del uso de los medicamentos y vacunas en seres humanos.

Durante la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas responsable del Abasto de Medicamentos e Insumos mencionan la relevancia que ocupa este Procedimiento para la gestión y entrega oportuna de los medicamentos a la población derechohabiente.

Actores que intervienen

Existen actores de nivel federal que norman la política en materia de medicamentos e insumos para la salud, tales como la Secretaría de Salud (SS), a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el Consejo de Salubridad General (CSG), a través de la Dirección General de Evaluación Científica y Técnica (DGE CyT) responsable de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

Al interior del Instituto, los actores claves son: La DF y la DA quienes tienen funciones administrativas relacionadas con el Abasto de Medicamentos e Insumos; además de otros actores cuyas funciones se orientan a la gestión clínica como DPM, a través de sus unidades y coordinaciones. Es importante destacar,

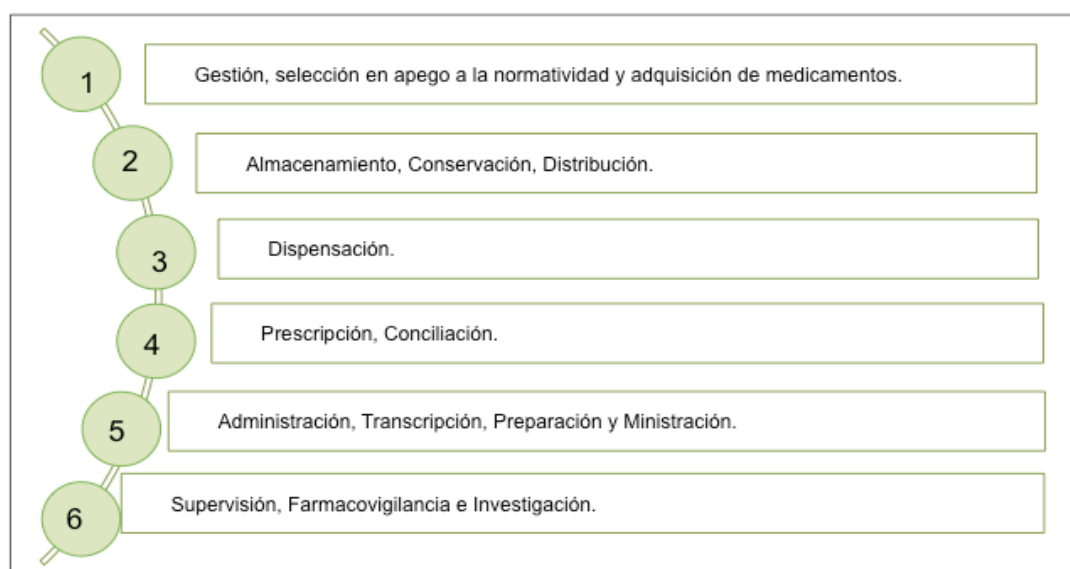
²⁸ Centro Institucional de Farmacovigilancia (CIFV): a la Unidad de Farmacovigilancia de una institución del Sistema Nacional de Salud que participa en la ejecución de las actividades de Farmacovigilancia.

la participación de personal directivo de las distintas unidades o divisiones, Coordinadores nivel central y delegacional, Directores y Subdirectores de unidades médicas y de Alta Especialidad que, en conjunto con personal operativo, realizan las distintas actividades de logística para la entrega oportuna de medicamentos e insumos, así como las acciones que realiza el personal de salud (Médico y Enfermera) relativas a la prescripción y ministración de los medicamentos a los derechohabientes.

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

Se identifican seis grandes etapas para llevar a cabo el Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos, el cual se operacionaliza con base en los manuales de organización (Esquema 6) (IMSS/MO DA, 2018) (IMSS/MO DPM, 2018).²⁹

Esquema 6. Etapas principales del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

Para la ejecución de estas seis etapas resulta relevante la participación de servidores públicos con funciones administrativas responsables de la adquisición

²⁹ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.2 de este documento.

de medicamentos e insumos hasta su distribución en las áreas clínicas y aquellos con funciones clínicas responsables de la prescripción hasta su ministración, así como de la vigilancia de los posibles efectos. A continuación se describen cada una de las etapas:

La Etapa 1 se denominó “Gestión, selección en apego a la normatividad y adquisición de medicamentos e insumos”; se circunscribe a la gestión de recursos indispensables para el Abasto de Medicamentos e Insumos, tal como se narra por los participantes en la entrevista:

“[...] tenemos un procedimiento seis meses antes, un semestre antes del año venidero, que se llama determinación o cálculo de determinación en necesidades donde ahí ponemos, aumentamos, quitamos bajo las cantidades que nos da la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, la Jefatura de Prestaciones Médicas, quien nos mandan el estimado a preformar [...]” (P2UMF200923).

La Etapa 2 “Almacenamiento, conservación y, distribución” se circunscribe a las actividades administrativas para el almacenaje, conservación y distribución de los medicamentos en el Instituto; esta etapa se identificó por el personal servidor público entrevistado, de acuerdo con la siguiente narración:

“[...] el procedimiento para la recepción de bienes de consumo en almacenes médicos con sistema automatizado, al sistema automatizado le llamamos SAI, que es el sistema de abasto institucional. El otro documento normativo es el procedimiento para la recepción de almacenamiento a control y surtido del almacén de unidad médica [...]” (P2UMF200923).

La Etapa 3 “Dispensación” son las acciones que realiza el personal de farmacia durante la entrega de medicamentos;

“[...] es muy importante entender el concepto de abasto porque muchas veces relacionamos la palabra abasto solamente con el mero surtimiento hacia las unidades destino, cuando el abasto yo creo que es el conjunto de todas las actividades, desde el inicio de la determinación de necesidades, contratación, hasta suministro de las unidades, todo el conjunto, no solamente nada más la entrega de los insumos médicos, medicamentos [...]” (P2OAAD20923).

La Etapa 4 “Prescripción y Conciliación” son las acciones que realiza el personal médico respecto de la prescripción médica, por lo que resulta

relevante la participación activa en la toma de decisiones, lo que se fundamenta en las encuestas realizadas al personal servidor público, tal como se describe en el siguiente párrafo:

[...] Soy “especialista” y el hecho de que uno pueda despertar un paciente con fármacos que se surten de manera oportuna, que dan una calidad de anestesia, eso hace que el paciente pueda irse inmediatamente. Prácticamente creo que hay ya situaciones que valúan las encuestas de satisfacción para otorgar los medicamentos, pero, también creo que importa la parte de la gente que lo prescribe o de los tratantes que están al interior con los pacientes, esa es mi opinión [...] (P2OAAD200923).

La Etapa 5. “Administración, transcripción, preparación y ministración” refleja las actividades que se realizan por el personal de Enfermería/ Enfermera especialista; las actividades principales se relacionan con solicitar, recibir, entregar, manejar y preparar y ministrar medicamentos respecto de los medicamentos. Durante la entrevista no se visibiliza la participación de personal de salud en el proceso de medicación.

La Etapa 6. “Supervisión, farmacovigilancia e investigación” representan las acciones que realizan distintos actores del proceso para la vigilancia de las reacciones adversas a los medicamentos; durante la entrevista se menciona de manera general actores responsables de la farmacovigilancia, tal como se describe a continuación:

“[...] En la Jefatura de Prestaciones Médicas sí hay una persona responsable que le da seguimiento a todas esas situaciones de farmacovigilancia y aquí en la Coordinación del Abasto nos apoya el químico responsable a ver estos temas [...]” (P2OAAD200923).

3.2.2 Elementos del proceso

Los elementos que definen al Proceso se relacionan con sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza.³⁰

Los límites para la ejecución de la primera etapa del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos: “Gestión, selección en apego a la normatividad y adquisición de medicamentos e insumos”, se circunscribe a la gestión de

³⁰ El detalle de estos elementos podrá consultarse en el Anexo VI.2. de este documento.

recursos humanos y materiales indispensables para el Abasto de Medicamentos e Insumos; este Proceso es transversal a la organización; se articula con los procesos de Planeación, Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Calidad y Seguridad, Quejas y Satisfacción y Monitoreo y Evaluación. El inicio y el fin del proceso se identifica por los entrevistados de la forma siguiente:

“[...] primero, es la consolidación de las necesidades de las unidades médicas. Esta consolidación nos va a dar el parámetro para saber cuál es el estatus o poder hacer una proyección de las necesidades y la gestión de ésta [...]” (P2OAAD200923).

“[...] Donde finaliza es cuando ya nos mandan esa determinación, ese cálculo, esa proforma ya totalmente autorizada con las firmas de prestaciones y con la autorización de capturarla para solicitar todo esto. [...]” (P2OAAD200923).

El personal servidor público entrevistado refirió que los insumos y recursos para la operación del Proceso son insuficientes; que no existe correlación entre las necesidades y el presupuesto asignado; aunado a los cambios en la política pública respecto de la centralización de la compra de medicamentos y la inclusión de un actor responsable de la distribución de los medicamentos, lo que impactará negativamente en los tiempos de entrega del producto.

“[...] lógicamente los cambios que se han venido dando en la cuestión de las contrataciones centralizadas a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, pues sí, el resultado fue con un impacto negativo, al final de cuentas no se pudieron consolidar todas las necesidades, no supieron contratar, casi por poner un ejemplo, material de curación, traemos el 50% contratado de manera centralizada. Lógicamente hay un impacto en tiempos de lo que requiere una unidad médica [...]” (P2OAAD200923).

La infraestructura disponible se califica como adecuada; el personal público entrevistado menciona que el IMSS pone énfasis en la infraestructura tecnológica que permite la trazabilidad del abasto de medicamentos e insumos como son los Subsistemas de Farmacias (SAIF) y la vigilancia farmacológica a través del Sistema de Farmacovigilancia (SIFAVI). Se hizo mención que la distribución de medicamentos a los servicios hospitalarios en Unidades Médicas de Alta Especialidad se realiza a través de un CADIT, lo que contribuye a un mejor control. Asimismo, se especificó que se cuenta con mecanismos para asegurar la

calidad de los medicamentos e insumos provenientes de licitación nacional (IMSS_PRBTTLN, 2016).³¹

La coordinación entre los actores para la ejecución del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos se considera adecuada; se realiza a través de los sistemas de abasto, en el que se reportan las existencias de medicamentos y material de curación, lo que a criterio de los entrevistados permite la comunicación entre OOAD y la eficiencia de los recursos. Sin embargo, la oportunidad en la compra y abasto de medicamentos e insumos en ocasiones se supedita a las vías de comunicación o a la oferta de proveedores. Se mencionó la importancia del Comité de Farmacia y Terapéutica para identificar problemáticas relativas al abasto de medicamentos, calidad, cambios en la normatividad o problemas en su producción por la industria farmacéutica.

Durante las entrevistas se cuestionó acerca de los mecanismos existentes para emitir alguna inconformidad de la recepción de los insumos o medicamentos y el personal mencionó que existen formatos para la devolución del medicamento. También se hizo mención la existencia de un Programa de Optimización de Inventarios que permite el intercambio de insumos entre OOAD en caso de emergencia.

Como productos finales principales del PAMI se identificaron: Cuadro Básico Institucional, Reportes en Sistema de Abasto Institucional de Farmacias y Notificaciones de las sospechas de Reacción Adversa en el Sistema de Farmacovigilancia, entre otros.

Los sistemas de información que apoyan la operación del Proceso son los siguientes: SAIF: Sistema de Abasto Institucional de Farmacias; SIFAVI: Sistema de Farmacovigilancia que es un sistema informático Institucional que permite capturar las notificaciones de Avisos de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos y consultar los informes de notificaciones por periodo y por

³¹ Junto con los comentarios al Informe final del Producto 3, se entregó el Procedimiento para la recepción de bienes de uso terapéutico y no terapéutico de Licitación Nacional, Clave: 1810-003-003, en el que se especifican, entre otros, los mecanismos para asegurar la calidad de los medicamentos e insumos que se adquieren por licitación.

medicamento, al cual tienen acceso únicamente los Responsables Delegacionales o en UMAE de Farmacovigilancia, que requieren estar conectados a la red institucional.

3.2.3 Importancia estratégica del proceso

La relevancia del proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos radica en que una adecuada gestión administrativa incide en la entrega oportuna y completa de medicamentos al derechohabiente, sin embargo, en opinión del personal entrevistado no incide de manera directa en el objetivo del programa relativo a la disminución de la tasa de morbilidad de la población derechohabiente, tal como se describe a continuación:

[...] La relevancia del proceso de abasto para reducir la morbilidad, básicamente la morbilidad, es este como se llama a la enfermedad o de que se enferma la población, entonces el proceso de abasto más que reducir la morbilidad nos, yo creo, que nos ayuda, nos auxilia para tratar la morbilidad. Para reducir la morbilidad intervienen otros factores como es la reducción de riesgos, buena alimentación, hacer ejercicio etc., es mi opinión solamente, obviamente desde luego, el proceso de abasto nos va a ayudar a que esa morbilidad se trate, pero no para reducir, gracias [...]
(CAOAA200923).

3.2.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

Durante la entrevista del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos, se mencionó la realización de encuestas de satisfacción de manera bimestral, lo cual permite identificar las quejas del derechohabiente y si éstas se relacionan con el proceso antes mencionado.

"[...] Uno de los mecanismos, es a veces, el número de quejas disminuye en cuestión de atención al derechohabiente, pero, también contamos con la satisfacción, como comentaban hace un momento, del área hospitalaria, los mismos compañeros que están en el área operativa directamente con los pacientes hospitalizados cuando tienen todo el insumo para tratar las enfermedades y cualquier atención al derechohabiente directamente [...]" [P2HGZ200923].

3.2.5 Valoración de la consolidación del proceso

El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos cuenta con un grado de consolidación medio, del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 8 puntos (Anexo VII.2).

Entre las áreas de oportunidad detectadas son la falta de un proceso documentado desde una perspectiva integral, las evidencias documentales se centran en una visión administrativa de abasto de medicamentos e insumos y no desde un enfoque de seguridad del paciente; es importante destacar que las reacciones adversas a los medicamentos son causa de morbilidad y mortalidad, frecuentes y prevenibles en el ámbito hospitalario, por lo que se requiere una participación activa de servidores públicos clínicos en el reporte de eventos adversos relacionados con el proceso de medicación. Lo anterior, permitirá identificar los actores involucrados y las acciones a realizar para disminuir la incidencia de errores de medicación en el Instituto. Además de lo anterior, se sugiere incorporar indicadores para la evaluación de cada una de las etapas del proceso antes mencionado.

3.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

El Proceso de Seguridad en la Infraestructura (PSI) se particulariza en acciones que garantizan el funcionamiento adecuado y seguro de los inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario, a través de los servicios de conservación que contribuyen directamente en la atención médica.

3.3.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

Es el tercero de los cuatro procesos administrativos; inferido por INSAD como elemento de la gestión del Programa que tiene equivalencia parcial con el proceso de planeación del MGP-C; en su definición en el Anexo Técnico que norma la evaluación considera el conjunto de acciones en que se determinan los recursos financieros, materiales y humanos necesarios, y las principales actividades y métodos a seguir como apoyo para el logro de los objetivos del Programa (IMSS-DPM/AT, 2020). Incluye la conservación tanto de los espacios

físicos como los del equipo; para los fines de la evaluación se puede conceptualizar como el conjunto de acciones, procedimientos, mecanismos e instrumentos que contribuyen a la prestación de los servicios de atención a la salud con seguridad para los usuarios y prestadores de servicios, a través de los servicios de conservación.

Las precisiones conceptuales y operativas que rigen al Proceso se encuentran en la Norma que establece las disposiciones generales de conservación; se define a los servicios de conservación como el “Conjunto de acciones que se realizan para mantener, rehabilitar, restaurar, actualizar, modernizar los inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario, bajo la responsabilidad del Instituto de acuerdo con su diseño o proyecto, así como el control de ambientes físicos, y el control y distribución de fluidos y energéticos”.³² En las evidencias documentales revisadas, se identificaron manuales de organización, normas institucionales, lineamientos y procedimientos específicos relacionados con conservación; no se identificó la existencia de algún documento en el que se haga explícito este proceso. Su ejecución se realiza en áreas internas del Instituto.

Actores que intervienen

Para efectos del Programa el PSI tiene intervención relevante en las áreas ubicadas:

- I. En Órganos de Nivel Central (ONC): Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG); Coordinación Técnica de Conservación y Servicios Complementarios (CTCySC); División de Conservación (DC); División de Inmuebles Centrales con injerencia con aspectos de Conservación (DIM).

³² En la Norma que establece las disposiciones generales de conservación se encuentran las definiciones de: a) Control de ambientes físicos: Se refiere a las acciones de limpieza, desinfección de áreas, recolección de desechos sólidos y RPBI, y control de fauna nociva en inmuebles del Instituto; b) Control y distribución de fluidos y energéticos: Implementación de los programas de mantenimiento, organización, operación de las redes y equipos para el adecuado suministro de dichos conceptos. c) Mantenimiento: Acción para que el mobiliario, equipo, instalaciones e inmueble continúe funcionando de acuerdo con su diseño o proyecto original, y este puede ser preventivo y correctivo (IMSS-NEDGC, 2017).

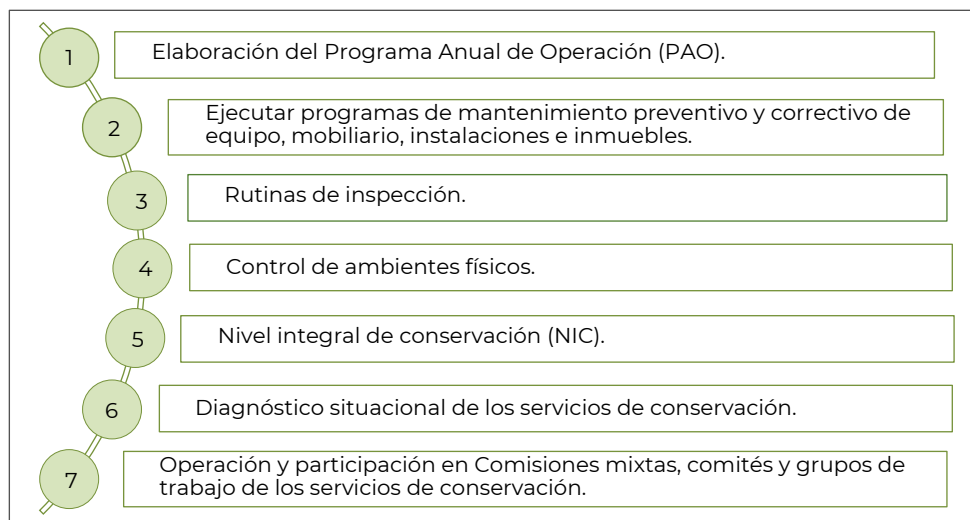
- II. En OOAD: Jefatura de Servicios Administrativos (JSA); Departamento de Conservación y Servicios Generales (DCSG); Dirección y Departamento de Conservación de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención y Unidades de Medicina Familiar.
- III. En UMAE: Dirección (DUMAE); Dirección Administrativa (DAUMAE); Departamento de Conservación y Servicios Generales (DCSG); Oficina de Conservación (OC); Administración de las Áreas Comunes (AAC).
- IV. En Centros Vacacionales: Gerencia General; Gerencia de Conservación y Servicios Generales; Administración General; Gerencia de Conservación; Gerencia de Administración y Finanzas; Subgerencia de Conservación y todo el personal de la estructura de Conservación adscrito a los Centros Vacacionales, así como todo el personal del Instituto que pudiera tener injerencia o afecte aspectos relacionados a los Servicios de Conservación.

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

En normativa relacionada con el PSI se identifican siete etapas para su ejecución. En la ejecución de las etapas y actividades globales del proceso participan actores/áreas internas al Instituto (Esquema 7); se describen las etapas y actividades principales para cada una de ellas.³³

³³ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.3 de este documento.

Esquema 7. Etapas principales del Proceso de Seguridad en la Infraestructura



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

En la Etapa 1. “Elaboración del Programa Anual de Operación (PAO)” Régimen Ordinario. a través del Sistema institucional de los servicios de conservación SICWEB, se elabora el PAO 01 (hoja de registro para la detección, clasificación, priorización y cálculo de necesidades reales de conservación de las OOAD, UMAE, Centros Vacacionales (CV) y División de Inmuebles Centrales (DIC) y el PAO 02 (cédula de registro del presupuesto evaluado y autorizado por la Coordinación de Conservación y Servicios Generales, para ser ejercido por las áreas señaladas).

Las principales actividades que se llevan a cabo en la primera etapa se relacionan con la detección, clasificación y jerarquización de necesidades de conservación y carga en el sistema SICWEB para integrar el PAO-01 de los servicios de conservación que servirá para el proyecto de presupuesto del siguiente año y autorizado en el PAO-02 (IMSS-NEDGC, 2017).

En la Etapa 2 “Ejecutar programas de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo, mobiliario, instalaciones e inmuebles” participan: Jefe de Conservación de Unidad en OOAD, UMAE, Centros Vacacionales e Inmuebles Centrales. Las actividades predominantes de esta etapa se relacionan con las acciones de conservación de los inmuebles, equipos y mobiliario e instalaciones; actualización de las “bitácoras de Servicio de Inmuebles”; registrar equipo y mobiliario; elaborar

el prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario; elaboración de orden y entrega del servicio correspondiente (IMSS-NEDGC, 2017).

En la Etapa 3. “Rutinas de Inspección” participan: Jefe de Conservación de Unidad en OOAD, UMAE, Centros Vacacionales e Inmuebles Centrales. Las actividades principales se relacionan con realizar las rutinas de verificación del estado y condiciones de instalaciones y equipos en las unidades; verificar la calidad del agua que utilizan y desechan los inmuebles, la emisión de gases de los equipos y la emisión de radiaciones en los servicios de imagenología, mismas que deberá encontrarse dentro de los parámetros establecidos.

En la Etapa 4. “Control de ambientes físicos” en lo que se refiere a la limpieza participan: supervisor(a) de Limpieza e Higiene, Ayudante y Auxiliar de Limpieza e Higiene, como responsables de la aplicación de la “Guía técnica de limpieza y desinfección para unidades médicas” (GTLDUM) las funciones se relacionan con las actividades de limpieza e higiene; manejo de desechos sólidos; manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos y el control de la fauna nociva. Algunas de estas actividades se realizan a través de un proveedor (IMSS-GTLDUM, 2017).

En la Etapa 5. “Nivel Integral de Conservación (NIC)” participan por nivel operativo las áreas descritas en el apartado de áreas que intervienen; las actividades principales de esta etapa son la generación de reporte de resultados del Sistema NIC y el reporte trimestral de resultados de indicadores de eficacia del proceso de control de ambientes físicos para el Pp E011 “Atención a la Salud” de la MIR en apoyo a la DPM.

En la Etapa 6. “Diagnóstico situacional de los servicios de conservación” participan por nivel operativo las áreas descritas en el apartado de áreas que intervienen; las actividades principales se realizan mediante visitas programadas a unidades médicas en los tres niveles de atención seleccionadas de forma aleatoria por personal del Área de Evaluación adscrita a la División de Conservación para obtener, por muestreo, la “Cédula para el Diagnóstico Situacional de los Servicios de Conservación” por cada unidad seleccionada; el estado actual de los inmuebles médicos y no médicos en los rubros de imagen institucional, orden, limpieza y operación de los equipos prioritarios; así como, la

verificación de los sistemas técnico-administrativos de los servicios de conservación, siguiendo un programa autorizado que contemple cronológicamente las visitas a las unidades seleccionadas, informando y dando seguimiento a las inconsistencias relevantes hasta su solución (IMSS-PIDSSC, 2017).

En la Etapa 7. “Operación y participación en Comisiones mixtas, Comités, y grupos de trabajo relacionados con los servicios de conservación” participan la DC y la CTCySC; actúan como representantes institucionales de la Comisión Nacional Mixta de Seguridad e Higiene y atender quejas y observaciones ahí presentadas.

3.3.2 Elementos del proceso

Un resumen de los elementos valorativos que definen al proceso en cuanto a sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que se utilizan en la ejecución del proceso.³⁴

En los límites del Proceso, identificados por sus operadores, se considera que el PSI inicia con la detección de necesidades de conservación a través del PAO 01 que sirve para la clasificación, priorización y cálculo de necesidades reales de conservación, y el PAO 02 para registrar las actividades de mantenimiento, así como de la adquisición de insumos, bienes y contratación de servicios, de acuerdo con el presupuesto evaluado y autorizado para ser ejercido por los OOAD, UMAE, Centros Vacacionales y División de Inmuebles Centrales. El fin del proceso, en opinión del personal que participó en la entrevista, no concluye:

"[...] es algo cíclico, no termina ahí, hay que seguir supervisando y garantizando que los equipos continúen en operación, porque no termina nada más ahí la responsabilidad de conservación [...]" (P3NC200923).

En este sentido, el fin del Proceso se identifica con la supervisión de los servicios contratados que realiza el personal técnico y los servicios que realizan las jefaturas de conservación de unidad a través del personal técnico adscrito a las unidades, las jefaturas de departamento de conservación, para analizar el

³⁴ El detalle de estos elementos puede consultarse en el Anexo VI.3 de este documento.

comportamiento del ejercicio de presupuesto y los trabajos que se estén llevando a cabo en las unidades.

Relativo a la coordinación derivada del PSI, destacan aquellas que se tienen con instancias externas al IMSS como Protección Civil, Seguridad Pública y otras organizaciones; se lleva una estrecha relación de apoyo en circunstancia especiales para las unidades del Instituto. Los participantes reconocen esta coordinación externa:

"[...] también hay trabajos con otras instancias ajenas al IMSS como protección civil, seguridad pública y todas estas organizaciones, también dependemos de alguna forma de ellas, llevamos una estrecha relación con ellos [...]" (P3NC200923).

También la coordinación del PSI se da a través de la participación en los comités como el de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de manera local en OOAD y UMAE donde se interacciona con los distintos niveles y servicios de atención a la salud, se analizan los casos de algunos eventos centinelas, adversos o cuasifalla, para establecer las medidas preventivas en una manera multidisciplinaria para evitar la recurrencia del suceso. Los participantes comentan al respecto que:

"[...] con el área médica también hay coordinación a través del programa de administración de riesgos, administración de riesgos institucionales, el modelo de seguridad al paciente, en los proyectos de sustitución de equipo electromecánico, también en los proyectos de sustitución de equipo médico a través del área de ingeniería opinando sobre técnica, sobre los espacios que se van a utilizar para la actualización del equipo médico [...]" (P3NC200923).

La División de Conservación, también se vincula con la Coordinación de Control de Abasto como área requirente en la licitación de insumos de limpieza; con el área médica a través del programa de administración de riesgos institucionales, en el programa sustitución de equipo electromecánico; en la coordinación de capacitación del personal técnico de la rama de conservación. Con las áreas de finanzas para el proyecto de presupuesto, para el ejercicio subsecuente para el registro de cartera de inversión, ente otros.

Respecto de la suficiencia de insumos y recursos para la operación del PSI en cuanto al tiempo, se comenta que el orden para abordar las acciones de conservación se ve influido por la prioridad; la jerarquización por índices de prioridad puede ser inaplazables, necesarias según programa o susceptibles de

reprogramación. Las inaplazables se refieren a aquellas actividades indispensables para prevenir y/o corregir a fin de evitar la suspensión del servicio esencial de la Unidad, o bien, mantener las condiciones de seguridad en el inmueble; las necesarias según programa se refieren a aquellas actividades que no repercuten en la suspensión de servicio, pero que se requieren realizar de manera continua y programada para mantener el funcionamiento en la Unidad y las susceptibles de reprogramación, se refiere a las actividades necesarias para mejorar y prevenir riesgos a corto plazo (IMSS-NEDGC, 2017).

En lo que se refiere al personal, durante la entrevista se mencionó que el personal servidor público que participa en la operación del PSI es adecuado; se identifica como área de oportunidad la cobertura de plazas faltantes, evitar la rotación constante de personal y la sensibilización del personal usuario y derechohabientes en el cuidado de las instalaciones y equipos.

El personal servidor público participante en la entrevista considera que los recursos financieros no son suficientes, son finitos y eso conlleva que se tenga que priorizar y se posponga la atención de algunas actividades. El área de conservación del Instituto detecta una gran cantidad de actividades por realizar que se tienen pendientes y que se han aplazado con el paso del tiempo y que no han permitido mejorar algunos aspectos de conservación, como son la mejora de imagen en los inmuebles y el mantenimiento a equipos; en la elaboración de PAO 02 se registran las actividades de mantenimiento de acuerdo con su prioridad y al presupuesto autorizado para ejercer durante el ejercicio presupuestal en curso. Se comenta de la siguiente manera:

"[...] el PAO 02, donde programan el pago de recursos que presupuestaron en el PAO 01, priorizando. Esto a veces impide que se puedan atender todas las necesidades de las unidades para poderlas tener en óptimas condiciones, se van aplazando algunas actividades, aunado al uso de las mismas unidades de los equipos, la antigüedad, etc. Los recursos no son suficientes, son finitos y eso conlleva a que se desatiendan algunas otras actividades y/o los jefes de conservación, la gran mayoría de ellos se las ingenian para hacer las actividades, hacer las actividades de forma programada y priorizadas a lo que consideran más importante para la atención al derechohabiente y a los usuarios internos como los médicos y administrativos [...]" (P3NC200923)

También se comenta que hay mecanismos extraordinarios para la disposición de recursos adicionales; para condiciones emergentes. Podrán realizarse ajustes al

PAO 02 solo cuando se presenten contingencias y causas de fuerza mayor (IMSS-NEDGC, 2017).

Entre los productos finales del proceso se identifican la atención oportuna, eficiente y en condiciones de seguridad que tiene el paciente para recibir la atención médica; infraestructura, instalaciones y equipo médico y administrativo funcionando correctamente y que son seguros y confiables; los auxiliares de diagnóstico como laboratorio, patología, imagenología funcionan y son confiables; suministro de fluidos y energéticos seguros, confiables, económicos; y, áreas físicas limpias y desinfectadas.

Los principales sistemas de información que apoyan la operación del PSI son: SICWEB que es el Sistema de Información de Conservación, para la consolidación, validación y autorización del PAO 01 y PAO 02, así como los ajustes, transferencias, ampliaciones de recurso y seguimiento en el PAO 02; y el NIC, que sirve para que las Jefaturas de Conservación en OOAD, UMAE, Centros Vacacionales e Inmuebles Centrales, autoevalúen mensualmente la aplicación de los procesos que se encuentran bajo su responsabilidad, para traducir cuantitativamente características cualitativas, midiendo el grado de conservación.

3.3.3 Importancia estratégica del proceso

El Proceso de Seguridad en la Infraestructura corresponde a un proceso técnico administrativo cuya importancia estratégica radica en que se articula de manera directa con los procesos sustantivos de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencia y, Calidad y Seguridad, así como con el Proceso de Quejas y satisfacción, y de esta forma contribuye a la disminución de la morbilidad de la población derechohabiente. La vinculación se relaciona directamente con el propiciar que los servicios de salud se presten con oportunidad y que sean seguros y confiables y con un menor riesgo para personal de salud, el paciente y acompañantes, y con un menor índice de infecciones asociadas a la atención a la salud. En opinión de los entrevistados, el PSI contribuye al logro del objetivo del programa de la manera siguiente:

“[...] que todo funcione correctamente y sea seguro y confiable y que el diagnóstico de estos auxiliares del diagnóstico, que es laboratorio, patología, que den los resultados esperados en base al análisis clínico que le hace el médico, creo que estamos cumpliendo con nuestro proceso de mantenimiento de manera correcta para darle la seguridad al usuario de que está funcionando bien [...]” (P3NC200923).

“[...] en el caso de hospitalización sabemos que el no tener un equipo funcionando podemos tener sobre-estancia hospitalaria y eso al Instituto nos cuesta, no a conservación, pero si le cuesta al IMSS estar pagando una incapacidad por no operarlo, creo que el diferimiento que no sea consecuencia de una falla del equipo médico, creo que culminamos nosotros como servicio, que estamos haciendo nuestro trabajo correcto [...]” (P3NC200923).

3.3.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

El PSI cuenta con mecanismos para medir la satisfacción de los beneficiarios o los usuarios de los servicios de conservación; están considerados en el Instructivo técnico para la aplicación del Sistema de evaluación institucional de los servicios de conservación que incluye un apartado de Calidad de la conservación de unidades. La información se obtiene a través de una encuesta se aplica en las unidades médicas hospitalarias a razón de mínimo diez entrevistas por mes y para la UMF mínimo cinco entrevistas por mes; estas encuestas son parte de la Integración de los Procesos del NIC, en el cual se genera el indicador de “Eficiencia de las encuestas de calidad al usuario (IMSS/ITSEISC, S/F). Por otra parte, la implementación de mejoras continuas se puede ver en el “Procedimiento Integral para obtener el Diagnóstico Situacional de los Servicios de Conservación por Delegación, UMAE, Unidad y Centro Vacacional CLAVE: 1280-003-004 en el Anexo 7 “Seguimiento de acciones de mejora y compromisos establecidos en Unidades Evaluadas, clave 1280-009-021” (IMSS-PIDSSC, 2017).

3.3.5 Valoración de la consolidación del proceso

Con los elementos referidos con anterioridad la valoración de la consolidación operativa del PSI registra 9 puntos de un puntaje máximo de 10; se ubica en un nivel de consolidación alto con una oportunidad de mejora (Anexo VII.3). El hacer explícito, en un documento integral, el PSI representa la oportunidad de contribuir de forma directa a la gestión operativa del Programa. La integración mostraría el cómo se relacionarían las grandes etapas y actividades del Proceso con los servicios sustantivos

de la atención a la salud. Es darle visibilidad a los actores que intervienen en ellas, la interconexión con otros procesos y, fundamentar, el monitoreo y evaluación del desempeño del Proceso en su conjunto; es pasar de una percepción de administración a una visión de sistema.³⁵

3.4 Proceso de Verificación de la Derechohabencia

El Proceso de Verificación de la Derechohabencia (PVD) se conforma con base en los mecanismos mediante los cuales se registran los derechohabientes para su atención en el sistema de salud del Instituto.

3.4.1 Descripción del proceso

Este proceso propuesto para el MGO-P incluye acciones que guardan equivalencia con los procesos de Difusión, de Solicitud de apoyos y de Selección de beneficiarios del modelo normativo referente (MGP-C); de acuerdo con el AT de esta evaluación se consideran acciones de información sobre las principales características del Programa, sus beneficios y requisitos de inscripción, dirigido hacia un público determinado, para seleccionar a los beneficiarios y obtener finalmente el padrón (IMSS-DPM/AT, 2020).

La vigencia de derechos se conceptualiza:

- 1) Como el “período de duración del disfrute de los beneficios que otorga el Instituto al asegurado o pensionado y sus beneficiarios legítimos, durante el cual pueden exigir legalmente al IMSS las prestaciones a las que tienen derecho” (IMSS/PRFPSCVUMF, 2018).
- 2) Como un “[...] documento oficial en donde se indica que el paciente tiene derecho a la atención médica por tener actualizado su registro institucional” (IMSS/PAMUHSN, 2011) (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012).

³⁵ Durante el proceso de la evaluación se comentó la existencia de un documento denominado Anexo 7 “Seguimiento de acciones de mejora y compromisos establecidos en Unidades Evaluadas, clave 1280-009-021”; esta evidencia para la evaluación fue entregada junto con los comentarios al informe final, con lo que se realizaron las modificaciones correspondientes a la valoración del grado de consolidación del proceso.

El PVD se encuentra regulado en la normatividad del Programa a través del Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340. Este Procedimiento establece de manera general las políticas y actividades que el personal de vigencia en los OOAD (antes Delegaciones), Subdelegaciones y Unidades de Medicina Familiar deben de observar para realizar el registro de derechohabiente, la prórroga de servicios médicos y la certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar (IMSS/PRFPSCVUMF, 2018, pág. 4).

Durante la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se refirió que este Procedimiento, es considerado como la guía porque norma las actividades que el personal responsable de la verificación de la vigencia debe llevar a cabo para su operacionalización; este Procedimiento depende de la Dirección de Incorporación y Recaudación.

En continuidad con lo anterior, es relevante mencionar que en la página de internet “IMSS Digital” se identificó que también se puede realizar en línea el trámite de Alta en clínica o UMF y el de Constancia de vigencia de derechos para recibir servicio médico, entre otros trámites (IMSS DIGITAL, 2020). Las evidencias descritas anteriormente permiten inferir la existencia del PVD y que se ejecuta con base en el Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340, como instrumento indispensable para el acceso a los servicios y trámites que ofrece el Programa.

Actores que intervienen

En relación con los actores/áreas internas del IMSS que participan en la ejecución de este proceso se identificó que: 1) a nivel central interviene la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), a través de la Unidad de Incorporación al Seguro Social mediante la Coordinación de Empresas y Vigencia de Derechos a través de la División de Vigencia de Derechos; 2) a nivel de los OOAD participa la

Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, a través del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia.

Destaca que el área médica interviene en hacer las gestiones que se dan una vez que se ha verificado la vigencia de derechos del derechohabiente. También participa el personal directivo de las UMF, Hospitales de Segundo Nivel y UMAE.

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

Se identifican dos grandes etapas para llevar a cabo el Proceso de Verificación de la Derechohabiencia, el cual se operacionaliza con base en el Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340 1. Estas etapas son: 1) Registro UMF y turno y; 2) Verificación de la vigencia en cada servicio y trámite (Esquema 8).³⁶

Esquema 8. Etapas principales del Proceso de Verificación de la Derechohabiencia



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

Para la ejecución de estas dos etapas es indispensable el *alta del trabajador por parte de la empresa*, el que una persona esté dada de alta le permite tener acceso a los beneficios de la seguridad social y la prolongación del otorgamiento de los

³⁶ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.4 de este documento.

servicios médicos que ofrece el Instituto a la población derechohabiente; destaca también que, a través de la ejecución de este trámite, el trabajador forma parte de la población potencial del Programa.

Este trámite se puede realizar de manera presencial o en línea; cabe señalar que el Alta del trabajador por parte de la empresa se lleva a cabo por el patrón persona física o sujeto obligado. Si se hace de manera presencial es necesario acudir a la Subdelegación u Oficina Auxiliar de Afiliación y Cobranza que corresponda (IMSS/TAPISRTRAPF, 2019). Los pasos para llevar a cabo el trámite, en línea se identifican en la página electrónica institucional del “IMSS Digital” www.imss.gob.mx/imssdigital bajo el nombre de “Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades para personas físicas” (IMSS/TAPISRTRAPF, 2019).³⁷

Como ya se mencionó, cuando el trabajador fue dado de alta, forma parte de la población potencial del Programa, y para que puede ser beneficiario de los servicios que ofrece el Instituto es indispensable llevar a cabo su “Registro en UMF y Turno” (Etapa 1). El registro del derechohabiente en la UMF es la puerta de entrada al Instituto; permite a los beneficiarios el tener derecho a las prestaciones y servicios que ofrece el Instituto. De acuerdo con la normatividad, se identificó que el Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340 establece las actividades que deben llevarse a cabo en UMF cuando el asegurado (a) o pensionado(a), solicita su alta en la unidad y asignación de Turno. Destaca que, este trámite también puede realizarse en línea a través del portal “IMSS Digital”, seleccionando el trámite “Alta en Clínica o UMF”, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/tramites/registro-umf>.³⁸

³⁷ El detalle específico de estas actividades podrá consultarse en el Anexo VI.4 de este documento.

³⁸ La persona titular del área de Control de Prestaciones de Servicios Técnicos adscrita a la plantilla de Afiliación Vigencia, en conjunto con él o la titular de la Dirección de la UMF deberá designar a la o el responsable del área de Afiliación Vigencia de realizar el trámite de registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar.

Así bien, una vez concluida esta etapa del proceso, a la población derechohabiente se le asigna una unidad de medicina familiar, un consultorio y turno para recibir atención integral a sus necesidades, es decir que el derechohabiente ya se encuentra adscrito a una UMF por lo que se incluye en la población objetivo, este aspecto también fue reiterado durante la entrevista al personal público, en donde se comentó lo siguiente:

“Sí, complementando lo que mencionan, efectivamente, para el programa presupuestario E011, la población objetivo es toda aquella población que está adscrita a la Unidad, hay derechohabientes que van y se inscriben a la UMF, ahí pasa de ser de la población potencial a la población objetivo [...]” (P1NC200918).

Respecto a la "Verificación de la Vigencia en cada servicio y trámite" (Etapa 2) de acuerdo con la normativa revisada, se identificó que la "Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B, se obtiene en apego al "Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar", clave 9220-B03-340; durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso se reiteró que este Procedimiento es el que norma la verificación de derechos en cada uno de los servicios o trámites que así se requiera en el Instituto. En relación con lo anterior, se identificó que en la página "IMSS Digital" también se puede consultar si el derechohabiente tiene vigente sus derechos, por medio del trámite de solicitud de "Constancia de vigencia de derechos para recibir servicio médico, ante el IMSS", disponible en la dirección electrónica siguiente: <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>; una vez que el beneficiario ingresa los datos solicitados por el sistema, se le proporciona la "Constancia de Vigencia de Derechos", homoclave IMSS-02-020-B (IMSS/TCVD, 2019).^{39, 40}

³⁹ El numeral 5.81. de dicho Procedimiento establece que el responsable del trámite, que reciba del solicitante la impresión de la Carátula de la Cartilla Nacional de Salud, con cadena original y sello digital como evidencia de que el solicitante llevó a cabo el trámite a través de internet deberá sustituirle la nueva carátula o entregarle una nueva Cartilla Nacional de Salud, esto con la finalidad de verificar la veracidad de los documentos del asegurado (IMSS/PRFPSCVUMF, 2018, pág. 26). Esta misma actividad se lleva a cabo en la etapa anterior, cuando el derechohabiente solicita el alta en UMF y Turno.

⁴⁰ El detalle específico de estas actividades podrá consultarse en el Anexo VI.4 de este documento.

Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargados de la operación del Proceso se refirió que cuando los derechohabientes van a ventanilla en UMF se solicita comprobar los datos; para verificar que sí son correctos los documentos originales. El personal entrevistado comentó que:

"[...] cuando el trámite se lleva a cabo en la página realmente es difícil verificar datos o documentos originales, por lo que cuando las personas van a solicitar su carnet en las ventanillas de afiliación y vigencia, ahí sí corroboramos que son originales, verídicos los que ellos suben a las plataformas" (P2UMF200918).

Es relevante mencionar que la verificación de la vigencia de derechos además de realizarse en las UMF se lleva a cabo en diferentes momentos cuando se solicita un servicio en unidades médicas de Segundo y Tercer Niveles de Atención; estas condiciones se corroboran con el siguiente fragmento de la entrevista realizada:

"[...] Dentro de las actividades que se describen o que tenemos que describir para realizar a cabo la verificación de la derechohabiencia no solamente es cuando se dan de alta, sino la llevamos a cabo en todos los procesos que realizamos en la Unidad con pacientes [...]" (P3UMF200918).

En este sentido, el que el derechohabiente cuente con su vigencia es requisito indispensable para que pueda tener acceso a los diferentes servicios que ofrece el Instituto. En la normatividad que regula el Programa se identificaron las actividades que se llevan a cabo para certificar la vigencia de derechos del derechohabiente en servicios relacionados con la consulta externa, hospitalización, y urgencias.⁴¹

3.4.2 Elementos del proceso

En este apartado se presenta un resumen de los elementos que definen al Proceso en cuanto a sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza.

En lo referente a los límites, el proceso inicia cuando el solicitante llega a ventanilla en una UMF para darse de alta y el responsable del trámite ante el IMSS verifica que la persona que se presenta sea la acreditada; el Proceso llega a su fin

⁴¹ El detalle específico de estas actividades podrá consultarse en el Anexo VI.4 de este documento.

cuando el responsable del trámite entrega al solicitante la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B y archiva una copia del “Aviso de prolongación de servicios médicos” en archivo cronológico.

En relación con la articulación con otros procesos, destaca que la Verificación de la Derechohabiencia es fundamental ya que es la puerta de entrada a otros procesos; sin este no se puede otorgar atención médica a los usuarios; no se podrían prestar la mayoría de los servicios médicos que provee el Instituto. Esta articulación también se da, por ejemplo, en el Proceso de Hospitalización ya que el paciente accede ya sea por Consulta Externa o por Urgencias y es requisito indispensable que previo al ingreso a hospitalización se realice la verificación de la vigencia en el sistema. El personal servidor entrevistado confirmó lo siguiente al referir que:

“[...] la articulación de este proceso con los otros procesos se da desde que se hace la planeación del diagnóstico situacional, ya que se toma en consideración el total de población adscrita a las UMF; los pacientes pueden ingresar a hospitalización por la consulta externa o por urgencias, y antes de ese proceso está verificada la vigencia de derechos [...] (P4UH200918).

En cuanto a la suficiencia de insumos y recursos para la operación del Proceso y si éstos son adecuados, durante la entrevista con el personal servidor público (de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas) encargado de la operación del Proceso se refirió que sí cuentan con recursos tecnológicos y de personal para llevar a cabo la tareas de verificación de la vigencia en los tres niveles de atención; no obstante, se hizo énfasis en que en las UMF no son suficientes, a diferencia de las UMAE donde se menciona que cuentan con un mayor número de equipos de cómputo debido a que tienen más presupuesto; se refiere también que el equipo de cómputo en ocasiones puede estar un tanto obsoleto, pero cumple con su función, por lo que sí se mencionó como adecuado. Con los elementos identificados, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes para la operación del PVD.

En lo referente a los productos finales del proceso, se identifican la Caratula de la Cartilla Nacional de Salud con firma del asegurado y sello de vigencia; la “Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario” SAV-002, clave 9220-009-601; el “Aviso

de prolongación de servicios médicos”; la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B. Aunado a lo anterior, el personal servidor entrevistado señaló que:

[...] la verificación nos permite tener un censo de la población, nos permite tener los números reales de la atención de nuestra población, a la que le brinda el Instituto, nos permite dividir por grupos etarios de acuerdo a los programas de salud que brinda el Instituto, y nos permite sectorizarlos de acuerdo al grupo de edad al que pertenece, y también nos permite emitir informes, porque dice qué resultados [...]" (P5UMF200918).

En este contexto, destaca que el PVD permite el acceso del derechohabiente al siguiente proceso que es el de Consulta Externa; si el solicitante no cuenta con vigencia de derechos no se le puede otorgar este servicio.

En lo relacionado con los sistemas de información, se identificó que la operación del Proceso se apoya en el Sistema de Acceso a Derechohabientes Unificado (Sistema AcceDer Unificado) como sistema principal y, en caso de contingencia, se utiliza como sistema secundario el Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (SINDO). Destaca también que el Sistema AcceDer Unificado, se encuentra en todas las unidades médicas del país, enlaza a otros sistemas como el SINDO con la vigencia de derechos para el otorgamiento de la consulta; no obstante, a diferencia del SINDO donde solamente se puede ver información respecto del asegurado, en el Sistema AcceDer Unificado es posible tener acceso a la información del asegurado y de sus familias, como esposa (o) hijos.⁴²

3.4.3 Importancia estratégica del proceso

Como se ha mencionado en este apartado, la verificación de la vigencia de derechos es la puerta de entrada a los servicios de salud del Instituto; el contar con un proceso sistematizado y homologado en toda la institución y, para todos los actores que intervienen permite la atención oportuna y ágil del paciente en servicios de Hospitalización o Urgencias. Adicionalmente, el llevar a cabo este Proceso permite que los asegurados sean registrados como beneficiarios y que

⁴² Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se comentó que el Sistema AcceDer Unificado se creó en 2015 a raíz de la Base de Datos Transaccional Única (BDTU) que unificó a todas las bases existentes del Instituto, para utilizar el Sistema se requiere contar con un nombre de usuario y contraseña; se comentó también que el Sistema AcceDer Unificado está enlazado a Farmacias y en un futuro se busca enlazarlo al INE y al Registro Civil.

puedan recibir las prestaciones a las que tiene derecho ante el IMSS; la contribución del Proceso a reducir la morbilidad de la población derechohabiente es de carácter adjetivo; sin embargo, si no hay verificación de la derechohabiencia no hay acceso a los servicios de salud.

La vinculación de este Proceso con las poblaciones potencial, objetivo y atendida del Programa es un elemento de gran relevancia. Cuando el patrón da de alta al trabajador éste se incluye en la *población potencial*; de forma posterior, cuando el derechohabiente (que ya es parte de la población potencial) es dado de alta en UMF y se le otorga consultorio y turno, se incorpora en la *población objetivo* y, finalmente, con la certificación de la vigencia de derechos el derechohabiente ya accede de manera física a los servicios que le ofrece el Instituto, por lo que se considera parte de la *población atendida*.

En seguimiento con lo anterior, cabe destacar que la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) a través de la Unidad de Incorporación al Seguro integra y actualiza el *registro de los sujetos de aseguramiento y sus beneficiarios*. El personal servidor entrevistado enfatizó que este aspecto es de gran relevancia debido a que a través del registro de la población se obtienen bases de datos por medio de las cuales se toman decisiones sobre el grupo etario al cual se van a dirigir los programas prioritarios de salud, tal aspecto se ve reflejado en el siguiente comentario:

"[...] en los registros de las poblaciones aparece quien está vigente en el periodo y se hace una depuración de defunciones, bajas y altas; el registro es utilizado por el personal correspondiente para hacer la planeación estratégica y operativa en los diferentes ámbitos del Instituto para poder llegar a los objetivos esperados [...]" (P6OOAD200918).

3.4.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso, se identificaron mecanismos que se llevan a cabo para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias; se mencionó que el Instituto cuenta con personal Técnico de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) quienes realizan actividades fundamentales para medir la satisfacción del derechohabiente; este personal se encuentra en el módulo de atención y

brinda orientación sobre trámites, servicios, prestaciones o inconformidades de los derechohabientes, usuarios y público en general.

En entrevista también se refiere que cuentan con un buzón de sugerencias en donde se le da seguimiento a las quejas o sugerencias de los derechohabientes y que el área de trabajo social también realiza tareas de monitoreo de la satisfacción; asimismo, se menciona que se realizan encuestas de salida con las cuales se identifican áreas de oportunidad; destaca que refieren que la satisfacción ha mejorado mucho debido a la sistematización del Proceso y, en general, no se presenta mayor número de quejas al respecto.

3.4.5 Valoración de la consolidación del proceso

A partir de los elementos referidos con anterioridad, el PVD cuenta con un nivel de consolidación que se clasifica en la categoría de <<alto>>; se logró una valoración ordinal de 9 puntos de un máximo de 10 posibles.⁴³ De igual forma, se identificaron áreas de mejora que se relacionan con la integración del Proceso como factor adjetivo estratégico del Modelo General de Operación del Programa. Con la plena distancia de la comparación debe tener presente que si bien sin salud no tienen mucho sentido práctico las otras prestaciones; resultaría claro que, sin vigencia de derechos, no habría acceso a los servicios de salud.

3.5 Proceso de Consulta Externa

Este proceso es clasificado como sustantivo para el MGO-P; es inferido por INSAD como la atención que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente; incluye la consulta de atención materna y perinatal, en los tres niveles de atención.

3.5.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

⁴³ El detalle específico de estas actividades podrá consultarse en el Anexo VII.4 de este documento.

El Proceso de Consulta Externa (PCE) es uno de los cuatro procesos sustantivos, junto con Hospitalización, Urgencias y Calidad y Seguridad que son el núcleo para lograr el objetivo del Programa. Tiene una equivalencia con los procesos de Entrega de apoyos y de Producción de bienes y servicios del MGP-C.^{44, 45, 46}

La entrega de los servicios de consulta externa se organiza en tres niveles de atención que se conforman de acuerdo con la complejidad de los establecimientos en cuanto a su infraestructura, recursos humanos y tecnología. El primer nivel de atención o de primer contacto, es la puerta de entrada a los servicios de salud y de aquí se derivan al segundo y tercer niveles de atención, cuando no requieren una atención urgente o quirúrgica inmediata; se brinda atención médica ambulatoria a las personas sanas y enfermas y tiene como objetivo limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo, así como devolver la salud y limitar el daño a través de un tratamiento oportuno y el control de la enfermedad (FCMUCC, 2019). Como ejemplo de atención a personas sanas, se da inicio al control prenatal de la embarazada (PUCC, 2019). El segundo nivel de atención cubre atención ambulatoria especializada; se eslabona con el primer nivel mediante la referencia institucional; brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y su capacidad de resolución es mayor por contar con más infraestructura, recursos humanos especializados y tecnología. En este nivel, por ejemplo, la embarazada es vigilada a partir de las 36 semanas de gestación (SDG) o antes si es necesario, para atender el parto o la cesárea y vigilar que no desarrolle complicaciones como la preeclampsia o eclampsia (PUCC, 2019)

⁴⁴ Se entiende por Consulta Externa, a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.

⁴⁵ La consulta externa se clasifica como general cuando es otorgada por un médico general o de familia; se denomina de especialidad cuando es otorgada por un médico especialista o de subespecialidad.

⁴⁶ Se considera consulta de primera vez a la atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la Unidad y se denomina consulta subsecuente a la atención otorgada al paciente, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la Unidad (SS-NOM035, 2012).

(OPS/SNSM, 2012). En el tercer nivel se brinda atención de mayor complejidad, aunada a actividades de investigación clínica y básica. Se relaciona con el segundo nivel de atención mediante la referencia institucional y entrega sus servicios a un segmento más reducido de población con padecimientos que pueden requerir de una o varias especialidades o sub-especialidades. En este nivel, también se puede ofrecer atención a la mujer embarazada, con situaciones de salud de mayor complejidad, como la diabetes descontrolada, insuficiencia renal o una cardiopatía en la paciente embarazada (PUCC, 2019) (OPS/SNSM, 2012).

Si bien el PCE no está explícito en documento alguno, existe como un mecanismo operativo escalonado en tres vertientes, para la entrega de servicios en unidades de salud diferenciables en los tres niveles de atención: la vertiente uno, Consulta Externa de primer nivel en UMF; la vertiente 2, Consulta Externa de segundo nivel en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención; y la vertiente 3, Consulta Externa de tercer nivel UMAE. El PCE se articula y complementa con otros procesos sustantivos del MGO-P (Urgencias, Hospitalización y Calidad y seguridad) que permiten lograr los objetivos del Pp E011 “Atención a la Salud” disminuir la morbilidad en la población derechohabiente.

Actores que intervienen

En el PCE intervienen áreas externas al IMSS de carácter federal como la Secretaría de Salud, que participan con la disposición de la normatividad general, como las normas oficiales mexicanas (NOM) relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

Como áreas internas del IMSS participan en la ejecución del PCE: la DPM, a través de dos de sus unidades; la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) a través de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y sus respectivas divisiones y la Unidad de Atención Médica (UAM), mediante dos de sus áreas: la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN) y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE).

Se describen los actores/áreas internas del IMSS que participan en cada una de las vertientes señaladas.

Para el primero y segundo niveles de atención las áreas que intervienen son: la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud (CPAS) (IMSS/PAMUMF, 2012) (IMSS/PAMCE 2do. nivel, 2017). Para el tercer nivel, las áreas que intervienen son: la Dirección o Subdirección médica, la Jefatura de División, la Jefatura de Departamento o Servicio Clínico y el Responsable de la Consulta Externa (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012).

La Consulta Externa es otorgada por profesionales de la salud de varias disciplinas que pueden conformar un equipo de salud básico integrado por personal mínimo indispensable para otorgar atención integral a la salud de acuerdo con el recurso de la unidad y del nivel de atención (IMSS, 2016, págs. 6-7) (IMSS/PAMCE 2do. nivel, 2017) (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012).⁴⁷

Descripción de las etapas principales y los actores que intervienen

Se identificaron tres vertientes que corresponden con los tres niveles de atención, que se ejecutan en etapas y actividades similares pero específicas, a través de las cuales, los derechohabientes del IMSS tienen acceso a los servicios para la atención de morbilidad general y para la atención materna y perinatal; transitan de un nivel de atención a otro en sentido ascendente o descendente, a través del sistema de referencia y contrarreferencia; y, de la misma forma, pueden acceder a los servicios de hospitalización y urgencias.

En la revisión documental de la normativa vigente en el IMSS para el PCE se identificó un conjunto de procedimientos que, integrados de forma global, permitirían hacer explícito el proceso sugerido para el MGO-P, como un mecanismo operativo de la entrega de servicios. Para la ejecución operativa del PCE se identifican cuatro etapas principales para el primer nivel de atención (vertiente uno); cuatro etapas para el segundo nivel (vertiente dos) y, 12 para el tercer nivel (vertiente tres) (Esquemas 9, 10 y 11). A continuación, se describen las

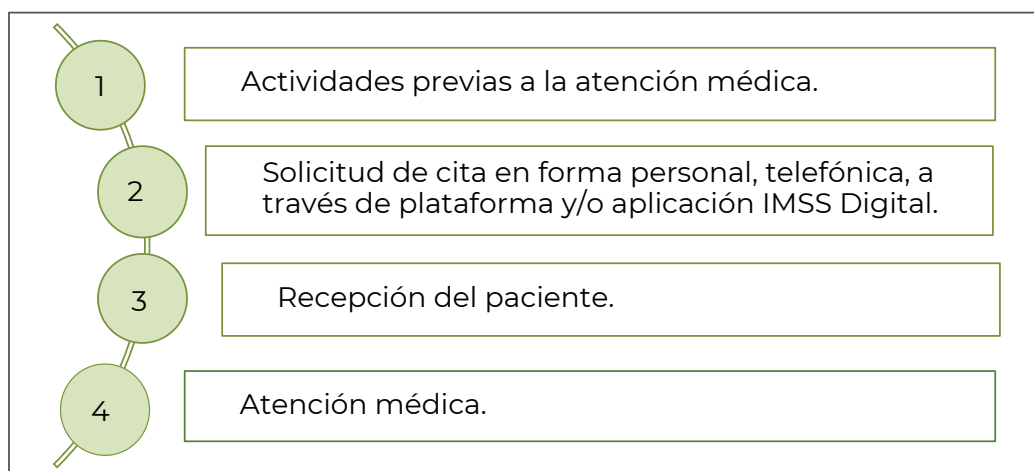
⁴⁷ El detalle de la integración de los equipos de salud básicos y complementarios por nivel de atención puede consultarse en el Capítulo 2, del Producto 2 “1. Descripción y análisis de los procesos del Programa y 2. Hallazgos y Resultados de la presente evaluación”.

etapas y actividades principales para cada una de las vertientes; el detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.5 de este documento.

Vertiente uno: Proceso de Consulta Externa en el primer nivel de atención

La Vertiente uno del PCE se realiza en UMF y en unidades hospitalarias (UH) que cuentan con servicio de consulta externa; se rige principalmente por el Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave: 2640-003-002 y el Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. Clave: 2650-003-001;⁴⁸ y se realiza a través de cuatro etapas principales (Esquema 9).⁴⁹

Esquema 9. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el primer nivel de atención



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

⁴⁸ Cabe mencionar que la CAISN, refiere que, la normatividad del Proceso de Atención Materna en primero y segundo nivel, se encuentra en etapa de revisión por las autoridades correspondientes, entre los cambios que se implementarán se encuentra que el Proceso abarcará al primero, segundo y tercer niveles, para hacerse transversal, se actualizarán las nuevas categorías de personal, los formatos fuente, los criterios para otorgar y facilitar el otorgamiento de los servicios, incluso de la incapacidad por maternidad, entre otros (IMSS-CAISN/Comentario, 2020).

⁴⁹ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.5 de este documento.

En la ejecución de la Etapa 1 “Actividades previas a la consulta” participan: la asistente médica que controla la agenda; personal de enfermería que preparan el consultorio, revisan el equipo y mobiliario y reportan el estado de los insumos y el mobiliario y equipo; la enfermera Jefe de Piso en Medicina de Familia revisa el diagnóstico situacional de la unidad, sobre dotaciones de materiales de consumo, medicamentos y otros productos; elabora requisiciones y solicitudes de mantenimiento con lo que se establece un vínculo con los procesos de abasto y conservación. En la Etapa 2 “Solicitud de cita en forma personal, a través de plataforma y/o aplicación IMSS Digital” participan: la asistente médica en el control de las agendas de citas y verificación de la vigencia de derechos de los solicitantes; el Jefe de Servicios de Medicina Familiar valora y autoriza la atención en casos especiales. En la Etapa 3 “Recepción del paciente” intervienen: la Asistente médica y el personal de enfermería, que recibe y entrega expedientes, el registro de la somatometría, valora si el paciente requiere una atención prioritaria, para informar al médico familiar. En la Etapa 4 “Atención médica”, intervienen: la asistente médica, el personal de enfermería y el médico familiar; como actividades vinculadas a la consulta médica. Destaca en este punto la decisión y conducta a seguir de acuerdo con el motivo de la consulta, por ejemplo: en accidente de trabajo se emite Aviso de atención médica con número de folio y un Certificado de incapacidad temporal para el trabajo; en caso de enfermedad general, establece y fundamenta un diagnóstico, pronóstico, tratamiento y valora si requiere: envío a otro servicio, estudios de laboratorio e imagenología o si requiere medicamento. De acuerdo con el motivo y circunstancias se elaborará referencia a otro nivel, Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete o, Receta médica si se requiere.

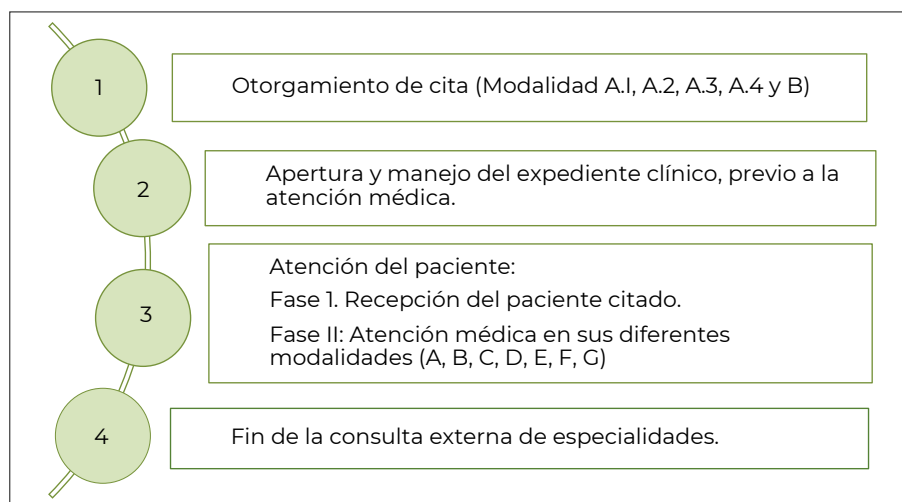
Cuando el motivo de la consulta es un probable embarazo o confirmación del mismo, se establece el inicio del control prenatal de acuerdo con el procedimiento para la atención materna y perinatal y se identifican y valoran factores de riesgo obstétrico. Si se determina bajo riesgo, en consulta subsecuente se elabora pase a módulo de enfermera especialista en medicina de familia (EEMF) o enfermera materno infantil (EMI) para continuar su control prenatal. Se registran actividades en el Sistema de Información de Medicina

Familiar (SIMF). Se entrega cartilla de la mujer embarazada por la asistente médica.

Vertiente dos: Proceso de Consulta Externa en el segundo nivel de atención

En el segundo nivel de atención, la Consulta Externa se fundamenta, principalmente, en el Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, (Clave 2660-003-052) y en el Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, Clave: 2650-003-001.⁵⁰ Se realiza en Unidades hospitalarias (UH) que pueden ser hospitales generales de zona y sub-zona, así como en hospitales monotemáticos, particularmente, los de ginecoobstetricia. La vertiente dos CE de segundo nivel de atención se trata de un servicio de consulta externa especializada (CEE) al que solo se accede por referencia del primero o tercer nivel o por otra especialidad del mismo nivel de atención; se realiza a través de cuatro etapas principales (Esquema 10).⁵¹

Esquema 10. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el segundo nivel de atención



⁵⁰ La CAISN refirió que la normativa del proceso de atención materna está en revisión para transversalizar su aplicación en los tres niveles de atención (cfr. nota al pie no. 44) (IMSS-CAISN/Comentario, 2020).

⁵¹ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.5 de este documento.

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

En la vertiente dos, la Etapa 1 es la de “Otorgamiento de citas” según modalidad: A1. Convencional o por mensajero, A2. Por correo electrónico, A3. Automatizados, A4. Solicitud de interconsulta en la misma unidad y, B. Consulta subsecuente. Los principales actores son: la asistente médica del control central de la consulta externa de especialidades (CEE); la coordinadora de asistentes médicas; y el director de unidad médica hospitalaria, quienes revisan la agenda de citas por especialidad, para el turno y fecha especificado, tratándose de casos de morbilidad general. Para el caso de atención materna y perinatal participan la Enfermera prenatal de hospital (EPH) y el Ginecoobstetra, quienes valoran los motivos de consulta para identificar requerimientos de atención prioritaria. En la Etapa 2 “Apertura y manejo del expediente clínico previo a la atención médica”, participan el personal del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) en la gestión de expedientes y vigencias de derechos, las asistentes médicas en CEE y la enfermera general o auxiliar de enfermería general. Las principales actividades se relacionan con el análisis de la información del control e informe de consulta externa, o los formatos de “Referencia–contrarreferencia, con los que fueron enviados los pacientes; la búsqueda o elaboración de los expedientes clínicos, que se entregan a los módulos de las especialidades.

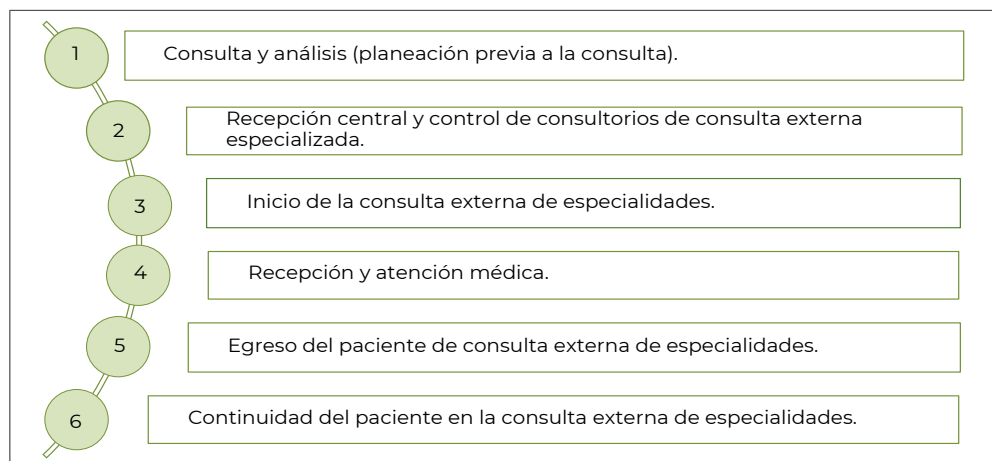
En la Etapa 3 “Atención médica” participan la auxiliar de enfermería o enfermera general y el médico no familiar de la especialidad correspondiente. Entre las principales actividades se otorga la consulta médica con la revisión de expediente, y decide alguna de las modalidades de trámites: alta de la consulta externa de especialidades, cita subsecuente, solicitud de interconsulta en la misma unidad, intervención quirúrgica, hospitalización, atención médica de urgencia y referencia a unidad homóloga o tercer nivel. Para el caso de atención materna y perinatal en la CEE, proporciona atención a la embarazada, con el mecanismo de interrogatorio y la exploración general y la obstétrica, registro de los datos clínicos y paraclínicos de la atención médica otorgada, para decidir según el caso: consulta de ginecoobstetricia (subsecuente), unidad de medicina familiar de adscripción, otro servicio de la consulta externa del mismo hospital,

en la Unidad de Tococirugía (UTQ) del mismo hospital, hospitalización en la misma unidad o referencia a otro hospital de segundo o tercer nivel. En la etapa cuatro “Fin de la Consulta Externa de Especialidades” participan el médico no familiar, auxiliar de enfermería general o enfermera general, asistente médica del control de la consulta externa de especialidades, quienes revisan los informes y expedientes y entregan al área de ARIMAC. El fin de la vertiente de CEE de segundo nivel de atención se da con la referencia a otro nivel de atención o la contrarreferencia a la UMF.

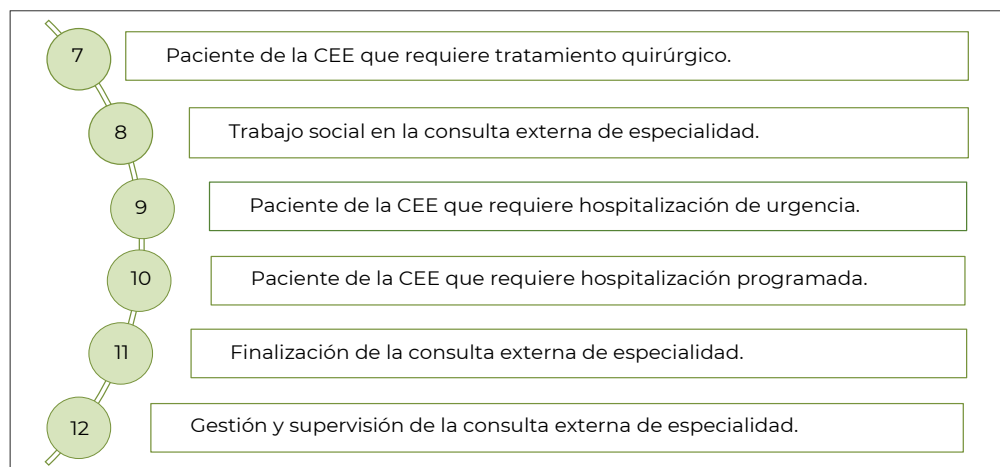
Vertiente tres: Proceso de Consulta Externa en el tercer nivel de atención

La Consulta Externa en el tercer nivel de atención se realiza en las UMAE y en hospitales monotemáticos, particularmente, los de ginecoobstetricia. Se rige principalmente por el Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención 2430-003-016. La vertiente de CE de tercer nivel de atención se realiza a través de 12 etapas principales (Esquema 11).⁵²

Esquema 11. Etapas principales del Proceso de Consulta Externa en el tercer nivel de atención



⁵² El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.5 de este documento.



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

En la Etapa 1 “Consulta y análisis” (planeación previa a la consulta)” intervienen: personal directivo de los servicios del área médica, enfermería, asistentes médicos y trabajo social. En esta etapa, las principales actividades se relacionan con la planeación de los servicios de consulta externa de tercer nivel, considerando los recursos disponibles, la evaluación semestral de productividad de los servicios, infraestructura y consumo de medicamento. Con base en lo anterior se determina la requisición de dotaciones fijas de medicamentos, que se valida y rectifica por las UMAE y la UMH. En la Etapa 2 “Recepción central o control de consultorios de Consulta Externa Especializada” participan: personal Asistente médico, personal directivo de la consulta externa y personal del ARIMAC. En esta etapa, entre las principales actividades se prepara el equipo, material y agendas para recepción del paciente, citas de primera vez, cita subsecuente, y se buscan los expedientes clínicos. En la Etapa 3 “Inicio de la Consulta Externa de Especialidades” participan: personal asistente médico, de ARIMAC, personal directivo de enfermería y personal directivo de la consulta externa. Las actividades sustantivas que se realizan son la preparación minuciosa de agendas de citas y entrega de expedientes clínicos a los consultorios. El personal de Enfermería registra somatometría, signos vitales y verifica equipo para la atención. En coordinación con ARIMAC dispone expedientes clínicos, resultados de estudios y resuelve los problemas que se deriven.

En la ejecución de la Etapa 4 “Recepción y atención médica” participan el personal asistente médico, el personal directivo de la CEE, el personal médico y personal de enfermería. Las principales actividades se relacionan con la recepción e identificación de pacientes citados, médico especialista otorga consulta médica de especialidad, determina motivo de consulta, si se requiere, solicita estudios, evalúa condición clínica, decide e informa al paciente plan terapéutico y pronóstico, elabora egreso del servicio con contrarreferencia o cita subsecuente. En la Etapa 5 “Egreso del paciente de la Consulta Externa de Especialidades” participan: personal médico y personal de enfermería y personal directivo médico. En las actividades principales se determina el egreso del paciente y la necesidad de transcripción de medicamentos, elabora contrarreferencia y resumen clínico; de acuerdo con característica del paciente: se envía a su UMF, HGZ o a cita para consulta subsecuente; se prescriben de medicamentos especiales, se elaboran traslado a pacientes foráneos, certificado de incapacidad o dictaminación de accidente o enfermedad de trabajo, si se requiere. En la Etapa 6 denominada “Continuidad del paciente en la Consulta Externa de Especialidades” interviene personal médico, de enfermería, asistente médico. Las principales actividades se relacionan con el paciente de primera vez apertura de expediente y registra e integra documentos, solicita estudios de laboratorio y/o gabinete y, orienta para estudios especiales y para cita en consulta externa; otorgan cita subsecuente, solicitan interconsulta a otra(s) especialidad(es) o en la misma unidad, si se requiere.

En la Etapa 7 “Paciente de la CEE que requiere tratamiento quirúrgico” participa el personal médico, de enfermería, de almacén de material de osteosíntesis y asistente médico. En las actividades de esta etapa se: verifica cumplimiento de criterios quirúrgicos, informa al paciente, explica riesgos y complicaciones, requisita autorización y anexa a expediente. Así como, la identificación y requisición de material quirúrgico, programación quirúrgica diaria con responsables de almacén de materiales y la programación y trámite del internamiento al área de hospitalización; trabajo social orienta sobre donación de sangre. La Etapa 8 “Trabajo social en la consulta externa de especialidad” participan trabajo social y personal de ARIMAC. Entre las actividades principales

se identifican necesidades de atención social del paciente, identifica factores de riesgo familiar, establece diagnóstico y plan de intervención y/o educativo, se informa al Médico tratante sobre problemática social identificada, se preparan y ejecutan sesiones educativas y se registra en expediente, se sensibiliza y orienta sobre donación de sangre, se informa sobre el Reglamento del hospital. En la Etapa 9 “Paciente de la Consulta Externa de Especialidades que requiere hospitalización de urgencia” participan el personal médico, asistente médico, de enfermería y de ARIMAC. Las actividades que integran esta etapa se relacionan con la identificación de la necesidad de hospitalización urgente, se comunica a Urgencias presenta y se acepta caso; se informa al paciente, diagnóstico y necesidad de hospitalización urgente y se explican riesgos posibles; se elabora nota médica completa y autorización para hospitalización; se comunica al equipo, registra traslado y notifica a personal de intendencia para traslado del paciente; entrega-recepción del paciente entre personal de enfermería e instalación en cama de Urgencias. En este punto se vincula el PCE con el de Urgencias.

En la Etapa 10 “Paciente que requiere Hospitalización programada” los participantes son el personal médico, asistente médico, de enfermería y de ARIMAC. Las actividades que se realizan en esta etapa se relacionan con la identificación de necesidades de hospitalización electiva, verifica cumplimiento de criterios de las Guías de práctica clínica o Protocolos de diagnóstico y tratamiento normados; en caso de paciente obstétrica informa a embarazada sobre donación de sangre de cordón umbilical, elabora orden de internamiento, registra en notas médica, trabajo social informa sobre donación de sangre; un día antes se coordina con responsable del ARIMAC, localiza y entrega expedientes de pacientes programados para internamiento. En la Etapa 11 “Finalización de la Consulta Externa de Especialidad” participan personal médico, asistente médico, de enfermería, de ARIMAC. Esta etapa se refiere a actividades relacionadas con el control de informes de consulta externa y documentos de los pacientes egresados del servicio; procesamiento de material, instrumental y equipo, solicita limpieza y orden de consultorios y supervisa productividad y consumo de insumos y medicamentos; entrega de expedientes. En la Etapa 12 “Gestión y

supervisión de la Consulta Externa de Especialidad” participan directivos médicos, de enfermería, de trabajo social y de asistentes médicos; en esta etapa predominan actividades de supervisión, coordinación y evaluación de: infraestructura, recursos humanos, materiales y de equipamiento; de carpeta gerencial y formatos de control interno y reingeniería de procesos para alcanzar metas; vigilancia permanente de la calidad de la atención en cada área. Así como, la evaluación y análisis de quejas derivadas del proceso de atención en la CCE e instala acciones de mejora y la gestión del calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local.

3.5.2 Elementos del proceso

Se analizan los elementos que definen al PCE en cuanto a: límites, articulación, insumos y recursos, productos y los sistemas de información que utiliza el proceso. El detalle de estos elementos podrá consultarse en el Anexo VI.5.

En el contexto de operación del PCE dividido en vertientes diferenciables en los tres niveles de atención, analizar los límites tiene importancia en cuanto a que el fin de una de las vertientes puede ser el inicio de la siguiente.

El inicio del Primer nivel de atención se da cuando el paciente solicita la atención médica, en el área de consulta externa de la UMF y es recibido por la asistente médica; el fin lo identifica cuando, al concluir la consulta, refiere al paciente a los servicios internos para acciones preventivas o a otro nivel de atención. El inicio de la CE en UMF se describe así:

“[...] en el primer nivel de atención tenemos algunas modalidades para poder tener acceso a nuestros servicios. Tenemos una modalidad por medio de un centro de atención telefónica, también llamado call center, donde los derechohabientes solicitan su atención con su médico familiar. También tenemos algo que se llama IMSS Digital, que tiene 2 vertientes. Se puede tener acceso por medio de una aplicativo y también por medio de internet. Así también contamos con otras modalidades, que es con la que iniciamos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es por medio de la asistente médica, ya sea que puedan solicitar una cita por vía telefónica o bien, de forma presencial. [...]” (P5NC200917).

Para el Segundo nivel inicia con agendar una cita a consulta de especialidad, lo cual coincide con el fin del Proceso de CE en el primer nivel de atención y se

realiza dentro de la misma UMH que lo refiere. El fin se identifica con el producto de la Consulta Externa de Especialidad, brindada por el médico no familiar (especialista), y es derivado a su UMF con tratamiento o a otra unidad de Tercer nivel. El inicio de la CCE en segundo nivel se refiere de la siguiente forma:

“[...] para resumir, en la consulta externa de segundo nivel, la primera etapa sería lo que es la generación de la cita, ya sea un paciente referido de primer nivel, referido de urgencias o de hospitalización. Y ahí quien participa es la asistente médica, tanto con la verificación de la vigencia, así como agendar la cita y solicitar al archivo clínico el expediente del paciente. [...]” (P5UMH200917).

El inicio del proceso en el Tercer nivel se da con la agenda de la cita a consulta de especialidades, que se realiza en la UMH o en la UMF, de donde se realiza la referencia a tercer nivel; finaliza cuando se contrarrefiere a su HGZ o UMF con instrucciones para su seguimiento. El inicio de la CEE de tercer nivel se narra así:

“[...] nosotros dependemos básicamente, bueno, todavía la consulta que vemos de primera vez es referida por los compañeros de segundo nivel. Algunas Unidades de Medicina Familiar nos refieren directamente. Los Hospitales de segundo y primer nivel o las delegaciones ya cuentan con la cartera de servicios, la cual se modifica ahora por la pandemia en cuanto a la cantidad de pacientes que vamos a ver por día de consulta. Y para la consulta subsecuente, bueno, como son pacientes generalmente con problemas crónico-degenerativos las programa el hospital, de forma periódica, de acuerdo a la necesidad de cada paciente. [...]” (P5UMAE200917).

La articulación de la Consulta Externa con otros procesos, se establece en las vertientes entre sí, al ser la vía de entrada de los derechohabientes a los servicios de salud del Instituto; es un proceso sustantivo que en sus tres vertientes escalonadas ofrece productos que sirven de insumo para el siguiente nivel, y que a su vez es la vía de entrada, a través de la referencia y contrarreferencia a los procesos de Urgencias y de Hospitalización y se apoya para su operación con los procesos administrativos. De acuerdo con la opinión del personal servidor público entrevistado:

“[...] la coordinación es estrecha y adecuada entre las unidades de los tres niveles de atención, en la medida en que se cuenta con un proceso para referir a los pacientes y se realiza de forma coordinada con el segundo o tercer nivel y la contrarreferencia hacia el primer nivel. Asimismo, existe coordinación del área médica, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, con el área de finanzas, personal, abasto y conservación para la asignación de los recursos físicos y materiales para el adecuado desempeño de la Consulta Externa [...]” (P5NC200917).

La valoración de la suficiencia de insumos y recursos para la operación del proceso y, si estos son adecuados, en la entrevista el personal refirió que son insuficientes para el otorgamiento de los servicios de salud que otorga el Instituto; lo que se manifiesta en saturación de los servicios principalmente de algunas especialidades y en algunas regiones geográficas del país. Los operadores del proceso entrevistados comentan que los recursos financieros no los solicitan los operadores del Programa, se hace a través del área de finanzas. Se considera que no son suficientes y dependen de la autorización financiera hacia el Instituto. Se identifican deficiencias en infraestructura, recursos humanos y materiales. Los entrevistados lo expresan de la siguiente forma:

"[...] Hay debilidad en falta de personal en algunas especialidades, y lo que tenemos no es suficiente para la demanda actual de la región por falta de atención en segundos niveles de la localidad [...]" (P5UMH200917).

"[...] No (son suficientes), falta recurso humano, no contamos con ciertas subespecialistas, tampoco con el número necesario para la población. [...]" (P5UMMAE200917).

"[...] se requiere de actualización en el software, hardware, impresoras e insumos para las mismas. [...]" (P5UMH200917).

Los principales productos finales del PCE identificados por los entrevistados son los estudios de laboratorio y gabinete solicitados de acuerdo con el diagnóstico obtenido con el interrogatorio y exploración física que pudieran sustentar la posibilidad diagnóstica; el tratamiento farmacológico es otro de los principales productos, ya que al tener una conclusión diagnóstica es importante otorgarle un tratamiento farmacológico al paciente para la mejora en su salud. Otros productos identificados son: la curación o bien el control de enfermedades, alta del servicio de Consulta Externa de Especialidades, otorgar cita subsecuente, solicitud de interconsulta, programación de cirugía y envío a Hospitalización y a Urgencias.

La operación del proceso se apoya en sistemas de información como: 1. Área de Información Médica y Archivo Clínico. ARIMAC; 2. Sistema de información empleado para verificar la vigencia de derechos (ACCEDER); 3. Expediente clínico electrónico (ECE); 4. Sistema de información de atención integral a la salud (SIAIS); 5. Sistema de información de medicina familiar (SIMF); 6. Tableros de

control como el Sistema para calcular el Indicador de Oportunidad de la Consulta de Especialidades (INDOCE); 7. Sistema para revisión de estudios de laboratorio. 8. (WinLab); Sistema electrónico de consulta y sistema de información de hospitalización (SIOC); 9. Sistema de Información Médico Operativo SIMO; 10. Sistema de Abasto Institucional de Farmacias (SAIF), 11. Sistema de Abasto Institucional (SAI); y 12. Módulo PREI-Proforma: Plataforma informática utilizada como herramienta para el registro y priorización de las necesidades de equipo médico, instrumental y mobiliario por parte de los directivos de la UMH.

3.5.3 Importancia estratégica del proceso

La importancia estratégica del Proceso de Consulta Externa radica en que a través de los servicios organizados por niveles de atención se logran detectar y tratar la mayor parte de las necesidades de salud en términos de morbilidad, y en que el proceso actúa de manera sinérgica junto con los procesos sustantivos de Urgencias, de Hospitalización y de Calidad y Seguridad en la contribución del proceso al logro del objetivo general del Programa; en este caso, el relacionado con la reducción de la morbilidad de los derechohabientes del IMSS.

En opinión de los participantes en la entrevista:

“[...] la pertinencia del PCE radica en que la atención médica oportuna y eficaz, con base en las guías de práctica clínica facilita el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los pacientes, permitiendo impactar en la morbilidad de los derechohabientes del IMSS [...]” (P5UMF200917).

“[...] Es muy importante el Proceso de Consulta Externa ya que permite atender a los derechohabientes de forma multidisciplinaria, y con ello, lograr el control de las patologías, realizar actividades de prevención, lograr la detección temprana de las enfermedades y prevenir las complicaciones [...]” (P5UMH200917).

3.5.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

El personal servidor público encargado de la operación del PCE en los tres niveles de atención refirió mecanismos que se llevan a cabo de manera <<informal>> en las unidades médicas para conocer la percepción de la población beneficiaria y la implementación de acciones de mejora derivadas del análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción y de quejas que presentan los derechohabientes que realizan las TAOD a usuarios de la consulta externa. Los resultados de estas encuestas y las quejas detectadas se analizan en las Juntas de Cuerpo Directivo

y Comités de Quejas, en las que participan las autoridades de las diferentes áreas administrativas y médicas.

Durante la entrevista se especificó que los resultados de la encuesta y la atención de la queja permite establecer áreas de oportunidad para así ajustar el proceso de atención a los derechohabientes en la Consulta Externa.

“[...] la Unidad cuenta con 2 sistemas de monitoreo. El primero es las encuestas de satisfacción que están a cargo de personal de trabajo social. (el segundo es) El sistema SIABE es el que tiene que ver con la satisfacción del derechohabiente. Esto está a cargo de las compañeras técnicas de atención a los derechohabientes. Mediante éste se puede captar qué pasa con la consulta externa, si hay retraso, si hay satisfacción, si hay alguna situación en relación a la consulta externa. [...]” (P5UMH200917).

3.5.5 Valoración de la consolidación del proceso

El grado de consolidación operativa global del Proceso de Consulta Externa, con base en la aplicación de la metodología propuesta, se asignó el valor ordinal a cada categoría establecida y se ubicó un nivel de consolidación <<alto>>; se valoró con 9 de 10 puntos posibles. Como área de oportunidad está el hacer explícito la documentación del Proceso para regular su operación y describir las actividades globales que deben llevarse a cabo (Anexo VII.5).

3.6 Proceso de Urgencias

3.6.1 Descripción del proceso

El Proceso de Urgencias (PU) forma parte de los cuatro procesos sustantivos que conforman el MGO-P (cfr. capítulo 1); en su ejecución se realizan procedimientos médicos a pacientes que requieren atención inmediata; se identifican dos vertientes operativas: 1. la atención de urgencias en general y 2. la atención de urgencias/emergencias obstétricas.

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

El PU es equivalente con el proceso de Entrega de apoyos del MGP-C del CONEVAL, en unión con los procesos de Consulta Externa y de Hospitalización. En el Anexo Técnico de la evaluación el proceso de Entrega de apoyos se define como el “Conjunto de instrumentos, mecanismos y acciones por los cuales los

beneficiarios o afiliados reciben los diferentes servicios o tipos de apoyo” (IMSS-DPM/AT, 2020). De acuerdo con esta definición normativa, el Proceso de Urgencias se precisa, para fines de la evaluación, como el “Conjunto de acciones, mecanismos e instrumentos a través de los cuales los beneficiarios del Programa reciben atención médica de urgencia”.^{53, 54}

Actores que intervienen

En la ejecución del PU participan áreas internas de los servicios de salud del Instituto de las unidades médicas de los tres niveles de atención; se ubican en los Servicios de Urgencias en las UH de segundo nivel, de Atención Médica Continua en las Unidades de Medicina Familiar; de Admisión Continua en las UMAE y de la Unidad o Área de Tococirugía (UTQ).

En el Servicio de Urgencias, el Área de Atención Médica Continua y en el de Admisión Continua, se identificaron cinco áreas que intervienen: 1. Primer contacto (Triage); 2. Consultorios; 3. Corta estancia y preparación; 4. Observación y Reanimación y, 5. la UTQ.

Para la vertiente de urgencias en general se identificó al siguiente personal: Asistente Médico; Médico; personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General y al de Camillería en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas. En cuanto a la vertiente de urgencias/emergencias obstétricas se identificaron: a los titulares de la Jefatura del Servicio, o de la Coordinación Clínica de turno, o de la Dirección o Subdirección de la Unidad Médica; al personal Asistente Médico; Médico no Familiar (Ginecoobstetra, Anestesiólogo, Pediatra,

⁵³ La NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, y la Norma que establece las disposiciones para la atención integral a la salud en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, definen una urgencia como “todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata” (SS/NOM-027, 2013).

⁵⁴ Asimismo, el Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, define una urgencia como el “Estado clínico caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas o subagudas de severidad moderada, que tienen la potencialidad de afectar la función, el órgano o la vida” (IMSS/PAMUHSN, 2011).

Neonatólogo), de Enfermera Especialista, General o Auxiliar de Enfermería y el personal del ARIMAC o de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC). Durante la entrevista aplicada se identificó que, para la atención de las emergencias obstétricas participa un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), conformado por:

“[...] un equipo multidisciplinario en donde interviene pues prácticamente todo el equipo que está en ese momento en la unidad, el médico lo clasifica, la asistente médica, trabajo social, el médico o ginecólogo en este caso que lo atiende, y el personal administrativo que tiene que ser el subdirector médico, el coordinador médico del turno, jefe de cirugía, jefe de anestesia [...]” (P612NA200921).

Asimismo, el personal servidor público de las unidades médicas entrevistado refirió que, el personal de vigilancia es con quien el paciente que solicita el servicio de Urgencias tiene el primer contacto.

“[...] el primer contacto el paciente lo realiza, normalmente con el personal de vigilancia [...]” (P622NA200921).

“[...] el proceso inicia con el vigilante, el vigilante dirige al derechohabiente a Triage [...]” (P632NA200921).

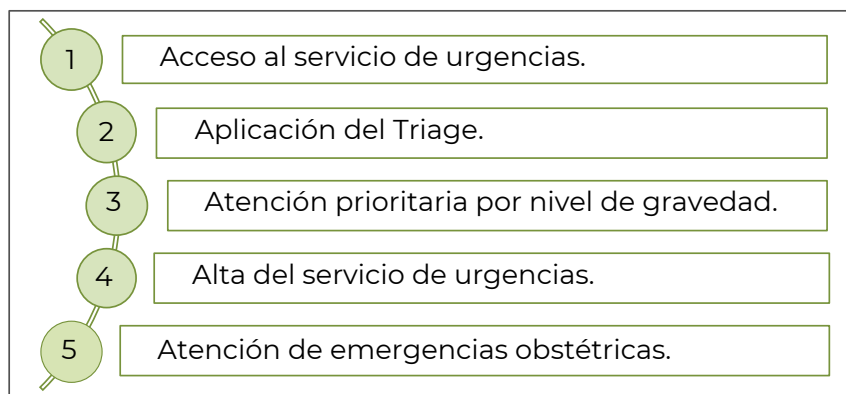
Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

Para la realización del proceso de Urgencias se identificaron cinco etapas principales, las primeras cuatro se relacionan con la vertiente de atención de urgencias en general. La quinta, se vincula con la vertiente de atención de urgencias/emergencias obstétricas (Esquema 12).⁵⁵

⁵⁵ El Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, define la **urgencia obstétrica** como la “Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud” (IMSS/PASUUM 2do. Nivel, 2020).

El Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, define la **emergencia obstétrica** como “Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer y/o de su(s) hijo(s) durante el embarazo, parto y puerperio” (IMSS/CAEO, 2020).

Esquema 12. Etapas principales del Proceso de Urgencias



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional correspondiente.

A continuación se presenta un resumen de las etapas referidas y de las principales actividades identificadas para llevar a cabo este proceso.⁵⁶

En la vertiente de atención de Urgencias en general, la Etapa 1 “Acceso al servicio de urgencias”, está a cargo del personal Asistente Médico, quien registra al paciente y lo dirige, junto con la persona acompañante al área de Triage para su clasificación. La Etapa 2 “Aplicación de Triage”, es responsabilidad del personal Médico y de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General; entre las actividades principales que se llevan a cabo en esta etapa destacan: la identificación del paciente, la toma de signos vitales y somatometría, así como la realización del interrogatorio y exploración física para clasificar al paciente según su nivel de gravedad y priorizar su atención.

La Etapa 3 “Atención prioritaria por nivel de gravedad”, la realizan el personal Médico, el de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General quienes otorgan atención al paciente con base en el nivel de gravedad asignado, de

El Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las unidades médicas del Programa IMSS-PROSPERA, conceptualiza la **emergencia obstétrica** como “Cuando la embarazada o puerpera es portadora de alguna patología derivada o agravada por las complicaciones del embarazo, trabajo de parto, parto y/o puerperio que ponga en riesgo su salud y/o la de su(s) recién nacidas o recién nacidos” (IMSS/PEOIMSS-PROSPERA, 2016).

⁵⁶ El detalle específico de estas etapas y actividades podrá consultarse en el Anexo V.6 de este documento.

acuerdo con la prioridad de atención establecida y el personal de Camillería en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas, quien apoya con el traslado del paciente. Las actividades principales que se llevan a cabo en esta etapa dependen del nivel de gravedad y prioridad de atención asignado al paciente durante la aplicación del Triage. Si el paciente es clasificado en los niveles 1 y 2 (rojo o naranja), las actividades se centran en su traslado al área de reanimación para una atención inmediata para la estabilización del paciente, cuyo estado de salud amenaza su vida o la función de un órgano. Entre las actividades centrales se identificaron la realización de un interrogatorio directo o indirecto y la exploración física respectiva, así como su estabilización y monitoreo; en esta etapa se establece un diagnóstico presuntivo y un plan de tratamiento y se integra el expediente clínico respectivo, hasta que se determina su alta al área de observación o a su domicilio.

Cuando el paciente es clasificado en el nivel 3 (amarillo), la atención se otorga en el consultorio médico de urgencias, en el cual se identifica al paciente, se toman signos vitales y somatometría; se realiza el interrogatorio directo o indirecto y la exploración física; se establece un diagnóstico presuntivo, con el apoyo de estudios de laboratorio o de imagenología si es necesario. Asimismo, se integra la nota médica inicial de urgencias y, con bases en las condiciones clínicas del paciente se decide su destino: ingreso al área de corta estancia y preparación o a la de observación; su traslado a otra unidad de mayor capacidad resolutive, o a su UMF. Cuando el paciente ingresa al área de corta estancia y preparación o a la de observación, las actividades principales son: solicitar su autorización para el ingreso, preparar al paciente y, propiamente su ingreso al área de observación, en la que se llevan a cabo las actividades propias de enfermería, así como un nuevo interrogatorio directo o indirecto, la exploración física y la revisión de las notas médicas e indicaciones entregadas y se elabora el plan de estudio y de tratamiento y, se monitorea al paciente para lograr su mejoría hasta que se decide su alta del servicio.

Cuando el nivel de clasificación es 4 o 5 (verde o azul), se informa al paciente y a su acompañante que el motivo de su visita al servicio de urgencias no es una urgencia real y que puede ser atendido en la UMF y cuando el paciente es derechohabiente del IMSS, se procede a su envío a la UMF; en caso contrario, se informa al paciente que puede acudir al primer nivel de atención de la institución de su elección o que tras el pago respectivo, podrá recibir la atención médica; si el paciente no acepta el pago, se le solicita la elaboración de una nota en la que deslinda a la unidad y al personal de urgencias de toda responsabilidad.

La Etapa 4 “Alta del servicio de urgencias” la llevan a cabo el personal Médico, el de Enfermería General y el personal Asistente Médico; durante su ejecución, se determina el tipo de alta del servicio de Urgencias del paciente y se realizan los trámites administrativos pertinentes; los tipos de alta del servicio de Urgencias son: a Quirófano; a Hospitalización; su traslado a otra unidad con mayor capacidad resolutive; voluntaria; a su domicilio o por defunción.

La vertiente de atención de emergencias/obstétrica se lleva a cabo a través de la Etapa 5 “Atención de emergencia obstétrica”.⁵⁷ Se refiere que en su ejecución participa el siguiente personal: Médico no Familiar (Ginecoobstetra, Anestesiólogo, Cirujano General, Médico Internista, Intensivista, Urólogo, Cardiólogo, etc., de acuerdo con la patología o complicación de que se trate); para el recién nacido (Pediatra, Neonatólogo); Asistente Médico, el de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería; personal de laboratorio, de banco de sangre, de camillería, de intendencia y el personal directivo en funciones; todos ellos conforman el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en la unidad médica; además del ERI del OOAD, al que le informa el directivo de la unidad médica vía Chat, para apoyar la gestión de recursos materiales, insumos, personal o traslado seguro y un tercer ERI integrado por los Directivos de Alto Nivel como los Jefes de Servicio de Prestaciones Médicas y de Nivel Central, tres personas para que en caso necesario, se apoye la gestión y el del ARIMAC o del Departamento de

⁵⁷ La relación del personal que participa en este Proceso se ha tomado del comentario emitido por la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal (DAGOP) de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel (CAISN) referida en el documento de comentarios del IMSS entregado para el Producto 2 de la evaluación.

Información Médica y Archivo Clínico DIMAC (IMSS/Comentarios Producto 2, 2020). Cabe mencionar que la participación desagregada de estos actores en el ERI no se identificó en la normatividad que regula este proceso; es un área de oportunidad su incorporación en la siguiente actualización respectiva de la normatividad.

Para esta etapa, las principales actividades se centran en la recepción y registro de la paciente; la realización del interrogatorio directo o indirecto, la exploración física, el establecimiento del diagnóstico y del plan de tratamiento y la determinación del destino de la paciente, que puede ser el ingreso a otra área de la UTQ (Sala de Labor, Sala de Expulsión, Quirófano o Área de Recuperación), su traslado a otra unidad médica de mayor capacidad resolutive o a la consulta externa de Ginecoobstetricia, hasta su alta del Área de Recuperación, a Puerperio Fisiológico, Hospitalización, o a su domicilio.

Cabe mencionar que en la entrevista aplicada se refiere la realización del Triage obstétrico, el cual difiere del que se realiza en los servicios de urgencias; se precisa que:

“[...] a diferencia del sistema de urgencias a adultos, el Triage obstétrico se clasifica en tres colores, rojo, amarillo y verde. La paciente que se clasifica en rojo, se activa el equipo de respuesta inmediata con el objetivo de que la paciente obstétrica reciba atención inmediata y segura” (P64NC200921).

Asimismo, el personal de nivel central entrevistado refiere que, el Triage Obstétrico se aplica para clasificar el nivel de gravedad de la paciente obstétrica y funciona en las cinco UMAE que cuentan con servicio de ginecoobstetricia y en los hospitales grandes y se activa cuando hay más de tres o cinco pacientes en espera de recibir atención. Se menciona que cuando acude una paciente a solicitar servicios a la UTQ, es atendida, independientemente de la vigencia de derechos ya que en el Instituto existe la “Política de rechazo cero” y que siempre es valorada por el Ginecoobstetra:

“[...] ¿en dónde se pone Triage obstétrico? en las 5 UMAES con ginecoobstetricia funciona el Triage obstétrico, y en los hospitales grandes, donde la demanda puede ser de más de 3, 5 pacientes, se abre el TH, en la subzona, que son muy pequeñitos, en ellos no se requiere porque llega un paciente, luego llega otro, y no hay necesidad de

estar haciendo TH obstétrico. Nosotros en el servicio de Urgencias no checamos la vigencia, a nadie se le niega la atención, hay algo que se llama, Política Rechazo Cero, y atendemos a toda mujer que llega a solicitar atención o un servicio de tococirugía, la recibimos y es valorada por un ginecoobstetra, no por médicos becarios, sino por un ginecoobstetra quien decide si se atiende, si es una emergencia obstétrica no importa que no sea derechohabiente, y si es derechohabiente, se atiende su problema aún cuando no sea de emergencia y/o se deriva a otra unidad de atención” (P65NC200921).

3.6.2 Elementos del proceso

En este apartado se presenta un resumen de los elementos que definen al proceso en cuanto a sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza el proceso.⁵⁸

Respecto de los límites del PU, para la vertiente de Urgencias en general el Proceso inicia con el registro y envío del paciente al área de Triage y finaliza con el alta del paciente del servicio de Urgencias. Para la vertiente de Atención de Urgencia/Emergencia Obstétrica, el PU inicia con la recepción y paso inmediato de la paciente a la UTQ y concluye con su alta del servicio de Tococirugía.

El PU se articula, como ya se refirió, con los de Consulta Externa y de Hospitalización; forman parte de los procesos sustantivos del MGO-P propuesto. El Proceso de Urgencias es una de las vías de acceso a los servicios de salud del Instituto y una vez que el paciente es dado de alta puede ser referido a la Consulta Externa, ya sea en las Unidades de Medicina Familiar, o en las unidades hospitalarias. Asimismo, si así se requiere, puede derivarse a Hospitalización o trasladarse a otra unidad hospitalaria de mayor capacidad resolutive para continuar con su atención. Es de resaltar que, de acuerdo con lo comentado en la entrevista aplicada, a través de Urgencias se ingresa al mayor número de pacientes a Hospitalización:

“[...] el servicio de Urgencias va muy de la mano con el servicio de hospitalización en el sentido que es su mejor cliente, dentro de todos los ingresos que hay de hospitalización pues Urgencias nos dota de la mayoría [...]” (P66NC200921).

⁵⁸ El detalle de estos elementos podrá consultarse en el Anexo VI.6 de este documento.

El personal servidor público entrevistado refirió que los insumos y recursos para la operación del proceso son adecuados; pero insuficientes en cuanto a recursos humanos, ya que no se cuenta con el número requerido de médicos especialistas, sobre todo en el turno nocturno y en las jornadas acumuladas.

“[...] no existen los suficientes médicos especialistas en medicina de emergencias, y eso hace que tengamos un riesgo en atender los pacientes en unidades muy alejadas del país, sobre todo en los turnos nocturnos, o en la jornada acumulada en donde existen médicos generales, o médicos familiares para atender las urgencias [...]” (P67NC200921).

“[...] nos encontramos con una plantilla muy baja en el aspecto de recurso humano [...]” (P683NA200921).

Si bien durante la entrevista aplicada se refirió que los recursos financieros son suficientes, no se cuenta con elementos cuantitativos para reforzar esta afirmación. En cuanto a la infraestructura disponible se mencionó que existe un déficit de camas hospitalarias que no permite la derivación oportuna de los pacientes que requieran hospitalizarse, lo que se traduce en una saturación del área de observación, situación que provoca que no se cumpla con la normatividad en cuanto el estándar de permanencia menor a 12 horas en el servicio.

“[...] los pacientes que se encuentran en los servicios de Urgencias pueden tener dos o tres turnos, que pasan más de 12 horas, 24 horas, 48 horas, y no tiene un destino final el paciente, requiere de una cama hospitalaria, al requerir una cama hospitalaria, y nosotros tener un déficit de cama hospitalaria, pues los pacientes se rezagan en los servicios de Urgencias [...]” (P69NC200921).

Se refirieron las limitantes en las Unidades de Medicina Familiar, del servicio de Atención Médica Continua, derivado de no contar con servicios de Laboratorio y Rayos X en el turno nocturno, además de cierta confusión por parte de los pacientes de lo que representa este servicio, dado que es una extensión del servicio de Consulta Externa para brindar atención prioritaria a pacientes que así lo requieran por sus condiciones de salud; sin embargo, el Procedimiento para otorgar atención médica en las UMF, refiere que en el servicio de Atención Médica Continua se otorga atención a la urgencia real o sentida (IMSS/PAMUMF, 2012, pág. 9).

En relación con la coordinación entre los actores que participan en el proceso se considera se mencionó como adecuada; los mecanismos de coordinación incluyen comunicación por la vía telefónica, el correo electrónico; la creación de chats para dos programas prioritarios del Instituto, el Código Infarto y la atención de Emergencias Obstétricas.

El PU tiene como productos finales el otorgamiento de una atención oportuna y de calidad con base en la aplicación del Triage; así como la estabilización del paciente para su envío a Consulta Externa u Hospitalización para continuar su atención.

Los sistemas de información en los que se fundamenta la operación del proceso son: Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF); Expediente Clínico Electrónico (ECE); Sistema de Información de Optimización de Camas (SIOC); Sistema Aeropuerto; Sistema Triage; Programa de Telemedicina y el Sistema ACCEDER.

3.6.3 Importancia estratégica del proceso

El PU es estratégico al centrarse en la atención de situaciones críticas de salud de la población usuaria. Durante la entrevista aplicada se refiere que la aplicación del Triage, permite priorizar la atención del paciente de acuerdo con su nivel de gravedad, que es un factor determinante en la atención de una patología aguda; de una atención oportuna y eficaz depende la sobrevivencia de los pacientes o evitar secuelas importantes; esto contribuye de manera directa al logro del objetivo del Programa:

"[...] la priorización del paciente, el tiempo pues es un factor determinante en una patología aguda, la velocidad o la priorización que se le de atención médica a un paciente que está más grave que otro, pues en muchas ocasiones llega a ser la diferencia entre la vida y la muerte, o que la morbilidad que presente este paciente deje una secuela importante si no se trata de forma prioritaria, y uno de los procesos relevantes en Urgencias es el Triage [...]" (P610NC200921).

3.6.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

El Instituto cuenta con un sistema Integral de Medición de la Satisfacción de usuarios, dentro del cual se realiza el ENCAL-SS; uno de los cuestionarios de dicho

estudio corresponde al servicio de Urgencias, con su aplicación se busca conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de Urgencias o Admisión Continua que se prestan; se exploran aspectos relacionados con el trato recibido, la gravedad del padecimiento, los motivos por los que acude el paciente al servicio de urgencias, el tiempo de espera para recibir la atención y la calidad en la atención que se otorga. Los resultados del ENCAL-SS 2019, para el servicio de Urgencias se ejemplifican en el Capítulo 1 (cfr. Subcapítulo 1.2.6).

Durante la aplicación de las entrevistas de los procesos de Urgencias y de Quejas y Satisfacción se identificó que se realizan encuestas locales de satisfacción para el servicio de Urgencias. Adicionalmente, se refiere que se cuenta con un Módulo de Atención y Orientación al Derechohabiente, atendido por el personal Técnico en Orientación y Atención al Derechohabiente (TAOD), quien asegura la atención del derechohabiente y también es receptor de quejas o peticiones. Asimismo, algunas unidades médicas cuentan con una Tablet (dispositivo electrónico) en la que se realiza una breve encuesta de salida para investigar cómo fue la atención que recibió.

3.6.5 Valoración de la consolidación del proceso

De acuerdo con los resultados obtenidos de la valoración de las cinco categorías determinadas en el Anexo Técnico, el Proceso de Urgencias cuenta con un grado de consolidación <<alto>>, con oportunidades de mejora; ya que, del total máximo esperado de 10 puntos, obtuvo una valoración ordinal de 9. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración (escritura) del documento del Proceso en el que éste se describa y se hagan explícitos los mecanismos para la implementación de mejoras (Anexo VII.6).

3.7 Proceso de Hospitalización

El concepto de hospitalización se refiere al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación (IMSS/PAMUHSN, 2011, pág. 10). Al respecto, en el capítulo IV. Disposiciones para la prestación de servicios de hospitales del Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica se describen las características

generales de los servicios de hospitalización que se otorgan, de acuerdo con la complejidad y la capacidad resolutoria de cada unidad de salud en: hospital general, hospital de especialidades e institutos (PEF/RLGSMPSAM, 1986).

3.7.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

En la evidencia documental aportada por el IMSS y la ubicada por INSAD, se identificaron procedimientos específicos para la atención hospitalaria de la población derechohabiente; esos procedimientos permitieron inferir -de manera implícita- la existencia del proceso de hospitalización con el cual operan las unidades médicas hospitalarias del segundo y tercer niveles de atención del Instituto. El Proceso de Hospitalización (PH) en el MGO-P, es equivalente con los procesos de Entrega de apoyos y de Producción de bienes y servicios del MGP-C; de igual manera que los procesos de Consulta Externa y Urgencias.

Actores que intervienen

Con la revisión documental y las entrevistas realizadas a personal de los diferentes niveles jerárquicos del Instituto se identificó que, en la ejecución del Proceso, participan áreas internas de los servicios de salud, como la Consulta externa de Especialidades, Admisión Hospitalaria y áreas de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), para el trámite del ingreso del paciente a Hospitalización. Otras áreas del segundo nivel que intervienen son las especialidades de Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General.

Para el caso del Tercer nivel, serían tantas áreas como especialidades ofrezca la Unidad, las más comunes que intervienen son: Cardiología, Neumología, Dermatología, Otorrinolaringología, Gastroenterología. Otros servicios participantes son los de apoyo al diagnóstico como el Laboratorio Clínico, Imagenología y el Laboratorio de patología.

Una vez emitida la solicitud de internamiento en la consulta de especialidades, para el ingreso del paciente a hospitalización, se recibe e interviene personal médico, Asistente Médico, Enfermería, Trabajo Social y personal del ARIMAC.

Cuando el paciente viene del servicio de Urgencias o del Quirófano, interviene personal Asistente Médico de urgencias y quirófano y de Hospitalización, así como personal del ARIMAC. Respecto al paciente que se envía para cirugía, participan en su atención el personal Auxiliar Universal, Oficinas de Cirugía y personal Asistente Médico y del ARIMAC.

En el periodo que el paciente permanece en Hospitalización, es atendido por personal Médico, de Enfermería, de Trabajo Social, de Nutrición o Dietología, de Inhaloterapia y de Rehabilitación en caso de contar con ese servicio; además, participa el personal Auxiliar de Servicios de Intendencia. Para los casos que requieren los servicios de apoyo al diagnóstico, participan también personal de Enfermería, Auxiliar Universal de Oficinas y Mensajeros de Laboratorio o Imagenología, el Médico no familiar Radiólogo y el Jefe del Servicio Médico que solicitó los estudios.

Cuando el paciente es dado de alta y se decide su egreso hospitalario, participan el personal Médico, de Enfermería, de Trabajo Social, de Nutrición o Dietología, de Inhaloterapia y de Rehabilitación, además del personal Auxiliar de Servicios de Intendencia, y para aquellos casos en que se presenten egresos por defunción, participa también personal del Depósito de Cadáveres (IMSS/PAMUHSN, 2011).

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

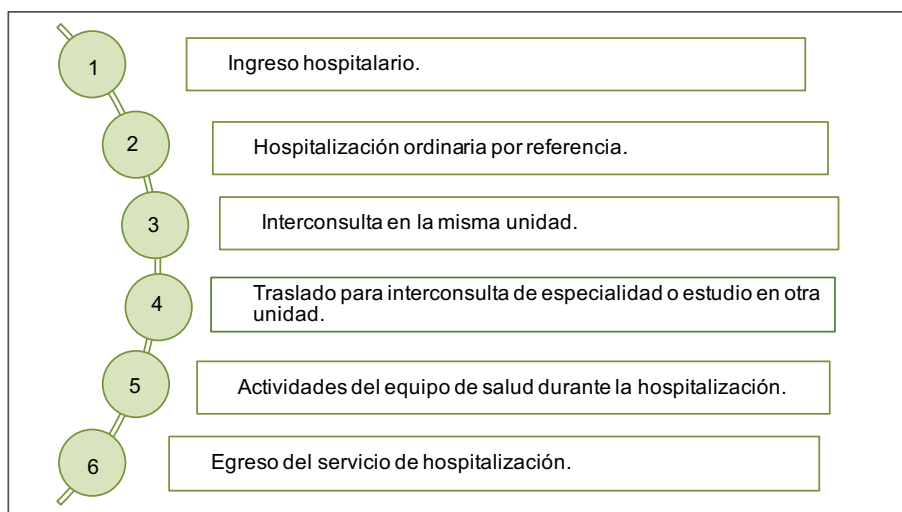
El Proceso de Hospitalización se lleva a cabo en varias modalidades; tiene que ver con la Unidad que envía y las características de la Unidad que recibe al paciente. La primera modalidad y más habitual es a través de la referencia, desde la consulta externa de cualquiera de los tres niveles de atención, ya sea para un procedimiento o atención especializada, o para un proceso quirúrgico. La segunda modalidad, deriva del servicio de urgencias de los distintos niveles de atención al servicio de hospitalización; y la tercera modalidad, son los pacientes enviados a hospitalización desde los propios servicios de la Unidad, como: quirófano, terapia intensiva, de la Unidad Tocoquirúrgica (si cuentan con atención Materna) y de otras unidades hospitalarias institucionales e

intersectoriales; esto último se evidenció con los comentarios de los participantes de la entrevista grupal con la siguiente mención:

“[...] para ingresar al área de UTQ, la Unidad de Tocoquirúrgica o Servicio de Urgencias de Tococirugía o de Atención Obstétrica, pueden venir de varios sitios, uno es de la consulta externa de especialidades por una orden médica; dos, de otra unidad hospitalaria, y cuando hablo de otra unidad hospitalaria puede ser del IMSS, puede ser de IMSS Bienestar, porque hay un acuerdo, el 126, donde pueden atender a pacientes con emergencia obstétrica; y otra, que es a través del convenio de colaboración interinstitucional con el ISSSTE y con la Secretaría de Salud, entonces pueden llegar también pacientes a hospitalización desde esas y/o del propio IMSS. Entonces, esas son las vías de entrada a hospitalización. La segunda es, ya en el hospital el manejo es similar, aunque para ginecobstetricia hay varias áreas, la Ginecología, la Obstetricia, y uno que le llamamos, Alojamiento Conjunto [...]” (P8NC200820).

El PH está conformado por seis etapas principales que abarcan desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, considerando todas las modalidades que la hospitalización requiera (Esquema 13).⁵⁹

Esquema 13. Etapas principales del Proceso de Hospitalización



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

⁵⁹ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.7 de este documento.

La operación del PH inicia con la Etapa 1. "Ingreso hospitalario por Consulta Externa de Especialidades" en la que el médico que recibe al paciente revisa y valora, decide la necesidad de hospitalización; informa las ventajas y beneficios de la misma, así como los riesgos y probables complicaciones, recibe la anuencia del paciente y tramita la orden de internamiento, con la firma del consentimiento informado del paciente, tutor o familiar responsable. Participa también personal de enfermería, asistente médica, trabajo social y del ARIMAC, quienes realizan el trámite de admisión hospitalaria y el expediente en archivo clínico, otorgan información del Reglamento del Hospital, derechos de los pacientes y los procedimientos para el trámite para la donación de sangre.

Para el paciente programado para cirugía, participa el personal secretarial, asistentes médicas, mensajero, personal del ARIMAC y de enfermería con la gestión del ingreso hospitalario el mismo día de la intervención y de acuerdo a la especialidad, asignan cama y reciben la paciente.

En la Etapa 2. "Hospitalización ordinaria por referencia" llegan los pacientes por el servicio de Urgencias, Quirófano o Tococirugía; participa el mismo equipo de la etapa 1, quienes, en su ámbito de responsabilidad, reciben y verifican al paciente con su Hoja de programación quirúrgica, asignan cama, entregan pase de visita al familiar del paciente e identifican al paciente con pulsera y tarjeta de identificación en la cabecera de su cama. El paciente hospitalizado recibe atención médica ordinaria o urgente según requiera.

En la Etapa 3 "Interconsulta en la misma Unidad" el personal médico determina si se requiere interconsulta a otra especialidad, la cual se gestiona apoyado con personal secretarial, de enfermería, asistente médica y los jefes de ambos servicios. En caso de requerirse estudios de laboratorio o de imagenología, se gestiona con apoyo de personal de los servicios correspondientes.

Para la Etapa 4. "Traslado para interconsulta de especialidad o estudio en otra unidad", el médico identifica la necesidad de interconsulta a una especialidad con que no se cuenta en la Unidad, explica al paciente y obtiene su autorización. El personal involucrado realiza los trámites necesarios para obtener la cita de

interconsulta en otra Unidad, el traslado y regreso del paciente con toda la documentación que se requiera.

Para la Etapa 5. "Actividades del Equipo de Salud durante la hospitalización" participa personal médico, de enfermería, de trabajo social, de las asistentes médicas, de nutrición, de inhaloterapia y de medicina física y rehabilitación y se realizan los registros correspondientes a la atención; también realizan la visita conjunta del equipo de salud y las actividades necesarias con el propósito de dar la continuidad para la atención de los pacientes hospitalizados.

En la Etapa 6. "Egreso del servicio de hospitalización" que se da en varias modalidades según el caso; en una, el médico decide el egreso de hospitalización al domicilio del paciente, con atención domiciliaria del paciente crónico (ADEC); otra, es el traslado a otro servicio de la misma Unidad; una tercera es el traslado a otra unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel.

En cada una de estas modalidades intervienen, médico, asistente médica, enfermera, trabajo social, nutricionista e inhaloterapeuta; las actividades se relacionan con recomendaciones para que el paciente cumpla en casa, apoyan los trámites del egreso, expiden recetas, incapacidad temporal, otorgan citas posteriores y elaboran la referencia- contrarreferencia; además, se realizan los registros necesarios en el expediente. Otras modalidades de egreso hospitalario son: por defunción, además del personal antes mencionado participa el Jefe del Servicio, Subdirector Médico o Responsable de la Unidad y del depósito de cadáveres; alta voluntaria, se informan los riesgos de esa decisión y se recaba la firma del paciente con el fin de deslindar al Instituto de la responsabilidad que conlleva abandonar su tratamiento hospitalario.

Es propicio comentar que el personal entrevistado mencionó que, en todos los casos el proceso realmente termina con el egreso administrativo, que es el registro del mismo para su consideración en las estadísticas de la Unidad como se manifiesta en el siguiente texto:

"[...] Y desde el punto de vista del egreso, para que sea efectivo estaríamos hablando del egreso administrativo, no solamente del egreso físico del paciente, que es cuando él se va, sino desde el punto de vista administrativo este paciente

ya llega a lo que es el archivo de descarga este egreso en las fuentes primarias de información, que es lo que nos va a dar la productividad real de ese hospital [...]”(P8NC200820).

3.7.2 Elementos del proceso

Los elementos que describen el PH se relacionan con sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza en su operación.⁶⁰

Con relación a los límites, el Proceso de Hospitalización da inicio administrativamente con la planeación y, operativamente cuando el Médico decide, indica y elabora la orden de internamiento, además de contar con la anuencia del paciente, tutor o familiar responsable, y termina con el egreso del paciente en cualquiera de las diferentes modalidades, antes descritas. Con respecto a su articulación con los otros procesos, la hospitalización se vincula con la consulta externa en los tres niveles de atención, con admisión continua, urgencias, quirófano, unidad tocoquirúrgica y unidad de cuidados intensivos, tanto de referencia como de contrarreferencia, con lo que se da continuidad a la atención de los derechohabientes.

La suficiencia de insumos y recursos humanos y financieros para la operación del proceso de hospitalización y si son adecuados, a decir del personal participante en las entrevistas, estos son insuficientes para el otorgamiento de los servicios de salud que otorga la Institución, con faltantes en todos los ámbitos, incluyendo la infraestructura por la sobredemanda de camas. Un comentario al respecto de esta temática fue:

En relación al cálculo de recursos materiales y financieros:

“[...] normalmente todas las necesidades se determinan con base a los históricos, sobre todo recursos materiales y financieros, en la metodología que tiene la institución, más que con proyecciones de cómo va cambiando el estado de salud[...]”(P8UMH200820).

⁶⁰ El detalle de límites, articulación, insumos y recursos, productos y sistema de información de los procesos podrá consultarse en el Anexo VI.7 de este documento.

En relación con los recursos humanos:

“[...] una de las cosas que limitan el proceso de hospitalización, es la falta del recurso humano, sobre todo de médicos, porque no hay en el país, tenemos lugares en donde hay falta de personal, la bolsa de trabajo está abierta y no hay personal que llegue; ese es un problema en todo el país [...]” (P8UMH200820).

“[...] porque definitivamente seguimos considerando que incrementar la plantilla es una necesidad muy grande que puede obviamente reducir en gran medida los tiempos [...]” (P8UMAE200820).

En el contexto de la información proporcionada por el Instituto, la recabada por INSAD y las entrevistas realizadas, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes, para la operación del proceso, aunque en opinión del personal entrevistado hay deficiencia en recursos humanos, financieros y tecnológicos.

Los productos finales del Proceso, con base en la información de los egresos hospitalarios, se infiere que se relacionan con la resolución de patologías quirúrgicas, recepción de niños nacidos vivos, la resolución de alteraciones metabólicas y que se mejoró o estabilizó la salud de los pacientes del IMSS.

En el ámbito de los sistemas de información en que se sustenta la operación del proceso, se identificaron los siguientes: 1) Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) que reporta egresos, procedimientos realizados y productividad por Unidad; 2) Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) con la Agenda de citas; 3) Sistema de Atención al Derechohabiente (SIAD) que incluye el registro, seguimiento, resolución y cierre de las peticiones recibidas en los Módulos y Buzones de Atención y Orientación al Derechohabiente; 4) Sistema Integral de Admisión Hospitalaria (SIAH); 5) Expediente Clínico Electrónico (ECE) (no todas las unidades lo tienen); 6) Sistema de Referencia – Contrarreferencia que enlaza las Unidades para envío de pacientes y cita a los diferentes servicios; 7) Sistema de Información del Laboratorio Clínico con información para interconsulta y laboratorio; y, 8) Sistema Único de Información (SUI 13) de egresos hospitalarios.

Además, el personal entrevistado mencionó la información mensual proporcionada por OIMAC y ACCEDER para la verificación de la vigencia de derechos.

Al respecto, algunas aportaciones de los entrevistados dejan ver la posibilidad de mejorar los sistemas de información del Instituto de acuerdo con el siguiente comentario:

"[...] El problema con los sistemas actuales de información es que no existe una comunicación entre los mismos, debido a que se adquieren de diversos proveedores y en diferentes tiempos, no hay compatibilidad entre los sistemas, la información que genera un sistema no se puede ver en otro sistema distinto, y pues a veces sí genera cierta dificultad para el análisis de la información porque la información puede llegar a estar dispersa en distintos sistemas de información [...]" (P8UMAE200820).

3.7.3 Importancia estratégica del proceso

La relevancia del Proceso de Hospitalización radica en que puede significar la vida o la muerte de un paciente que requiere atención de urgencia, de acuerdo a la complejidad de los recursos humanos (especializados) que lo conforman y del equipamiento con que se cuente, por lo que la hospitalización en general tiene un carácter resolutivo para algunas situaciones de salud, aunque en otras solo sea un paliativo y tenga un papel relevante en la disminución de las tasas de mortalidad, como en la relacionada con la muerte materna.

Desde el punto de vista de la salud pública, la hospitalización coadyuva a recuperar la salud de la población y ofrece prevención secundaria y terciaria para evitar daños mayores a la salud.

3.7.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

A través de las entrevistas al personal se confirmó que, con el propósito de conocer la satisfacción de los beneficiarios, el IMSS aplica al menos una vez al año, a nivel nacional, el ENCAL-SS dirigido a derechohabientes usuarios de los servicios médicos. Asimismo, se aplica de manera anual la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO) en línea, al personal que labora en la Institución.

Además, el personal operativo entrevistado manifestó que en las Unidades cuentan con buzón de quejas y sugerencias y se aplican encuestas de satisfacción de usuarios al egreso de los servicios. Para conocer la opinión de los usuarios, también cuentan con la OIMAC y del departamento de Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD). De manera local, adicionalmente, algunas unidades médicas aplican encuestas de salida para conocer la satisfacción de los usuarios. En opinión del personal entrevistado:

“[...] aparte de las dos encuestas de salidas que se hacen anual, tenemos un programa de encuestas en la unidad que se realiza a los pacientes, en estas encuestas se entrevista a los pacientes cuando están de salida de la unidad, y no solamente está específico para lo que tiene que ver con hospitalización, sino que incluye el área de urgencias, hospitalización, la consulta externa, y se pregunta ahí en relación a la satisfacción [...]” (P8UMH200820).

3.7.5 Valoración de la consolidación del proceso

En la valoración de la consolidación operativa, el PH obtuvo una ponderación total de 9, de un puntaje máximo de 10, que lo ubica en un nivel <<alto>> de consolidación (Anexo VII.7); con las evidencias documentales proporcionadas y localizadas por INSAD, se demostró que se cuenta con los documentos normativos necesarios, y que el personal operativo los conoce; se infiere que los procedimientos están estandarizados, cuentan con sistema de monitoreo e indicadores de gestión y aplican mecanismos que permiten la implementación sistemática de mejoras. Se identificó una ventana de oportunidad para mejorar algunos aspectos del Proceso, relacionada con su documentación y con la homologación de los sistemas de información.

3.8 Proceso de Calidad y Seguridad

El Proceso de Calidad y Seguridad (PCS) se conforma con base en el mecanismo de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención con el que cuenta el Instituto.

3.8.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

Este proceso propuesto para el MGO-P incluye acciones que guardan equivalencia relativo al Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de apoyos del modelo normativo referente (MGP-C); de acuerdo con el Anexo Técnico de esta evaluación se define como el proceso mediante el cual se implementan ejercicios sistemáticos de evaluación orientados a procesos o resultados, así como el monitoreo de indicadores y metas (IMSS-DPM/AT, 2020).

El proceso de Calidad y Seguridad para fines de evaluación se delimita a: la Vigilancia Epidemiológica de Infecciones asociadas a la atención a la salud que es la observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución de las infecciones nosocomiales, así como de los factores de riesgo asociados a éstas (SS-NOM045, 2005).

Durante la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD, de las UMAE y de las unidades hospitalarias responsables de la vigilancia epidemiológica, refirió que este Procedimiento resulta relevante para el Instituto, en virtud de que, la identificación de riesgos en las distintas áreas de atención médica y la participación de todos los actores involucrados disminuye la incidencia de las infecciones asociadas a la atención. Lo anterior, mejora la calidad y seguridad de la atención que recibe el derechohabiente.

Actores que intervienen

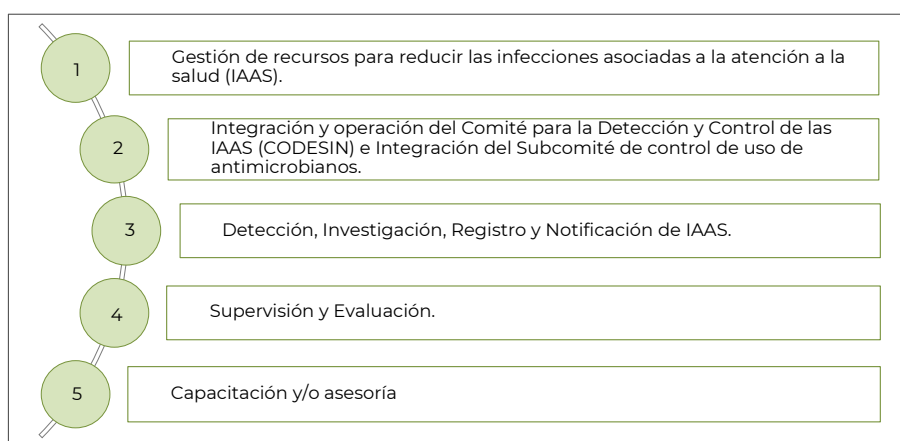
En relación con los actores/áreas internas del IMSS que intervienen en la ejecución de este proceso se identificó que participan: la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), a través de tres de sus unidades y sus respectivas coordinaciones: 1. Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS), 2. Unidad de Atención Médica (UAM). 3. Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud (UEIPS); así como la Dirección de Administración (DA), a través de la Unidad de Administración (UA), mediante dos de sus coordinaciones.

Para la realización de las actividades, se identifica la participación de personal directivo y operativo interprofesional de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), Hospitales de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) quienes realizan gestiones clínico administrativas para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención, además de las actividades directivas que realizan los integrantes del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y un Subcomité de Antimicrobianos en el cual participan diversas áreas quienes son responsables de operar el Programa Institucional de Prevención y Control de IAAS (2019-2024), en cumplimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Para ello, el IMSS cuenta con una plataforma en línea para el control de las IAAS.

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

Se identifican cinco grandes etapas para llevar a cabo el PCS, el cual se operacionaliza con base en el Programa Institucional de Prevención y Control de IAAS (2019-2024) (Esquema 14).⁶¹

Esquema 14. Etapas principales del Proceso de Calidad y Seguridad



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

⁶¹ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.4 de este documento.

Para la ejecución de estas cinco etapas resulta relevante la participación de servidores públicos con funciones diferenciadas, por un lado, personal responsable de gestionar los recursos humanos y materiales e insumos para la vigilancia epidemiológica y por otra las gestiones clínicas que realiza el personal de salud para la reducción de los riesgos asociados a la atención médica. A continuación se describen cada una de las etapas:

La Etapa 1. se denominó “Gestión de Recursos para reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS)”;

se circunscribe a la gestión de recursos humanos y materiales indispensables para la reducción de las IAAS. Durante las entrevistas el personal manifestó sentir apoyo de recursos humanos para realizar las actividades de vigilancia epidemiológica durante la pandemia por COVID-19, tal como se narra en el siguiente párrafo:

“[...] ahorita con la contingencia por Covid-19 y por el aumento en la demanda o en la necesidad de reportes en el área de vigilancia epidemiológica, sí hubo apoyo en ese sentido. Nos apoyaron con dos médicos con maestría en salud pública y una capturista más, con lo que se mejoró la captura de datos y las notificaciones [...]” (P8NC200917).

Sin embargo, es importante mencionar que los comentarios del personal servidor público se centran en la gestión de los recursos humanos y no en la gestión de insumos para la reducción de las infecciones asociadas a la atención.

La Etapa 2. “Integración y operación del Comité para Detección y Control de las IAAS (CODECIN) e integración del Subcomité de Control de uso de Antimicrobianos” se centra en actividades gerenciales para la ejecución de reuniones ejecutivas con los principales actores involucrados en la identificación de riesgos para la disminución de las IAAS; esta etapa se identificó por el personal servidor público entrevistado, de acuerdo a la siguiente narración:

“[...] en nuestra unidad médica el proceso con el que se inicia esta actividad es con la identificación de los riesgos; todas aquellas áreas críticas que intervienen en la posible generación de una infección en algún derechohabiente deben de ser observadas. Tenemos varios mecanismos, como es la búsqueda intencionada de casos en los estudios de sombra para lo de la vigilancia de manos y todas las demás áreas que están relacionadas que incluyen la vigilancia epidemiológica [...]” (P8UH200917).

La Etapa 3. “Detección, Investigación, Registro y Notificación de IAAS”, se basa en el uso de los sistemas de información para el registro de las IAAS por los distintos servicios; el personal identifica como una fortaleza la plataforma de reporte, como se narra a continuación:

“[...] Tenemos ciertas fortalezas y buenas prácticas que quería yo mencionar, independientemente de todo lo que ya se ha mencionado, tenemos fuentes de información interna y externa; las internas las han mencionado los compañeros ampliamente como son las plataformas, nuestros propios sistemas de monitoreo a través de los comités [...]” (P8UH200917).

La Etapa 4 “Supervisión y Evaluación” son las acciones que realiza el personal de mandos medios para la evaluación de la implementación de los paquetes de medidas preventivas para las IAAS. Es de destacar que el personal tiene claridad de las acciones individuales que debe hacer el personal de salud y el rol de la familia para la disminución de las infecciones asociadas a la atención, de acuerdo a la narrativa siguiente:

“[...] La disminución de los riesgos está articulado en cada uno de los procesos que hacemos dentro de lo que es una unidad hospitalaria, como bien lo decía la Dra., desde consulta externa, urgencias, hospitalización, tenemos planes de acción en donde ya identificamos estos riesgos invasivos principalmente de los pacientes como lo son catéteres, ventiladores, cirugías y sonda Foley principalmente, en donde cada área está vinculada y estamos hablando del médico tratante, enfermería, el médico epidemiólogo una parte, y también obviamente, los mismos familiares, todos de alguna forma estamos articulados para disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales en nuestro paciente [...]” (P8UH200917).

La Etapa 5 refleja las actividades que se realizan para dar “Capacitación y Asesoría” al personal para la consolidación del Modelo de Gestión de Riesgos de IAAS.

3.8.2 Elementos del proceso

En este apartado se presenta un resumen de los elementos que definen al Proceso en cuanto a sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que se utiliza (ver Anexo VI.8). El PCyS inicia con la gestión de recursos para reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS) y termina con la Capacitación y Asesoría.

El Proceso de Calidad y Seguridad es un proceso transversal que se articula con los procesos de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización y, con el de

Monitoreo y Evaluación; la información generada en la plataforma INOSO es un insumo para el reporte de indicadores y para el proceso de Quejas y Satisfacción, en caso de que un derechohabiente presente una IAAS podría presentar una queja relacionada con su atención en el Instituto.

En cuanto a la infraestructura disponible se mencionan que el IMSS tiene una adecuada infraestructura tecnológica para la vigilancia epidemiológica de las IAAS, entre las que destacan la Plataforma en línea de infecciones nosocomiales de los pacientes con identificación de riesgos para IAAS y casos de IAAS sospechosos y confirmados, el Sistema Vencer II: eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinelas relacionados al sistema de Prevención y Control de Infecciones y el Tablero de control de Indicadores de proceso y de resultado, lo cual permite llevar un adecuado control de las IAAS en las Unidades Médicas de segundo y tercer niveles de atención.

La coordinación entre los actores para la ejecución del Proceso de Calidad y Seguridad (Vigilancia Epidemiológica de las IAAS) se ejecuta en forma adecuada con predominio de las áreas clínicas, aunque durante las entrevistas se mencionó la relevancia de las áreas administrativas como parte de los tomadores de decisiones en el CODECIN; no se percibe que exista una adecuada coordinación de todos los actores involucrados en las distintas unidades hospitalarias. Al respecto se comenta que la coordinación:

"[...] tiende a ser mas informativa que algún proceso de vinculación o acciones conjuntas, como sector salud [...]" (P8UH200917).

"[...] Es apropiada, sin embargo, siempre hay áreas de oportunidad como la actualización de las Normas correspondientes [...]" (P8UH200917).

Los productos finales del Proceso de Calidad y Seguridad son: Reportes de Evaluaciones de Apego e Impacto de la implementación de los Paquetes de acciones para prevenir IAAS, Informe de resultados para el CODECIN, informe de funcionalidad del CODECIN, Protocolos de Investigación epidemiológica operativa y propuestas de mejora para diseño de estrategias orientadas en la reducción de IAAS.

Los sistemas de información que apoyan la operación del Proceso son las siguientes: Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE); Plataforma

en línea de infecciones nosocomiales (INOSO); Sistema de Eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinelas relacionados al sistema de Prevención y Control de Infecciones (VENCER II);⁶² Tablero de control de Indicadores de proceso y de resultados.

3.8.3 Importancia estratégica del proceso

La importancia estratégica del PCyS radica en que mediante la implementación de: a) Los paquetes de acciones preventivas de IAAS, b) El Programa institucional para la higiene de manos y c) El Modelo de gestión de riesgos relacionados a la atención médica, se pueden disminuir los riesgos de exposición a agentes potencialmente infecciosos, lo cual reduce la tasa de morbilidad de la población derechohabiente objetivo del Programa.

3.8.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso, se identificaron mecanismos que permite evaluar la calidad de la atención, como encuestas de satisfacción por parte del personal de trabajo social.

"[...] Dentro de las encuestas de satisfacción internas que se realizan en la unidad, se mide la participación de todos los actores de los diferentes procesos de atención. [...]" (P8UH200917).

"[...] Encuesta de satisfacción, incluyendo IAAS, con esto se establecen acciones de mejora [...]" (P8UH200917).

3.8.5 Valoración de la consolidación del proceso

Con base en lo anteriormente expuesto, el Proceso de Calidad y Seguridad cuenta con un grado de consolidación <<alto>>, del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 9 puntos (ver Anexo VII.8). Las áreas de oportunidad se relacionan con la documentación y estandarización del proceso y la difusión de los mecanismos para la reducción de infecciones

⁶² En comentarios al informe se menciona que en el momento de la evaluación este sistema Vencer II no está vigente; que existe un mecanismo de notificación de eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela, aunque no se realiza registro en una plataforma.

asociadas a la atención, así como otros eventos adversos que inciden en la Calidad y Seguridad en la atención a la salud.

3.9 Proceso de Quejas y Satisfacción

3.9.1 Descripción del proceso

En el contexto del MGO-P se refiere el Proceso de Quejas y Satisfacción integrado por dos vertientes; la primera, se relaciona con la atención a la queja médica y, la segunda, con la satisfacción de los derechohabientes y del personal de salud.

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

El proceso transversal de Contraloría social y satisfacción del MGP-C se define (Anexo Técnico de la evaluación) como el “Proceso a través del cual los beneficiarios pueden realizar las quejas o denuncias que tengan del programa” (IMSS-DPM/AT, 2020). Al respecto debe considerarse que, dada la característica del Pp E011 “Atención a la Salud” de tener una población derechohabiente asignada por Ley, el concepto de contraloría social no le aplica en el sentido regulado por la LGDS.⁶³ La búsqueda de INSAD, identificó la existencia de normativa institucional específica para la atención de quejas médicas interpuestas por derechohabientes relacionadas con los servicios médicos otorgados por el Instituto. Asimismo, se cuenta con el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios a través del cual, el IMSS aplica el Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS (ENCAL-SS) (IMSS/ENCAL-SS, 2019).

⁶³ De acuerdo con el artículo 69 de la LGDS, se reconoce a la contraloría social como “el mecanismo de los beneficiarios, para que, de manera organizada, verifiquen el cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos públicos asignados a los programas de desarrollo social”. Asimismo, en el artículo 71, se describen como funciones de este mecanismo las relacionadas con el monitoreo del desempeño de los programas; la vigilancia del ejercicio de los recursos públicos; la atención e investigación de quejas y denuncias presentadas sobre la aplicación y ejecución de los programas y, la presentación ante la autoridad competente, de las quejas y denuncias que puedan dar lugar al fincamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas sociales; son estas dos últimas funciones son las que se vinculan con el PP E011 “Atención a la Salud”, a través de la atención a quejas (LGDS/DOF, 2018, págs. 16-17).

Adicionalmente, durante la entrevista realizada al personal servidor público y en la reunión de trabajo con la Coordinación de Investigación Estratégica (CIE), se identificó la aplicación anual de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO) de la Secretaría de la Función Pública (SFP) al personal que labora en el Instituto; estos hallazgos permitieron identificar elementos para establecer una equivalencia parcial con el proceso normativo referido.

Actores que intervienen

A continuación se describen los actores/áreas que participan en cada una de las dos vertientes del proceso; intervienen áreas internas y externas del IMSS.

Vertiente de Atención a Quejas

El primer actor involucrado en esta vertiente es el Promovente,⁶⁴ quien presenta la queja médica, que es la acción detonante de la ejecución del proceso. Las áreas externas al Instituto involucradas son tres: 1. la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); 2. la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y 3. la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Entre las áreas internas del IMSS que participan en la ejecución de esta vertiente del proceso se identifican dos direcciones normativas de nivel central: 1. la Dirección Jurídica (DJ), a través de la Unidad de Atención al Derechohabiente, mediante la Coordinación de Quejas e Información Pública (CAQIP) y de dos de sus divisiones: la de Atención a Quejas Médicas (DAQM) y la de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos (DAQDH) y 2. la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), a través de dos de sus unidades y dependiendo del o las área(s) involucrada(s) en la queja médica presentada: la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) a través de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel y de sus respectivas divisiones, así como la Unidad de Atención Médica (UAM), mediante la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN) y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE).

⁶⁴ Promovente se define como “la propia persona agraviada, alguien de su familia, persona apoderada o representante legal, que actúa en su nombre y/o representación” (IMSS-DJ/PRTRQA IMSS, 2018).

Además, también participan, el Órgano Interno de Control del IMSS, a través del Área de Quejas (AQ), mediante la División de Quejas (DQ) y la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico.

En el ámbito de los OOAD, se identificó la participación de cinco áreas: 1. la persona titular del OOAD; 2. la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente (CDAOD); 3. la persona titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos; 4. la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo Regional/Delegacional y 5. las Unidades de Medicina Familiar y Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención involucradas en la queja.

En las Unidades Médicas de Alta Especialidad, están involucradas cuatro áreas: 1. la persona titular de la UMAE; 2. la Comisión de la Junta de Gobierno; 3. el Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente (DAOD) y 4. la persona titular de la División de Asuntos Jurídicos.

Vertiente de Satisfacción

En la ejecución de la vertiente del proceso, la instancia externa que participa es la empresa que contrata el Instituto para la aplicación y captura de cuestionarios del ENCAL-SS.

En el nivel interno, las áreas del nivel central involucradas son tres: 1. la Coordinación de Investigación Estratégica (CIE), a través de las divisiones de Información y Procesos Estadísticos (DIPE) y de Investigación y Estudios de Usuarios (DIEU), pertenecientes a la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (DPEI); 2. la Dirección de Prestaciones Médicas, quien es el área normativa que solicita la realización y actualización del ENCAL-SS, mediante sus respectivas coordinaciones y divisiones y 3. la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC), por medio de la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional (CTCCI) y la División de Cultura Organizacional (DCO); adscritas a la Dirección de Administración, áreas encargadas de supervisar el llenado de la ECCO por parte del personal del Instituto (IMSS/MO DPEI, 2020) (IMSS/MO DA, 2018) (IMSS/ENCAL-SS, 2019).

A nivel de los OOAD, participan la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente (CDAOD) y la Coordinación Delegacional de Competitividad.

A nivel de las unidades médicas, las áreas de Trabajo Social participan en la realización de encuestas locales para medir la satisfacción de la población beneficiaria: en el primer nivel, las Jefaturas de Trabajo Social; en el segundo nivel el Departamento de Trabajo Social y en las UMAE, la Oficina de Trabajo Social.⁶⁵

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

Se ha referido que el Proceso de Quejas y Satisfacción tiene dos vertientes en su operación; a continuación, se describen las etapas y actividades principales para cada una de ellas.⁶⁶

Vertiente de atención a quejas

En el Instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el IMSS (Instructivo), se explicita que la atención a quejas comprende seis etapas para su ejecución: 1. Recepción de la Queja; 2. Integración del expediente; 3. Investigación de la Queja; 4. Elaboración del Dictamen; 5. Proyecto de acuerdo y, 6. Notificación a promovente. Sin embargo, dependiendo de la vía de entrada de la queja: 1. vía directa al IMSS; 2. vía la CONAMED o 3. Vía la CHDH estas etapas tienen variaciones en su ejecución.

Vía de entrada directa al IMSS

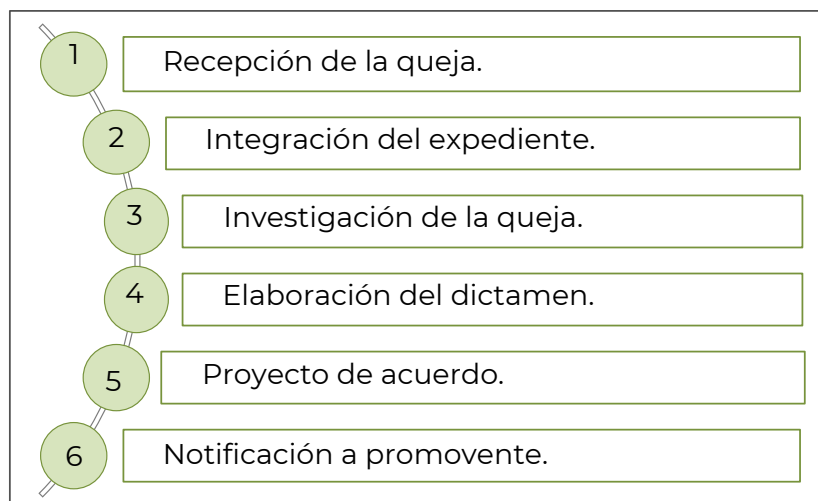
Bajo esta circunstancia sí se llevan a cabo las seis etapas referidas; el procedimiento que la norma se denomina “Procedimiento para la recepción,

⁶⁵ La participación de las áreas de Trabajo Social en la aplicación y análisis de las encuestas locales de satisfacción de personas beneficiarias se identificó en la entrevista realizada, en los manuales de organización de las unidades médicas de los tres niveles de atención, no se identificó de manera explícita la participación del personal de trabajo social en la realización de encuestas de satisfacción.

⁶⁶ El detalle de las actividades realizadas por etapa, así como el diagrama de flujo respectivo, podrá consultarse en el Anexo V.9 de este documento.

trámite y resolución de quejas administrativas” (IMSS-DJ/PRTRQA IMSS, 2018) (Esquema 15).

**Esquema 15. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción.
Vertiente Quejas: vía de entrada directa al IMSS**



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional correspondiente.

En la Etapa 1 “Recepción de la Queja” intervienen el promovente y la persona titular de la CDAOD o del DAOD, dependiendo del nivel de atención de la unidad médica en la que se presente la queja. En esta etapa, las principales actividades que se realizan son la entrega y recepción de la queja y de los documentos complementarios que la sustentan; su revisión conforme a lo establecido en numeral 18 del Instructivo, y el registro y obtención del número de folio en el Sistema Institucional de Atención a Quejas Médicas (SIQUEM). En la Etapa 2 “Integración del Expediente”, participan la persona titular de la CDAOD o del DAOD, el promovente, así como la unidad médica y/o administrativa involucradas. Comprende actividades vinculadas con la apertura del expediente físico de la queja y su verificación para que cuente con todos los elementos necesarios para su adecuada investigación; así como la solicitud a través de un oficio petitorio al OOAD o la UMAE, para que la(s) unidad(es) médica(s) involucrada(s), envíen la documentación médica institucional (expediente clínico y los informes médicos), para complementar el expediente de la queja; asimismo,

en esta etapa se realiza la asignación del personal médico investigador que será responsable de su investigación.

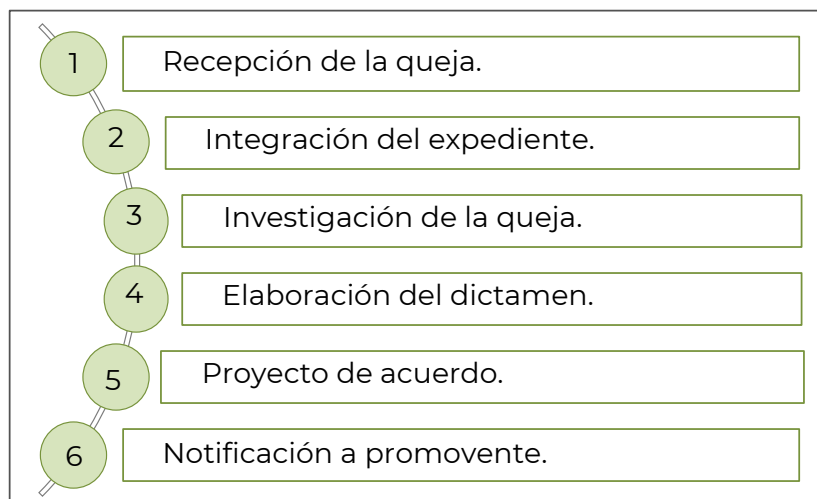
La Etapa 3 “Investigación de la queja”, la realiza el personal médico investigador asignado del Área de Atención de Orientación al Derechohabiente (AAOD) involucrada. Las principales actividades se centran en el análisis de la información contenida en el expediente físico de la queja (la entregada por el promovente y la información médica institucional enviada por la unidad médica involucrada) para determinar la procedencia o no de la queja. La Etapa 4 “Elaboración del dictamen”, la llevan a cabo la persona titular de la CDAOD o del DAOD, el Área Jurídica de la AAOD involucrada y el personal médico investigador asignado, las principales actividades son la elaboración del dictamen y de la opinión jurídica respectiva, cuando se requiere indemnización.

La Etapa 5 “Proyecto de acuerdo”, la ejecutan la persona titular de la CDAOD o del DAOD, el personal médico investigador asignado, el Consejo Consultivo (CC) Regional/Delegacional o la Comisión de la Junta de Gobierno en la UMAE. Las principales actividades que se realizan en esta etapa se relacionan con la elaboración, revisión y aprobación del proyecto de acuerdo. La Etapa 6 del Proceso es la “Notificación de la resolución”; la realizan el personal titular, el personal médico investigador asignado y el área jurídica de la CDAOD o del DAOD involucrada. Entre las actividades principales destacan la notificación del pago y/o resolución de la queja para el promovente, así como la elaboración y firma del convenio y recibo de finiquito respectivo (en caso necesario).

Vía de entrada la CONAMED

Si las quejas se presentan vía CONAMED se llevan a cabo cinco etapas: 1. Recepción de la Queja; 2. Integración del expediente; 3. Envío del expediente a la CONAMED; 4. Notificación de la CONAMED y 5. Aceptación de la Solicitud de Reconsideración. Para esta vía de entrada, la normativa que lo regula es el “Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico” (IMSS-DJ/PRTRQA CONAMED, 2018). A continuación, se describen las etapas y principales actividades identificadas para esta vía de entrada (Esquema 16).

Esquema 16. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción. Vertiente Quejas: vía de entrada CONAMED



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional correspondiente (IMSS-DJ/PRTRQA CONAMED, 2018).

En la Etapa 1 “Recepción de la Queja”, intervienen la CONAMED, el personal Médico representante y el Analista de control de la DAQM. En esta etapa, las principales actividades que se llevan a cabo son la notificación de la queja por la CONAMED, así como la entrega y revisión de la Queja y anexos entregados, con base en el Instructivo y la clasificación de la queja, para determinar el nivel de competencia para su atención. La Etapa 2 “Integración del Expediente”, la llevan a cabo el personal titular de la DAQM, del Área de Atención a Quejas de la CONAMED y del Área de Investigación; así como el personal analista de control y el de seguimiento adscritos a la DAQM. También participa el personal titular del AAOD de la delegación o de la UMAE involucrada. Entre las principales actividades se identificaron el registro de la queja en el SIQUEM, la elaboración del expediente físico, el análisis de la competencia de la queja; la solicitud del expediente clínico, el informe médico y/o el acuerdo de notificación a la unidad médica involucrada y la digitalización de la información y su integración en el expediente físico de la queja.

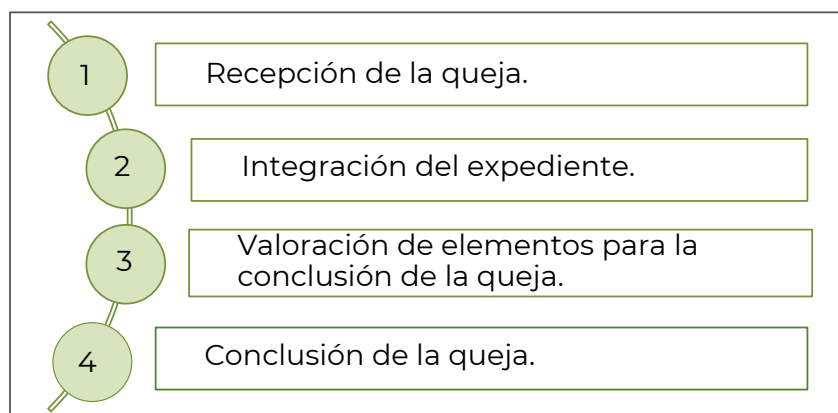
La Etapa 3 “Envío del expediente a la CONAMED” la llevan a cabo la CAQIP, el personal analista de control y el de seguimiento de la DAQM. Las principales acciones se vinculan con el envío y entrega del expediente clínico, informe

médico y/o acuerdo a la CONAMED. La Etapa 4 “Notificación de la CONAMED” la realizan la CONAMED y el personal titular del área de atención a Quejas de la CONAMED y de la DAQM, así como el personal médico representante y el analista de seguimiento de la DAQM. Las actividades se centran en acudir a la cita establecida por la CONAMED y en la recepción de la solicitud de reconsideración. La Etapa 5 “Aceptación de solicitud de reconsideración” la realiza el personal titular de la DAQM y del área de investigación, así como el personal analista y de control de la DAQM. Las principales actividades se relacionan con la aceptación por parte del Instituto de la reconsideración de la queja y la recepción del acta de conclusión que se registra en el SIQUEM y se da de baja el expediente físico de la queja.

Vía de entrada la CNDH

Si las quejas se presentan vía la CNDH se llevan a cabo cuatro etapas para su atención: 1. Recepción de la Queja; 2. Integración del expediente; 3. Valoración de elementos para conclusión de la queja y 4. Conclusión de la queja. La normativa empleada para atender las quejas por esta vía de entrada es el “Procedimiento para la atención de quejas, propuesta de conciliación y recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos” (IMSS-DJ/PAQ CNDH, 2018). A continuación, se describen las etapas y principales actividades identificadas para esta vía de entrada (Esquema 17).

Esquema 17. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción. Vertiente Quejas: vía de entrada CNDH



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional correspondiente (IMSS-DJ/PAQ CNDH, 2018).

En la Etapa 1 “Recepción de la Queja” participan la UAD, la CAQIP el personal analista de la DAQDH, la persona titular de AAQCNDH, la persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH y el personal analista de la DAQDH. Durante esta etapa, las principales actividades que se llevan a cabo se vinculan con la recepción, revisión, asignación y registro en el SIQUEM, del petitorio y la queja enviada por la CNDH. La Etapa 2 “Integración del Expediente” la llevan a cabo el personal analista de la DAQDH, la persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH y la persona titular de la Coordinación Delegacional o Jefatura de Departamento competente. Las actividades principales para la ejecución de esta etapa son la apertura y envío del expediente de la queja para su atención, así como la solicitud y entrega de la información y documentos necesarios al OOAD o UMAE involucrada.

La Etapa 3 “Valoración de elementos para la conclusión de la queja”, la ejecutan la persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH, el AAQDH, así como las personas titulares de la CAQIP y de la DAQDH, entre las principales actividades destacan el análisis de la información y documentación entregada para identificar si existen elementos para concluir la queja y la detección y notificación de irregularidades detectadas, así como el establecimiento de las acciones preventivas y correctivas para su atención y la solicitud a la CNDH para concluir la queja. La Etapa 4 “Conclusión de la Queja” la realizan las personas titulares de la CAQIP, de la DAQDH, de la UAD, de la CAQUIP, así como la persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH. Entre las principales actividades de esta etapa destacan la asistencia a las brigadas de trabajo semanales a la CNDH para el seguimiento de las quejas en trámite hasta su conclusión, así como la recepción de la resolución de la CNDH hasta la conclusión de la queja.

Vertiente de satisfacción

El Proceso de Quejas y Satisfacción se complementa con la valoración de la satisfacción en relación con la prestación de los servicios de salud; en dos

modalidades: 1. de los usuarios y 2. de los prestadores de servicios. La medición de la satisfacción de usuarios se realiza a través del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios del IMSS con el ENCAL-SS; su objetivo es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios médicos de los tres niveles de atención que presta el IMSS. Este estudio se realiza a nivel nacional, generalmente, al menos una vez al año (en función de la disponibilidad de recursos). Cabe mencionar que, en reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE se refirió que no existe normativa alguna que obligue la aplicación del ENCAL-SS con esta periodicidad; no se identificó un proceso explícito que muestre su operación. En el documento de metodología de este estudio de noviembre de 2019, se refiere que a partir de esa fecha, el ENCAL-SS sustituyó a la ENSAT Servicios Médicos (ENSAT) que venía realizándose, con la finalidad de recopilar información más detallada en los distintos servicios médicos (IMSS/ENCAL-SS, 2019). Durante la encuesta aplicada, se refiere que a nivel de las unidades médicas sólo facilitan el acceso de los encuestadores de la empresa contratada y una vez que se cuenta con los resultados respectivos son analizados con el personal directivo:

“En relación del ENSAT, las actividades que se tienen es únicamente facilitar el acceso a la Unidad de las personas que realizan las encuestas y, posterior, el análisis de resultados con el grupo directivo [...]” (P913NA200917).

En cuanto a la encuesta de satisfacción que se aplica al personal que labora en el Instituto, en la reunión de trabajo con la CIE se mencionó que la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO),⁶⁷ está a cargo de la Secretaría de la Función Pública (SFP); se realiza de manera anual y que se aplica vía internet a todo el personal del Instituto; se refirió que debe ser respondida de manera obligatoria. En la Guía de Aplicación de la ECCO de la SFP, se menciona que se responsabiliza al Oficial Mayor o Equivalente de la institución para su aplicación;

⁶⁷ El clima y cultura organizacional, son el conjunto de factores que afectan positiva o negativamente el desempeño, la productividad, la calidad de los servicios y la imagen de la Institución; y son resultado de las relaciones internas, actitudes, percepciones y conductas de los servidores públicos, retroalimentadas por las motivaciones personales, la cultura de la organización, el tipo de liderazgo, la evaluación y el reconocimiento de resultados (SFP/ECCO).

asimismo, se refiere que cada institución, una vez que recibe los resultados debe diseñar, registrar y dar seguimiento a un Programa de Acciones de Mejora (PAM) que deberá registrar ante la SFP, quien evaluará y dará seguimiento al PAM (SFP/ECCO). En el Instituto, la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) es la responsable de coordinar su aplicación.

Para esta vertiente de satisfacción del proceso, se identificó que la normativa que la regula es el Manual de Organización (MO) de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (DPEI); se identificó que el área de nivel central responsable de su ejecución es la Coordinación de Investigación Estratégica (CIE), a través de la División de Investigación y Estudios de Usuarios (DIEU), en dicho manual, se establecen las funciones sustantivas relacionadas con la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud (IMSS/MO DPEI, 2020).

Adicionalmente, durante la entrevista aplicada, el personal servidor público que interviene en el Proceso refirió que de manera local, las áreas de trabajo social de las unidades médicas de los tres niveles de atención aplican encuestas de entrada para conocer las necesidades de las personas derechohabiente y/o encuestas de salida para identificar la satisfacción de las personas usuarias:

“La satisfacción interna la evaluamos con dos tipos de encuestas inicialmente. La encuesta de salida, que le llamamos, que es una encuesta un poco más extensa, en documento, en papel, [...], donde recabamos cómo percibe el usuario el servicio que le otorgamos [...]. Adicional a esa encuesta extensa en papel, hemos implementado una encuesta [...]. En trabajo social se documenta como Encuesta de Entrada. Que es tratar de identificar a las personas que a veces, desde su ingreso, son un poco más demandantes, digamos, que el resto de los usuarios [...]” (P923NA200917).

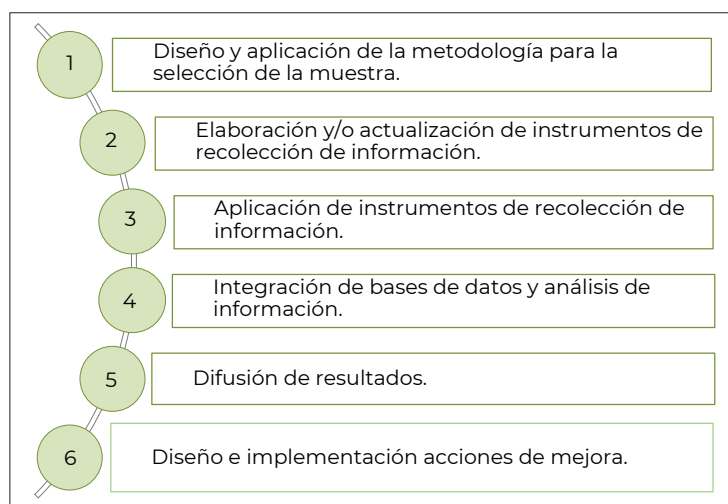
En lo que respecta a la modalidad de satisfacción de los prestadores de servicios, la normativa que la regula corresponde al MO de la DA, en el cual se establecen las funciones sustantivas de la CMC, la CTCCI y la DCO relacionadas con esta variante de la medición de la satisfacción.

En el MO de la DPEI, se identificaron seis etapas para la medición de la satisfacción de los usuarios: 1. Diseño y aplicación de la metodología para la selección de la muestra; 2. Elaboración y/o actualización de instrumentos de

recolección de información; 3. Aplicación de instrumentos de recolección de información; 4. Integración de bases de datos y análisis de información; 5. Difusión de resultados y 6. Diseño e implementación de acciones de mejora.

En el análisis del MO de la DA, se identificaron las funciones sustantivas relacionadas con la logística, aplicación, análisis y difusión de resultados de la ECCO, así como con el diseño, la implementación y seguimiento de las acciones de mejora; de estas funciones se infieren seis etapas para la medición de la satisfacción de los prestadores de servicios; sin embargo, no fue posible identificar las actividades respectivas que deben llevarse a cabo para su realización. A continuación, se describen las etapas de ambas vertientes, así como las principales actividades que se llevan a cabo para la medición de la satisfacción de usuarios (Esquemas 18 y 19).⁶⁸

**Esquema 18. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción.
Vertiente 2. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. Modalidad
Satisfacción de Usuarios**



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

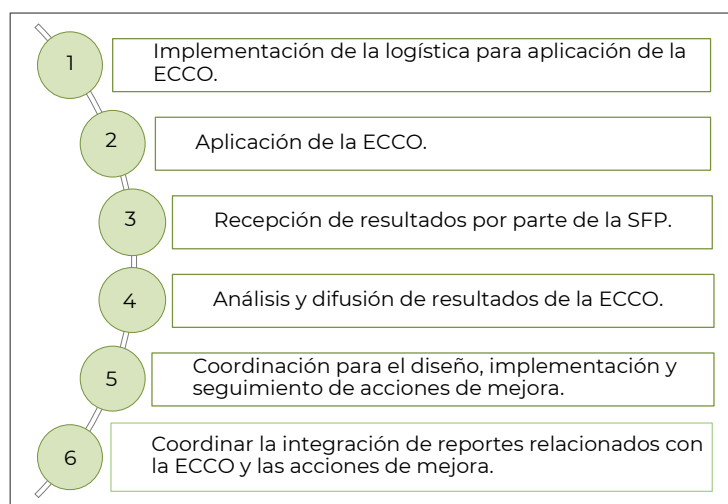
En la Etapa 1 del proceso “Diseño y aplicación de la metodología para la selección de la muestra” participan la CIE y la DIPE. Entre las principales actividades para su ejecución destacan la construcción de marcos muestrales, la realización de

⁶⁸ El detalle de estas actividades y el diagrama de flujo respectivo podrán consultarse en el Anexo V.9.

estimaciones y la asesoría a las áreas solicitantes de estudios de percepción de la satisfacción de los usuarios. La Etapa 2 “Elaboración y/o actualización de instrumentos de recolección de información” está a cargo de la CIE y la DIPE; las principales actividades se centran en identificar técnicas de recolección de información más adecuadas y el diseño de los instrumentos de recolección de información dependiendo de lo requerido por el área solicitante, así como el diseño metodológico para el levantamiento de información. La Etapa 3 “Aplicación de instrumentos de recolección de información” se encuentra a cargo de la CIE, DIEU, la Dirección normativa participante y/o la empresa o ente público contratado. En esta etapa se aplica el instrumento de recolección de información, de acuerdo con la metodología establecida y de su envío para captura y procesamiento; así como el diseño de informes y/o reportes a través de los cuales se presentarán los resultados del estudio realizado.

En la Etapa 4 “Integración de bases de datos y análisis de información” participan la CIE, la DIPE, la DIEU y/o la Empresa o ente público contratado. Las principales actividades se centran en el diseño de las bases de datos, la captura de la información en ellas y el procesamiento y análisis de la información contenida en las bases de datos. La Etapa 5 “Difusión de resultados”, la ejecutan la CIE y la DIEU; se centra en la elaboración y envío de los informes de resultados al área solicitante. En la realización de la Etapa 6 “Diseño e implementación de acciones de mejora” participa el o las áreas solicitantes del estudio: Dirección normativa solicitante, OOAD y/o las Unidades médicas de los tres niveles de atención. En esta etapa destacan las actividades de análisis de los informes y/o reportes y el diseño e implementación de estrategias de mejora.

Esquema 19. Etapas principales del Proceso de Quejas y Satisfacción. Vertiente 2. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. Modalidad Prestadores de Servicios



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa correspondiente.

La Etapas 1 y 2 “Implementación de la logística para la aplicación de la ECCO” y “Aplicación de la ECCO”, se encuentran a cargo de la CMC, la CTCCI y la DCI, con el apoyo de los Órganos Normativos, la Secretaría General, los OOAD y las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad (CDC). La Etapas 3 y 4 “Recepción de resultados por parte de la SFP” y “Análisis y difusión de resultados” son realizadas por la CMC, la CTCCI y la DCI. En la ejecución de la Etapas 5 y 6 “Diseño, implementación y seguimiento de acciones de mejora” y “Coordinar la integración de reportes relacionados con la ECCO y las acciones de mejora” además de la CMC, la CTCCI y la DCI, participan los Órganos Normativos, la Secretaría General, los OOAD y las CDC. Como ya se refirió, no fue posible identificar las actividades que se llevan a cabo para la ejecución de estas etapas.

3.9.2 Elementos del proceso

Los elementos que definen al proceso están determinados por: límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza el proceso para las dos vertientes.⁶⁹

En relación con los límites, para la vertiente de la atención de la queja para las tres vías de entrada: IMSS, CONAMED o CNDH, el Proceso inicia con la entrega de la queja por parte de la persona promovente y finaliza con el archivo del expediente físico de la queja y su registro en el SIQUEM como asunto concluido. Para la vertiente de satisfacción, la medición de la satisfacción de usuarios inicia con la construcción de marcos muestrales y concluye con la implementación de acciones de mejora y, para la medición de la satisfacción de los prestadores de servicios, el Proceso inicia con la etapa de implementación de la logística para la aplicación de la ECCO y concluye con la coordinación para la integración de reportes sobre esta encuesta y las acciones de mejora.

En la articulación con otros procesos, se considera que se relaciona directamente con la mejora de los procesos administrativos y sustantivos; asimismo, se articula con el Proceso de Monitoreo y Evaluación, dado que permite dar seguimiento a la forma en la que se prestan los servicios de salud en las unidades médicas y medir la calidad con la que estos se otorgan.

El personal servidor entrevistado refirió que los insumos y recursos para la operación del proceso son insuficientes e inadecuados para la entrega de servicios de salud que otorga el Instituto; asimismo, mencionaron que, debido a la referencia de pacientes de diferentes OADS a las UMAE, hay una saturación de servicios, situación que incrementa el número de quejas y la insatisfacción de las personas usuarias:

“Sí nos han dado el presupuesto, pero no nos alcanza. La verdad, creo que la derechohabencia, lo que es Yucatán, porque vemos toda la península, entonces, vemos quejas exteriores. Campeche nos manda gente, Quintana Roo nos manda gente, y no nos damos abasto. Siento que hace falta otro UMAE, porque no nos alcanza ni los recursos ni los estudios. Siento que cada vez aumentan un poquito más las

⁶⁹ El detalle de estos elementos podrá consultarse en el Anexo VI.9 de este documento.

quejas en este aspecto de que nos faltan espacios, en lo que es UMAE”
(P933NA200917).

En la reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE se refirió insuficiencia de recursos humanos para las tareas relacionadas con el ENCAL-SS. Con los elementos identificados, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso. En cuanto a la infraestructura, en la entrevista realizada se mencionó que las unidades médicas cuentan con Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente, que son atendidos por el personal Técnico en Atención y Orientación al Derechohabiente; asimismo, durante la reunión de trabajo con la CIE se mencionó que se requiere más equipo, tecnología y sistemas para agilizar el desarrollo de sus actividades.

Como productos finales del proceso, se identifican la resolución de las quejas, la implementación de acciones de mejora para incrementar la calidad con la que se prestan los servicios de salud, lo cual redundará en la mejora de la satisfacción de la población usuaria y de los prestadores de servicios del Instituto.

Se observó que la operación del Proceso se apoya en sistemas de información; para la vertiente de atención a quejas se identificaron tres sistemas de información: 1. Sistema Institucional de Atención de Quejas (SIQUEM); Sistema de Atención al Derechohabiente (SIADE) y 3. Sistema BI (Microsoft Power BI). La vertiente de Satisfacción utiliza en su operación el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. No se identificó algún sistema institucional específico para el procesamiento de los resultados de la ECCO, dado que la SFP es la responsable de su aplicación.

3.9.3 Importancia estratégica del proceso

La relevancia del Proceso de Quejas y Satisfacción se fundamenta en que es posible identificar las áreas de oportunidad que limitan la operación adecuada del Programa; una vez que se han identificado éstas y se implementan acciones de mejora se contribuye a la mejora en la operación de los procesos sustantivos y en consecuencia en la mejora de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del IMSS; esto contribuye de manera indirecta al logro del objetivo del Programa; dado que, si existe una atención médica de mayor calidad es factible

incidir en la disminución de la morbilidad de la población derechohabiente. En la entrevista aplicada, se refiere que:

“[...] a través de la queja podemos conocer o identificar las principales deficiencias en cuanto a la atención de la salud dentro de la Unidad Médica. A partir de conocer esas deficiencias se pueden generar procesos de mejora y la aplicación de los mismos, que han permitido mejorar la calidad de los servicios de atención de salud en los derechohabientes o público en general” (P943NA200917).

“Tener en el IMSS un sistema que analice las quejas y que haga una propuesta de mejora impacta directamente en la satisfacción de nuestros usuarios. Tanto los procesos de quejas como el proceso de satisfacción al usuario de las encuestas; su producto final son las acciones de mejora” (P953NA200917).

3.9.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

Para medir la satisfacción de los beneficiarios se identifica la aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios de los servicios de salud y, de clima y cultura organizacional al personal que labora en el Instituto.

Para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, se aplica a nivel nacional el ENCAL-SS; permite conocer la percepción de las personas usuarias sobre la calidad de los servicios de salud que otorga el IMSS. De igual manera, se cuenta con una Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO) que se aplica anualmente al personal que labora en el Instituto; esta encuesta se identificó durante la entrevista del personal que se relaciona con este Proceso y en la reunión de trabajo con la Coordinación de Investigación Estratégica; se refirió que la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) es el área encargada de organizar su aplicación. Esta encuesta es responsabilidad de la SFP quien entrega los resultados a la CMC para su análisis y difusión a las distintas áreas del Instituto.

También se observó que, de manera local, en las unidades médicas se aplican encuestas de entrada para identificar sus necesidades y/o de salida para conocer la satisfacción de los usuarios; las cuales se elaboran y aplican por el área de Trabajo Social de las unidades médicas. Durante la reunión de trabajo con la Coordinación de Investigación Estratégica (CIE), se refiere que recientemente se

ha iniciado la asesoría a las unidades médicas para su elaboración, aplicación y análisis respectivo.

3.9.5 Valoración de la consolidación del proceso

Con base en los resultados obtenidos de la valoración de las cinco categorías establecidas en el Anexo Técnico, el Proceso de Quejas y Satisfacción se ubica con un grado de consolidación <<medio>> con oportunidades de mejora; alcanzó una valoración ordinal de 8 de un total máximo posible de 10 puntos. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración del documento del proceso del Programa en el que se describa éste se describa y se hagan explícitos los mecanismos para la implementación de mejoras del Proceso (Anexo VII.9).

3.10 Proceso de Monitoreo y Evaluación

Este Proceso forma parte de los procesos adjetivos identificados para el MGO-P. Tiene correspondencia con dos de las siete etapas del proceso presupuestario orientado a resultados (las fases de 5. Seguimiento y 6. Evaluación) establecido en el SED que regula el funcionamiento de la APF desde 2007, incluyendo al IMSS (SHCP/SED, 2008).⁷⁰

3.10.1 Descripción del proceso

Equivalencia con el MGP del CONEVAL

El Proceso de Monitoreo y Evaluación (PMyE) tiene equivalencia con el proceso transversal de Monitoreo y Evaluación del MGP-C. Se le define (Anexo Técnico de la evaluación) como el “Proceso a través del cual el programa implementa ejercicios sistemáticos de evaluación de sus procesos o resultados, así como el monitoreo en el avance de sus indicadores y metas” (IMSS-DPM/AT, 2020).

Con base en la revisión de las evidencias documentales proporcionadas para la evaluación y en las recuperadas por INSAD se identificaron instrumentos normativos y de evaluación del desempeño que establecen objetivos,

⁷⁰ El proceso presupuestario orientado a resultados considera siete etapas: 1. Planeación; 2. Programación, 3. Presupuestación; 4. Ejercicio; 5. Seguimiento; 6. Evaluación y 7. Rendición de Cuentas (SHCP/SED, 2008, págs. 36-37).

indicadores y metas; si bien la mayoría es normatividad federal y por lo tanto externa al Instituto, el área de oportunidad es hacer explícito el PMyE con base en esta normativa.⁷¹ Entre los documentos identificados destacan:

Documentos normativos federales

1. Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (SHCP-CONEVAL-SFP/LGEPFAPF, 2007).
2. Lineamientos para la revisión, actualización, mejora, calendarización y seguimiento de los Indicadores del Desempeño de los Pp 2020 (SHCP/LIDPP, 2020).
3. Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales para el Ejercicio Fiscal 2018 (SHCP-CONEVAL/PAE, 2018).
4. Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora (SHCP-CONEVAL-SFP/MASM, 2011).

Documentos normativos institucionales

1. Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS/NP, 2013).
2. Programa Institucional del IMSS 2020-2024 (IMSS/PIIMSS, 2020).
3. Manual de Organización de la Dirección de Finanzas (IMSS/MO DF, 2018).
4. Manual de Organización de la Dirección de Administración (IMSS/MO DA, 2018).
5. Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (IMSS/MO DPEI, 2020).
6. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 (IMSS-DPM/MMIM, 2018).

Instrumentos de seguimiento del desempeño

⁷¹ Un instrumento de seguimiento del desempeño “agrupa los indicadores de desempeño de un Programa presupuestario a través de los cuales se mide el cumplimiento de los objetivos, y que son la base para el seguimiento y evaluación del desempeño” (SHCP/LIDPP, 2020, pág. 3).

1. Matriz de Indicadores para Resultados del Programa (MIR) 2018 a 2020; contiene indicadores de desempeño (estratégicos y de gestión) para la evaluación del Programa (IMSS/MIR, 2020).
2. Fichas técnicas de los indicadores contenidas en la MIR 2018 a 2020; contienen las características y las metas de los indicadores establecidos en la MIR.
3. Módulo PbR- Evaluación del Desempeño del PASH.
4. Tablero de control de los 213 indicadores establecidos en el Manual Metodológico de Indicadores del IMSS que permite la evaluación del desempeño de los OOAD y de las unidades médicas de los tres niveles de atención; disponible en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.
5. Fichas técnicas de los indicadores contenidos en el Manual Metodológico de Indicadores (IMSS-DPM/MMIM, 2018).

Actores que intervienen

Se identificó la participación de instancias externas y áreas internas del IMSS en la ejecución del PMyE. En el ámbito externo participan: 1. La SHCP; 2. el CONEVAL; 3. la SFP y, 4. Evaluadores externos contratados para realizar las evaluaciones al Programa.

En lo interno participan cuatro áreas de nivel central: 1. DF, a través de la Unidad de Operación Financiera (UOF), mediante la Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP) y sus dos coordinaciones: la Coordinación Técnica de Gestión Presupuestaria (CTGP) y la Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño (CTPED). Esta última a través de la División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño (DPPyED) y de la Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera (CEPF). 2. Dirección de DPM a través de tres de sus unidades: a. la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS), mediante la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISP) y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE) y sus respectivas divisiones. b. la Unidad de Atención Médica (UAM), a través de la

Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN); de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) y de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC) y sus respectivas divisiones. c. la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud (UEIPS), a través de la Coordinación de Educación en Salud (CES); la Coordinación de Investigación en Salud (CIS); la Coordinación de Políticas de Salud (CPoIS) y la Coordinación de Planeación en Salud (CPS), a través de las Divisiones de Información en Salud y de Diagnóstico de los Servicios de Salud. 3. DA, a través de la Unidad de Administración (UA), mediante la Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG) y la Coordinación de Control de Abasto (CCA). 4. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPEYS), a través de la Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo (UPEST), mediante la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST).

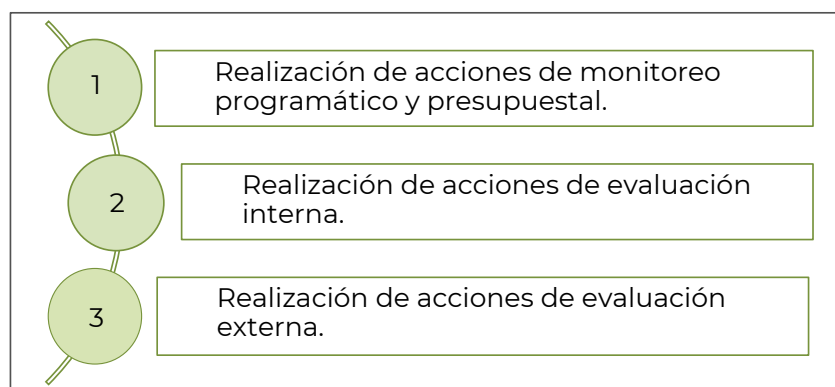
A nivel del OOAD participa el personal directivo; la Coordinación de Información y Análisis Estratégico (CIAE); las UMF y las Unidades Hospitalarias de segundo nivel. En las UMAE interviene el personal directivo y el de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC).

Descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas

El Proceso se ejecuta con base en tres etapas principales: 1. Realización de acciones de monitoreo programático y presupuestal; 2. Realización de acciones de evaluación interna y, 3. Realización de acciones de evaluación externa (Esquema 20).⁷²

⁷² El detalle de las actividades que se realizan en cada una de las etapas podrá consultarse en el Anexo V.10 de este documento.

Esquema 20. Etapas principales del Proceso de Monitoreo y Evaluación



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional correspondiente.

En la Etapa 1. “Realización de acciones de monitoreo programático y presupuestal” participan las unidades, coordinaciones y divisiones de la DPM y de la DA, ya referidas. Las principales actividades que se realizan en esta etapa se relacionan con el seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de la MIR del Programa, del Programa Institucional del IMSS y de la DPM y del ejercicio del presupuesto, así como la definición de acciones para corregir o mitigar las desviaciones en el cumplimiento de las metas y en el ejercicio del presupuesto. La Etapa 2. “Realización de acciones de evaluación interna” es responsabilidad de las unidades, coordinaciones y divisiones de la DPM; así como del personal directivo y la CIAE del OOAD y el personal directivo y de ARIMAC de las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención, así como el personal directivo y la OIMAC de las UMAE. Las principales actividades que se llevan a cabo para la ejecución de esta etapa se relacionan con la actualización del Manual Metodológico de Indicadores Médicos (Manual); el registro, revisión, validación, monitoreo y análisis de la información que se incorpora al tablero de control de los indicadores establecidos en el Manual, así como la difusión de resultados de los indicadores por OOAD y unidad médica de los tres niveles de atención en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.

Durante la entrevista aplicada el personal servidor público de las unidades médicas refiere que se realizan tres actividades principales para el seguimiento:

1. Llenado correcto de las fuentes primarias de información y 2. Registro adecuado de la información en el tablero de control y, 3. Seguimiento del Tablero de Control de los indicadores:

En el tercer nivel de atención de las UMAE se mencionó:

En esta unidad de tercer nivel, las principales actividades que realizamos para el monitoreo para la evaluación de los programas es garantizar el requisitado correcto de las fuentes primarias de información, fuente primaria es si apliqué alguna inyección, consulta, cirugía, que esto quede registrado en una fuente y que esta fuente, documento se lleve a un escritorio u oficina donde se capture toda esa información, porque nos ha pasado que lo que no se registra no se hizo [...]” (P1013NA200922).

En el Primer Nivel de Atención de las UMF se comentó:

“[...] Referente a los monitoreos nosotros lo que llevamos a cabo es mantener un tablero de control, llevar a cabo todas nuestras actividades de conteo cada quien desde el área de responsabilidad, en cada departamento en su tablero le tiene que ir dando un seguimiento, un monitoreo, haciendo sus evaluaciones, en nuestro tablero de mando integramos cada tablero que a su vez ellos van llenando cada mes y me refiero a todos los tableros [...]” (P1021NA200922).

Asimismo, en el nivel central se realiza el seguimiento del ejercicio presupuestal a través del envío de reportes mensuales a las áreas normativas de nivel central y a los OOAD; se precisó:

“[...] como apoyo a lo que es el monitoreo programático y presupuestal en la división enviamos unos reportes cada mes tanto a delegaciones como a las coordinaciones responsables de los programas con la información de su presupuesto y de su gasto; esa información es como apoyo para que ellos puedan ir revisando el avance que tienen en el tema presupuestal [...]” (P103NC200922).

Cabe destacar que en la entrevista realizada se refirió que, algunas unidades médicas, de manera adicional a los indicadores del Manual definen otros indicadores para los planes de acción que son monitoreados a nivel local y se lleva a cabo la reprogramación de metas con base en el comportamiento de los indicadores:

“[...] también hay monitoreo o como definición de unos indicadores propios de la unidad que se vuelven importantes para hacer nuestros planes de acción, mejorar esos procesos de salud. Iniciamos con la definición de esos indicadores que vamos a

monitorear, la periodicidad con la que los vamos a monitorear, el análisis y evaluación como equipo que vamos a realizar y lógicamente las adecuaciones en los planes de acción que sean necesarias cuando se desvía de lo que nosotros estamos esperando como indicadores y metas y la actividad entonces finaliza con el análisis y saber si vamos bien o necesitamos redireccionar” (P1043NA200922).

La Etapa 3. “Realización de acciones de evaluación externa” es coordinada por la DF, a través de la Unidad de Operación Financiera (UOF), mediante las coordinaciones ya referidas; también participa en su ejecución la DPM a través de dos de sus unidades: a) la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) y b) la Unidad de Atención Médica (UAM), a través de las coordinaciones ya referidas y la DA, a través de la Unidad de Administración (UA), mediante las coordinaciones ya mencionadas. En esta etapa, se realizan las siguientes actividades: la coordinación del procedimiento de contratación para la realización de las evaluaciones; el seguimiento de los procesos de evaluación; la revisión de los resultados y productos de las evaluaciones; la coordinación de la integración de la posición institucional; la difusión pública y al interior del Instituto de los resultados de las evaluaciones; la definición, clasificación y el seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) derivados de las recomendaciones establecidas en las evaluaciones y, la entrega al CONEVAL de los informes finales de las evaluaciones que se realicen.

3.10.2 Elementos del proceso

Los elementos que definen al proceso se relacionan con sus límites; articulación; insumos y recursos; productos y los sistemas de información que utiliza el proceso.⁷³

EL PMyE, en cuanto a los límites, inicia con el seguimiento de los indicadores de la MIR de acuerdo con su periodicidad y concluye con la entrega al CONEVAL de documentos e informes finales de las evaluaciones que se realizan al Programa. En su articulación con otros procesos, el PMyE se vincula con todos los procesos administrativos (estructura) y sustantivos (servicios) del Programa; ya que, con la información que se registra en los sistemas de información en las unidades

⁷³ El detalle de estos elementos podrá consultarse en el Anexo VI.10 de este documento.

médicas de los tres niveles de atención es posible generar indicadores que permiten el monitoreo del desempeño del Programa y, sobre todo, evaluar los resultados finales obtenidos en la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente del Instituto.

El personal servidor público entrevistado refirió que, en general, los insumos y recursos para la operación del proceso son suficientes y adecuados. Sin embargo, se mencionó en el nivel central que los recursos humanos y tecnológicos son insuficientes para realizar las labores de monitoreo y evaluación:

“[...] hace falta tanto personal, equipo tecnológico, para poder desarrollar de mejor manera el monitoreo y evaluación de los programas presupuestarios; cuando menos en la coordinación técnica si nos sentimos con un personal corto en realidad, creo que hay muchas cosas por hacer en el Instituto, pero se requiere de recursos humanos con la especialización e impulsar más este monitoreo y la evaluación” (P105NC200922).

Asimismo, en el nivel de las unidades médicas se mencionó durante la entrevista realizada que es necesario revisar la carga de trabajo del personal de ARIMAC y OIMAC, a fin de evitar el retraso en el registro de información en los sistemas de información:

“[...] para nosotros se vuelve un cruce que alenta las oportunidades y toma de decisiones el hecho de la captura, que a veces esa información no va tan al día como quisiéramos y entonces podemos tomar decisiones con información más atrasada [...]” (P1063NA200922).

Durante la entrevista se refirió que los recursos financieros se consideran suficientes y adecuados y que dependen de una planeación adecuada en las unidades médicas; sin embargo, no se cuenta con elementos cuantitativos para cuantificar esta afirmación. En cuanto a la infraestructura para la operación del PMyE se refirió que, en las unidades médicas algunos de los equipos de cómputo son obsoletos, lo que no permite que los sistemas de información funcionen adecuadamente. En lo referente a los tiempos establecidos para el registro trimestral de la información en el PASH de la SHCP, se menciona que, debido al retraso en la captura de información en las unidades médicas, deben estimar la información del último mes para estar en posibilidades de realizar una captura oportuna. El área de oportunidad es revisar los procesos operativos que limitan a

las unidades médicas el entregar información en tiempo y forma a las autoridades correspondientes.

“Nosotros entregamos oportunamente la información, sin embargo, llevamos un atraso en la información, nosotros en el caso de los indicadores trimestrales en ocasiones estamos estimando el último mes, hacemos lo que es real, las cifras son reales del primero y del segundo mes, más sin embargo el tercero viene siendo estimado, si hay un atraso en la integración de la información [...]” (P107NC200922).

En relación con la coordinación entre los actores externos e internos que participan en el Proceso, el personal servidor público entrevistado refirió que es adecuada; se realiza a través de mesas de trabajo empleando como vías de comunicación el correo electrónico y las llamadas telefónicas.

De acuerdo con las etapas referidas para el PMyE, los principales productos finales son: para la Etapa 1. “Realización de acciones de monitoreo programático y presupuestal” con: a. Informes de Avance de Gestión Financiera; b. Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobados en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo y c. Fichas de Monitoreo y Evaluación y d. La Cuenta Pública. Para la Etapa 2. “Realización de acciones de evaluación interna”: a. Tablero de indicadores semaforizado y b. Publicación de resultados en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica. Para la Etapa 3. “Realización de acciones de evaluación externa”: a. Informes finales de evaluación, b. Documento de posición institucional. c. Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) derivados de evaluaciones externas; d. Documentos de trabajo e institucionales para la atención de los ASM; e. Publicación de informes finales de evaluación en la página del Instituto, en la página de transparencia presupuestaria de la SHCP y en la página electrónica del CONEVAL. La operación del proceso se apoya en sistemas de información internos como son el SIMF, el NCI, el INFOSALUD, EL SIMOC, EL MOCE y el SIOC. Y externos como son: el PASH de la SHCP; así como el SIEED, el MEED, el SASM y el SIEMPS del CONEVAL (Anexo VI.10).

3.10.3 Importancia estratégica del proceso

El monitoreo y la evaluación interna y externa del desempeño del Programa es relevante porque permite valorar su pertinencia y el avance en el logro de sus objetivos y metas que contribuyan a mejorar su operación operativa (SHCP/SED, 2008). La evaluación del desempeño de las unidades médicas permite conocer los resultados de las acciones realizadas para contribuir al logro del objetivo de disminuir la morbilidad de los derechohabientes con la atención a la salud que se otorga a los derechohabientes.

El Monitoreo y la Evaluación, como Proceso, permite identificar las áreas de oportunidad y los cuellos de botella que limitan el buen desempeño del Programa y establecer estrategias y acciones preventivas y correctivas para su atención. De igual manera, hace visibles las fortalezas y buenas prácticas que pueden ser compartidas entre las diferentes unidades médicas para asegurar que el desempeño del Programa sea lo más adecuado posible.

3.10.4 Mecanismos para conocer la satisfacción de las personas beneficiarias

Para este proceso, no aplican los mecanismos para conocer la satisfacción de personas beneficiarias, dado que los usuarios y beneficiarios de los productos que se generan en este PMyE son las instancias externas y las áreas internas del Instituto. Sin embargo, el análisis de las quejas y de los resultados de las encuestas de satisfacción que se generan en el Proceso de Quejas y Satisfacción, son un insumo para valorar, de forma indirecta, este Proceso, debido a que permiten identificar las áreas de oportunidad en cuanto a la percepción de los beneficiarios sobre la prestación de los servicios de salud que otorga el Instituto.

Cabe mencionar, que en el Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y Políticas Públicas de la APF para el ejercicio fiscal 2020 (PAE20), se establece la elaboración del documento de posición institucional⁷⁴ que debe ser

⁷⁴ Posición institucional se define como “documento oficial que define la posición o postura de una dependencia o entidad, respecto de los resultados y desarrollo de cada evaluación con la opinión fundada respecto de los principales hallazgos, debilidades, oportunidades, amenazas o recomendaciones derivadas de las evaluaciones externas, cuya elaboración es coordinada por

requisado por la institución en la que se ha evaluado un Pp, una vez que ha finalizado una evaluación. Este documento contiene un apartado específico, para que, se presente de forma general el punto de vista de la institución evaluada con respecto a: 1. los resultados de la evaluación; 2. el proceso de la evaluación; 3. el desempeño del equipo evaluador y 4. la coordinación de la evaluación. Este documento, representa el monitoreo de la satisfacción de la institución con respecto a una evaluación externa que se realiza (CONEVAL/FPI, S.F.).

3.10.5 Valoración de la consolidación del proceso

De acuerdo con los resultados obtenidos durante la valoración de las cinco categorías determinadas en el Anexo Técnico, el Proceso de Monitoreo y Evaluación se considera con un grado de consolidación <<alto>>, con oportunidades de mejora; obtuvo una valoración ordinal de 9 de un total máximo esperado de 10 puntos. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración del documento del PMyE del Programa en el que éste se describa y se hagan explícitos los mecanismos para la implementación de mejoras (Anexo VII.10).

el Área de Evaluación (AE), conforme a lo establecido en el PAE y en el Mecanismo ASM" (SHCP-CONEVAL/PAE20, 2020, pág. 8).

4. Hallazgos y resultados

El Programa E011 “Atención a la Salud” ha sido, en los últimos cinco años, la intervención gubernamental que recibe la mayor asignación de recursos públicos derivada del Presupuesto de Egresos de la Federación. En su modalidad de programa presupuestario debe ser evaluado en cumplimiento de la normativa establecida desde 2007; en este sentido, la presente evaluación de procesos 2020 es evidencia, junto con la evaluación de diseño realizada en 2016, de dos elementos centrales para la conformación del sistema de evaluación de desempeño del Programa (SED-P) que incluye cinco tipos de evaluaciones. En este contexto, uno de los principales hallazgos asociados con esta investigación es la identificación de la oportunidad que representa para el Programa el diseñar la construcción de una línea base que explique y clarifique los elementos que vinculan la atención a la salud con la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente y los resultados finales esperados; esta línea base sería el principal precedente para realizar una evaluación de impacto del Programa, como principal componente del SED-P.

Los principales hallazgos referidos se fundamentan en evidencias del análisis de la información documental (cfr. Capítulo 3) y, la generada del análisis cualitativo con información de las entrevistas semiestructuradas grupales.⁷⁵ En conjunto, estos dos tipos de trabajos (análisis de gabinete y trabajo de campo) son la base para la construcción del presente capítulo. En un primer apartado se presentan los principales hallazgos derivados de la actuación diaria del personal prestador de servicios relacionados con la operación del Programa, obtenida de las entrevistas; en un segundo apartado se formula la valoración global de la operación del Programa, así como los alcances en cada uno de los procesos; en un tercer apartado se encuentra la identificación y análisis de las principales fortalezas y amenazas cuya atención podría mejorar la gestión operativa; un cuarto apartado incluye las áreas de oportunidad, cuellos de botella y buenas prácticas identificadas durante la evaluación; en un quinto apartado se precisan

⁷⁵ El análisis de la información derivada de las entrevistas semiestructuradas grupales se realizó con base en un software informático especializado para el procesamiento cualitativo.

aspectos revisados desde una perspectiva normativa para mejorar la gestión operativa del Programa.

4.1 Una mirada cualitativa a la gestión operativa⁷⁶

El análisis cualitativo se realizó a través de cuatro herramientas visuales y reportes.⁷⁷ Éstos son: el visualizador de la matriz de códigos; el mapa de códigos; la estadística de variables de códigos y, la nube de palabras. Estos elementos muestran, de forma gráfica, las relaciones entre el sistema de códigos construido y la perspectiva del personal servidor público que participó en las entrevistas semiestructuradas.

Respecto a la frecuencia en que las categorías de análisis (los códigos) son mencionadas por los entrevistados, destacan tres relaciones principales.⁷⁸ Se observa, en primera instancia, la relación entre subcategorías (subcódigos) “actividades” y “actores” (ambos pertenecen a la dimensión analítica “Actividades, componentes y actores”). Es decir, cada prestador público conoce detalladamente las actividades que realiza en diferentes momentos dentro de cada uno de los diez procesos analizados (Tabla 12). La segunda relación se da entre el subcódigo “actividades” y la dimensión analítica “Coordinación”, vínculo relevante, ya que a partir de este se deduce que el Programa se desarrolla de forma coordinada, transversal y con parámetros de comunicación altos que permiten el desarrollo de actividades de forma ordenada, secuencial y con base en la normatividad correspondiente. La tercera relación explicativa se presenta entre el subcódigo “actores” y la dimensión analítica “Coordinación”, relación que

⁷⁶ Con base en la metodología referida (cfr. subcapítulo 2.1) se identificaron las etapas y actividades de cada uno de los diez procesos del MGO-P. Para conocer la realidad operativa, la visión y voz del personal servidor público, se analizaron las diez entrevistas semiestructuradas con un software cualitativo a través un sistema de códigos deductivo (con base en el Anexo Técnico, las evidencias documentales entregadas por el IMSS y las evidencias documentales recuperadas por INSAD) e inductivo (con base en las perspectivas del personal servidor público participante en las entrevistas aplicadas). La codificación fue de tipo abierta que derivó en nueve conjuntos de códigos que contienen a 14 sub-códigos al cumplir con la saturación teórica. Dicho sistema de códigos encuentra correspondencia con las nueve dimensiones analíticas que se consideran para cada proceso (cfr. subcapítulo 2.1).

⁷⁷ Las herramientas de visualización permiten mostrar el vínculo entre datos de forma comprensible.

⁷⁸ Representadas por los cuadrados de color rojo en la Tabla 12.

refuerza lo mencionado respecto al total conocimiento de las actividades que cada participante desarrolla dentro del proceso correspondiente y del área a la que pertenece. La relación que se da entre los **actores, actividades y la coordinación** que surge a través de su interacción y actuaciones, es vista como una **fortaleza o un área de oportunidad** del Programa dependiendo del proceso que se analice; dicha idea fue expresada durante las entrevistas correspondientes a los procesos de Monitoreo y Evaluación, Urgencias y Planeación, respectivamente, al mencionar que:

“Una de las fortalezas es la buena comunicación que tenemos con las áreas responsables de los programas [...] igual que en todo el hospital, es el trabajo en equipo nuestra mayor fortaleza, así como la comunicación que tengamos con otras instancias [...] la parte preocupante es la comunicación y la articulación que debería existir”
(ME220920).

Tabla 12. Visualizador de la matriz de códigos

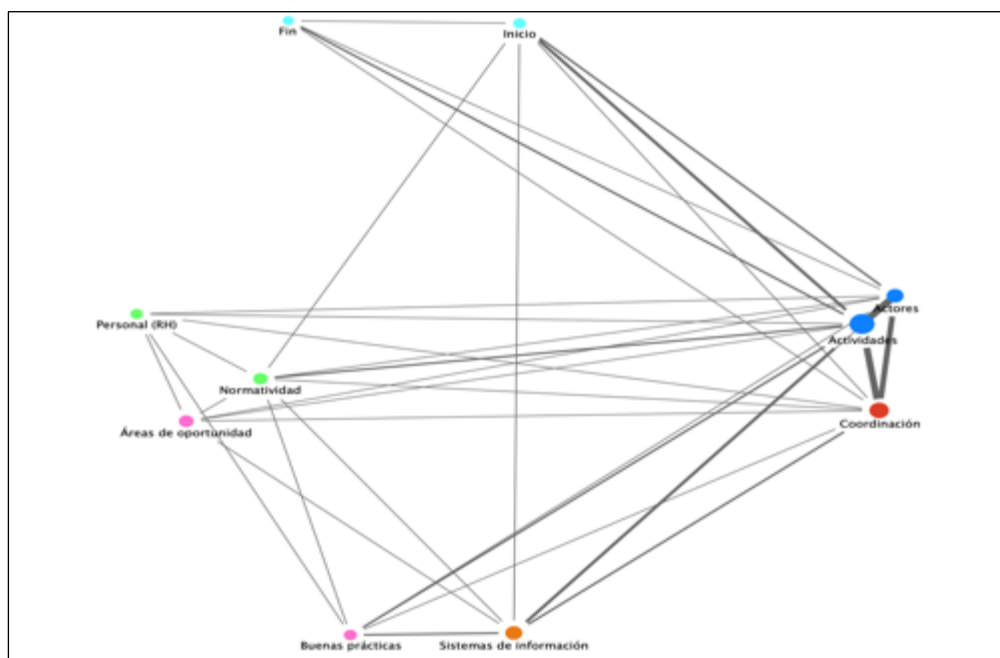
Sistema de códigos	Actividades	Actores	Inicio	Fin	Personal...	Normatividad	Sistemas de información	Coordinación	Áreas de oportunidad	Buenas prácticas
Actividades, componentes y actores										
Actividades										
Componentes										
Actores										
Límites y articulación del proceso										
Inicio										
Fin										
Insumos y recursos										
Recursos materiales										
Tiempo										
Personal (RH)										
Recursos financieros										
Infraestructura										
Normatividad										
Productos										
Sistemas de información										
Coordinación										
Pertinencia y condiciones de desarrollo del proceso										
Cuellos de botella										
Fortalezas										
Riesgos										
Áreas de oportunidad										
Buenas prácticas										
Importancia estratégica del proceso										
Mecanismos para conocer la satisfacción de los bene										

Fuente. Elaboración propia con base en el procesamiento informático de la información cualitativa.

Se observa que la relación y correlación de los códigos mayormente mencionados es congruente con el comportamiento de los códigos antes analizados (Esquema 21). Se confirma que todo el personal servidor público que participó en las entrevistas conoce y desarrolla actividades propias de cada uno de los procesos analizados; identifican y describen la actividad con la que da inicio y el final de cada proceso que es diferente respecto del nivel de responsabilidad donde laboran. Un aspecto relevante en la dimensión analítica “Coordinación” es

la fuerte relación y correlación (reflejada con el grosor de las líneas que la conectan) con los subcódigos “actividades” y “actores”.

Esquema 21. Relación y Correlación de los códigos mayormente mencionados



Fuente. Elaboración propia con base en el procesamiento informático de la información cualitativa.

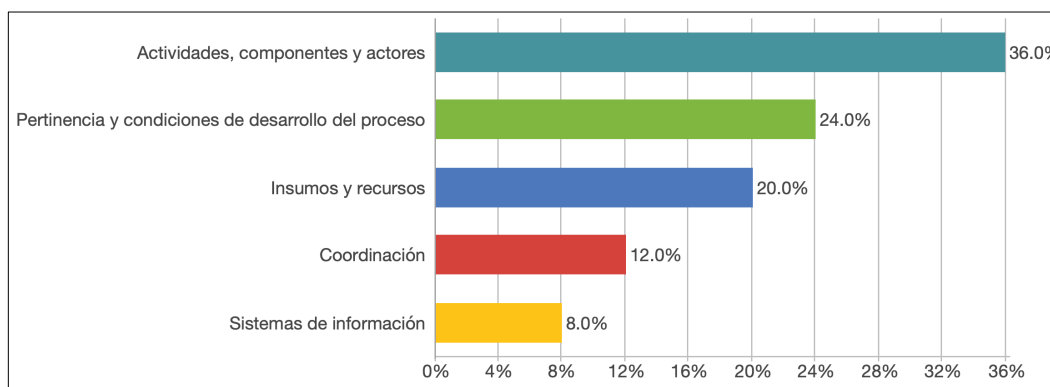
La siguiente relación se da entre el subcódigo “actividades” y las dimensiones analíticas “**Sistemas de información**” y “Coordinación”; relación que muestra la importancia de los sistemas de información para el desarrollo y seguimiento de las actividades. Si bien una de las **fortalezas** del Programa es que la mayoría de los procedimientos que se realizan hacen uso de uno o más sistemas de información, al interior, un **área de oportunidad** es la interacción entre los mismos, dado que no se comunican entre ellos, aspecto mencionado de la siguiente manera:

“El problema con los sistemas actuales de información es que no existe una comunicación entre los mismos, debido a que se adquieren de diversos proveedores y en diferentes tiempos, no hay compatibilidad entre los sistemas, la información que genera un sistema no se puede ver en otro, lo ideal sería poder unificar los sistemas de información” (H210920).

Del total de los aspectos considerados en la dimensión analítica Insumos y recursos, sólo se encontró un subcódigo presente, **“Personal (Recursos Humanos)”**; lo cual muestra que el total de personal contratado, el grado de especialización y los recursos financieros que se dediquen a este rubro son determinantes en la operación, organización y gestión del Programa. Durante las entrevistas se recalcó que el número de personal contratado para cada área se determina con base en la normatividad correspondiente; al mismo tiempo, el cumplimiento de los requerimientos de personal representa un **área de oportunidad** que debe ser subsanada a la brevedad pues se compromete el correcto cumplimiento del objetivo del Programa; en contraste, la planeación efectiva e integral de las necesidades de recursos humanos es vista como una **buena práctica** dependiendo del proceso analizado.

Con base en el total de segmentos codificados en cada una de las entrevistas (Gráfica 23) se identificó que la dimensión analítica más importante es **“Actividades, componentes y actores”**, aspectos básicos en la operación, organización y gestión del Programa. Seguida por la **“Pertinencia y condiciones de desarrollo del proceso”** que incluye las fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas y cuellos de botella identificados por los participantes; sin duda tener claros los aspectos antes mencionados corroboran el nivel de conocimiento, dominio y los ejercicios de autocrítica que cada área realiza. La siguiente dimensión analítica corresponde a los **“Insumos y recursos”** necesarios para la operación del Programa. La **coordinación** ha sido un aspecto mencionado de forma recurrente, que es considerado un área de oportunidad o una fortaleza dependiendo del proceso referido y del nivel de responsabilidad que asuma cada uno de los participantes. La última de las cinco dimensiones analíticas mayormente mencionadas es **“Sistemas de información”**; con base en la información obtenida por comunicación directa, se sabe que han acortado los tiempos de atención, agilizado trámites, facilitado los procesos de análisis que propician la toma de decisiones documentada e impulsado el intercambio de información casi en tiempo real entre los tres niveles de atención, dependiendo del proceso que se tome como referencia.

Gráfica 23. Estadística de variables de códigos por código superior



Fuente. Elaboración propia con base en el procesamiento informático de la información cualitativa.

La nube de palabras (Esquema 22) refleja la frecuencia de las mismas en los diez procesos analizados. Destaca al centro la palabra **atención**, seguida por las menciones de **nivel**, **proceso**, **consulta** y **pacientes**. A partir de éstas se puede referir que la operación, organización y gestión del Programa están sujetas al desarrollo de las actividades propias de cada **proceso** en cada **nivel** de atención y responsabilidad. Que se refieren en pro de la **atención** de los **pacientes** a través de los procesos de **consultas** (citas programadas), de urgencias y de hospitalización que, como procesos de carácter sustantivos se encuentran comprometidos por el desarrollo óptimo de los procesos administrativos.

Esquema 22. Nube de palabras identificadas



Fuente. Elaboración propia con base en el procesamiento informático de la información cualitativa.

La nube de palabras hace evidente la relevancia, con base en el número de veces que fueron mencionados, de los procesos de **Consulta** Externa, **Hospitalización**, **Urgencias**, **Planeación**, **Verificación** de la Derechohabiente, **Seguridad** de la Infraestructura, **Quejas** y **Satisfacción**, **Abasto** de Medicamentos e Insumos, **Calidad** y **Seguridad**. También se hace referencia al papel preponderante de los comités de **vigilancia** epidemiológica, del establecimiento y seguimiento de **indicadores**, la **normatividad** establecida y el uso de encuestas como herramientas de organización y control al interior y exterior de la operación del Programa. Dicha afirmación encuentra correspondencia en lo comentado por el personal servidor público entrevistado al referir:

“Hace un tiempo el personal de todas las coordinaciones se sentó a identificar con el apoyo de vigilancia epidemiológica, los procesos de atención médica que más problemas tenían y que de alguna manera afectaban el presupuesto; dichos procesos se incluyeron en el manual metodológico de indicadores médicos y se seleccionaron por su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad [...]” (ME220920).

Otras palabras contenidas en la nube refieren a los **insumos** y **recursos** materiales, humanos y financieros que son determinantes para el logro del objetivo principal del Programa; a la importancia del **diagnóstico** situacional como actividad detonante, recurrente y vital para iniciar el proceso de Planeación que es transversal a los diez procesos estudiados; además se encuentran los **riesgos**, el **tiempo** y la **prevención** como palabras claves. Aparece, también, la palabra **derechohabiente**, que es el sujeto beneficiado del Programa E011 “Atención a la **Salud**”.

Principales hallazgos

El análisis de la información de las evidencias documentales (cfr. Capítulo 3) y de las entrevistas antes descrito permiten valorar las condiciones en que la gestión contribuye a lograr el objetivo del Programa. Con base en ello se señalan los principales hallazgos derivados de la evaluación:

Globales

- El Programa es la intervención gubernamental que recibe la mayor asignación de recursos públicos derivada del Presupuesto de Egresos de la Federación y que se responsabiliza de garantizar el derecho a la salud de cerca de setenta millones de mexicanos (población potencial); derecho humano que implica la disponibilidad, accesibilidad y calidad, tanto de los servicios de salud como de la atención médica.
- La garantía del derecho a la salud en México puede ser viable, al menos para la mitad de la población, sólo si el Programa logra reducir la morbilidad de los derechohabientes; con la claridad de que la garantía del derecho a la salud va más allá de no ser una “persona mórbida”; implica tener salud física, mental y social del más alto nivel posible.
- El Programa se orienta a resolver un problema de salud de forma parcial; es factible que la organización, operación y gestión del Programa bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud lo fortaleciera. Es condición única el considerar factores estructurales aplicados a la resolución, de forma integral, del problema de salud por atender.
- La esencia del Programa es eminentemente curativa. La prioridad del gasto institucional en salud para la atención curativa es superior (36 veces) a la inversión para la prevención primaria de la salud. Por lo cual, el Programa requiere de un enfoque programático transversal que integre la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud de la población derechohabiente, para lograr incidir en la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente.
- Si bien la gestión operativa del Programa se desarrolla de forma eficiente y eficaz con base en la normativa establecida, por sí sola su incidencia en la reducción de la morbilidad de la población derechohabiente es limitada y en algunos momentos pareciera nula. No obstante, dicha incidencia limitada no es resultado de una errónea, incompleta o inexistente gestión operativa, sino del diseño y alcance del Programa.

Específicos

- Al interior y exterior del Programa se realiza una gestión operativa que formal e informalmente no se organiza por procesos. Sin embargo, tiene como base la normatividad establecida y vigente; es decir, un acervo procedimental institucional que le permite operar de forma eficiente.
- Las actividades desarrolladas se encuentran institucionalizadas y se fundamentan en la normatividad establecida; dependiendo del nivel de responsabilidad puede ser vista como un área de oportunidad o la base para el desarrollo de buenas prácticas.
- La gestión operativa del Programa se desarrolla de forma coordinada, transversal y con parámetros de comunicación adecuados que permiten el desarrollo de actividades de forma ordenada, secuencial y con base en la normatividad correspondiente.
- Los sistemas de información son determinantes para el desarrollo y seguimiento de las actividades; si bien una de las fortalezas del Programa y del propio Instituto es que la mayoría de los procedimientos que se realizan hacen uso de uno o más sistemas de información al interior, un área de oportunidad es la interacción entre los mismos: lograr una interconectividad entre ellos.

4.2 Valoración global de la operación

En el contexto cualitativo referido en secciones anteriores, la valoración específica de cada uno de los procesos que conforman la gestión operativa registra un nivel de consolidación adecuado. Esta valoración consideró que dichos procesos inferidos se integran en el Modelo General de Operación; y que este MGO-P se estudia desde una perspectiva sistémica a partir de tres componentes: la estructura, los servicios y los resultados del Programa. La valoración específica de los diez procesos registra resultados individuales que muestran grados de consolidación diferenciados (Tabla 13).

Un primer resultado muestra que los procesos del componente de **estructura** del sistema tienen, en conjunto, mayormente un grado de consolidación

operativa “**media-alta**” (procesos de Planeación; Abasto de Medicamentos e Insumos; Seguridad en la Infraestructura y Verificación de la Derechohabencia); como se ha referido, estos procesos atienden, desde una perspectiva administrativa, todo aquello que se necesita para la puesta en operación del Programa.

Un segundo resultado ilustra que los procesos del componente de **servicios** del MGO-P tienen, en conjunto, un grado de consolidación operativa “**alta**” (procesos de Consulta Externa; Urgencias; Hospitalización y, Calidad y Seguridad); éstos constituyen la actuación sustantiva del Programa y se relacionan con la prestación de los servicios de salud y de la atención médica de la población derechohabiente beneficiaria.

La transversalidad de los procesos administrativos (estructura) y de los sustantivos (servicios) son esenciales para lograr que la gestión operativa del Programa se oriente al cumplimiento de los objetivos y metas programáticas. La asignatura pendiente es medir, a través de una evaluación de impacto, en qué nivel el conjunto de los procesos explica una determinada variación de la tasa de morbilidad esperada.

Un tercer resultado refiere que los procesos del componente de **resultados** del MGO-P registran, en conjunto, un grado de consolidación operativa “**media-alta**” (procesos de Quejas y Satisfacción y, de Monitoreo y Evaluación); éstos aportan elementos para valorar si la gestión operativa del Programa está orientada al logro de los objetivos y, sobre todo, el nivel de satisfacción de la población derechohabiente en el uso de los servicios de salud y de atención médica que proporciona el Programa.

La valoración global de la gestión operativa del Programa, sin que sea una conclusión determinística, se infiere que es adecuada; la fortaleza vista desde la evaluación de procesos está constituida por la prestación de los servicios de salud que caracterizan la atención médica de la población de cerca de 59.1 millones de mexicanos (población objetivo). También se identifica que los procesos en los que se deberá de trabajar en el corto plazo son los relacionados con la puesta en marcha del Programa y con la medición de resultados finales obtenidos. Es

evidente que la presente investigación no es una evaluación de resultados del Programa; es una evaluación de procesos que se ha construido con lo que se expresa en las evidencias documentales analizadas y, sobre todo, con la información cualitativa generada de las entrevistas al personal de salud del Programa.

Tabla 13. Valoración del grado de consolidación de los procesos del Modelo General de Operación del Programa

Componente del Sistema	Denominación del Proceso	Valoración ordinal de la operación del Proceso	Grado de consolidación operativa del proceso
Estructura	1. Planeación	8	Media
	2. Abasto de Medicamentos e Insumos	8	Media
	3. Seguridad en la Infraestructura	9	Media
	4. Vigencia de la Derechohabencia	9	Alta
Servicios	5. Consulta Externa	9	Alta
	6. Urgencias	9	Alta
	7. Hospitalización	9	Alta
	8. Calidad y Seguridad	9	Alta
Resultados	9. Quejas y Satisfacción	8	Media
	10. Monitoreo y Evaluación	9	Alta
Modelo General de Operación del Programa		8.7	Media-Alta

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación referidos en secciones anteriores del presente documento.

Como resultado global se refiere que la gestión operativa del Programa contribuiría de forma adecuada al logro del objetivo de reducir la morbilidad de la población derechohabiente sí y solo sí se delimita su alcance desde la responsabilidad institucional de la atención a la salud; si se redimensiona el concepto de morbilidad y el de atención a la salud y si se considera que la mayor o menor morbilidad no depende únicamente de la atención a la salud, sino que también actúan un conjunto de determinantes culturales, sociales,

educacionales, económicos y ambientales. En la actualidad es claro que la gestión operativa está limitada por una actuación institucional restringida.

4.3 Fortalezas y Amenazas⁷⁹

Fortalezas

La forma de operar del Programa y, esencialmente, la organización de su gestión operativa es relevante para orientar la actuación de la mayoría de los programas presupuestarios que participan en la prestación de servicios de salud. En este contexto, una de las principales fortalezas del Programa es la existencia de una amplia y robusta normativa que regula las funciones y las actividades que realizan los actores responsables de la operación de los procesos. Se identifican las funciones sustantivas del personal directivo y del personal de salud que interviene en la operación de los procesos; las cuales son explícitas en los manuales de organización de las diferentes áreas normativas del Instituto. Se cuenta con procedimientos médicos y administrativos específicos que norman la operación del Programa, integrados en manuales de procedimientos específicos.

Destaca la capacitación al personal directivo y al de las jefaturas de servicios de Prestaciones Médicas de los OOAD, que permiten las actualizaciones de los procedimientos y de lineamientos institucionales, para su aplicación oportuna. El Instituto cuenta con una amplia gama de sistemas de información administrativos y médicos que facilitan la operación de los procesos; es el caso de la disponibilidad y uso de un expediente clínico electrónico (ECE) que opera en las mayoría de las unidades de salud de primer nivel de atención y, otro que opera en las unidades hospitalarias que les permite automatizar la mayoría de los

⁷⁹ **Fortalezas:** Son aquellos elementos internos o capacidades de gestión o recursos del Programa, tanto humanos como materiales, que puedan usarse para lograr su fin o propósito, dichas fortalezas deben estar redactadas de forma positiva, considerando su aporte al logro del fin o propósito del programa.

Amenazas: Son situaciones o factores externos (contextuales) que afectan de forma negativa al Programa y pueden comprometer el cumplimiento del objetivo de éste (IMSS-DPM/AT, 2020).

reportes y documentos clínicos; el área de oportunidad es que interactúen entre los tres niveles de atención.

Otra fortaleza es la disponibilidad de un tablero de control del avance en el cumplimiento de las metas de los indicadores con los cuales se evalúa el desempeño de las unidades médicas. Se cuenta con equipos multidisciplinarios que realizan el manejo integral y más completo del paciente. La comunicación externa del Instituto con la SHCP, el CONEVAL, y el complemento de instituciones del sector salud con las que interactúa, así como la comunicación interna entre las áreas normativas de nivel central y de los OOAD con las unidades médicas con los tres niveles de atención que se refiere como adecuada; se utilizan diversas herramientas de comunicación: correo electrónico, llamadas telefónicas, chats, etc., que permiten el intercambio de información, así como para eficientar la atención de las personas derechohabientes. Se cuenta con herramientas para medir la satisfacción de los usuarios y del personal de salud, que permiten identificar áreas de oportunidad en los servicios que presta el Instituto (Anexo VIII).

Amenazas

En la lógica de factores externos al Programa que condicionan el logro del objetivo programático se identifican como principales amenazas las que se vinculan con los recursos humanos, financieros y materiales; se refieren tiempos ajustados que establece la normatividad federal para la planeación de los recursos del Programa. De igual manera, durante la entrevista aplicada, se mencionó la falta de médicos especialistas en el país, aun cuando la bolsa de trabajo en el Instituto se encuentra abierta, lo que repercute en la oportunidad en la atención y en la saturación de los servicios. También es una amenaza la ausencia de una estrategia federal para generar incentivos que permitan promover el otorgamiento de compensaciones para el personal de salud que labore en lugares alejados. Asimismo, se observa la inexistencia de normatividad institucional que oriente al Programa para la realización de una posible evaluación de impacto (Anexo VIII).

En el Anexo C, se detallan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas por proceso, que se identificaron durante el desarrollo de la evaluación.

4.4 Principales áreas de oportunidad, cuellos de botella y buenas prácticas⁸⁰

Áreas de Oportunidad

Una de las principales áreas de oportunidad identificadas es la integración de un documento que relacione los diez procesos del MGO-P, así como los mecanismos empleados para la implementación de la mejora de dichos procesos.

En cuanto a los recursos disponibles para la operación de los procesos se identifican: lograr la suficiencia de recursos humanos para la salud, principalmente en el turno nocturno; la atención de la demanda de servicios que rebasa la capacidad instalada del Instituto, lo que provoca una saturación de los servicios, un retraso en la atención, con la consecuente insatisfacción por parte de los usuarios; en esta lógica, el área de oportunidad es establecer una estrategia conjunta con la federación para solventar la carencia de recursos humanos. También destaca dar suficiencia en las camas censables en las unidades hospitalarias, para evitar la demora en la atención de la población derechohabiente proveniente de los servicios de Consulta Externa y de Urgencias.

En cuanto a los sistemas de información se refiere la renovación de los equipos de cómputo para eliminar los obstáculos para su funcionamiento adecuado; en este contexto, el área de oportunidad permitiría atender la demora en la integración de la información necesaria para los diferentes requerimientos externos e internos en la que se fundamente la toma de decisiones. Asimismo, se

⁸⁰ **Áreas de oportunidad.** Se refieren a aspectos del diseño, implementación (operación), gestión y resultados del programa que las entidades y dependencias pueden mejorar.

Cuellos de botella: Aquellas prácticas, procedimientos, actividades y/o trámites que obstaculizan procesos o actividades de las que depende el Programa para alcanzar sus objetivos.

Buenas Prácticas: Aquellas iniciativas innovadoras, que sean replicables, sostenibles en el tiempo y que permitan fortalecer la capacidad de operación del Programa (IMSS-DPM/AT, 2020).

menciona que los sistemas de información, incluido el ECE de primero y segundo nivel, no cuentan con interfaces que permitan su interconexión, aunado a la deficiencia de recursos humanos en las áreas de captura de información (ARIMAC y OIMAC) lo que dificulta el análisis de la información. Es una oportunidad el diseñar interfaces que permitan la comunicación entre los diferentes sistemas. Si bien se cuenta con información derivada de los sistemas de información se carece de una normativa que regule el uso de la información para la mejora de los procesos del Instituto, en este sentido, el área de oportunidad es, no solo la elaboración de la normatividad respectiva que regule el uso de la información, sino el diseño de una estrategia que permita su sistematización.

Cuellos de Botella

Los cuellos de botella identificados se relacionan principalmente con la falta de recursos humanos que provocan retrasos en la prestación de los servicios. Asimismo, los retrasos en la entrega de insumos y medicamentos y en la reparación de equipo médico por parte de los proveedores ocasionan una atención no oportuna. Se refiere que las limitaciones en la infraestructura condicionan que no se pueda atender toda la demanda de servicios.

Buenas Prácticas

En lo que respecta a las buenas prácticas se observó que la planeación se fundamenta en un análisis retrospectivo de los resultados; así como la evaluación interna continua de los indicadores derivados de la productividad de las unidades médicas a través de un tablero de control semaforizado. La comunicación estrecha entre las áreas normativas y operativas y el trabajo en equipo, facilitan la operación de los procesos.

En el Anexo C, se detallan las áreas de oportunidad, cuellos de botella y buenas prácticas por proceso, que se identificaron durante el desarrollo de la evaluación.

4.5 Principales problemas identificados en la normatividad

En general, el concepto de normativa se define como el conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad. En la presente evaluación con

este concepto se hace referencia al conjunto de normas que rigen el Programa. La normativa se clasifica en externa e interna. La externa, es el conjunto de disposiciones que emiten las autoridades federales, estatales, municipales y locales; la normativa interna, hace referencia a toda aquella regulación que genera el Instituto hacia sus unidades administrativas; para normar temas específicos o para su operación y funcionamiento.

Bajo este contexto, las evidencias revisadas en el análisis de gabinete y el trabajo de campo permitieron identificar la existencia de diversos documentos referentes a la operación y a las actividades, tanto a nivel normativo como operativo; éstos regulan la operación de los procesos. El análisis permitió también identificar algunos problemas que se relacionan principalmente con la normativa interna para los diez procesos del MGO-P.

En general, la normativa que regula la operación del Programa es considerada como una de sus principales fortalezas; la problemática que se menciona a continuación no condiciona el modificar los ordenamientos; las consideraciones se ubican en la responsabilidad de mejorar los mecanismos de comunicación entre actores para favorecer su comprensión y su aplicabilidad; en algunos casos se relacionan con las limitaciones de recursos e infraestructura disponibles:

- Se identificó que los procedimientos cuentan con una normativa institucional adecuada; clara, conocida y aplicada por los servidores públicos. No obstante, existen algunos procedimientos específicos en cuya descripción se mezclan actividades médicas y administrativas que debe realizar el personal de salud, lo cual hace compleja su ejecución.
- Es necesario mantener actualizada la normativa federal e institucional que sustenta los procedimientos; a manera de ejemplo, se refiere a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente clínico, la cual fue actualizada denominándose: NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Durante la entrevista semiestructurada grupal del proceso de Consulta Externa, también se hizo referencia a este tema, se comentó que:

[...] los procedimientos, por norma, se actualizan cada 2 años, y cada dos años uno pudiera, por una sola vez, decir que ese procedimiento se mantiene intacto otros

2 años. Pero tiene que actualizarse cada 4 años; cada 4 años máximo, todos los procedimientos, a fin de estar actualizados con todas las características y todas las cosas que se van movilizand conforme la tecnología está avanzado [...] (CE200917).

- Todos los procesos inferidos cuentan con documentos externos e internos que norman su operacionalización; no obstante, para la mayoría de los procesos no se identifica la existencia de un documento normativo interno que regule de manera explícita los mecanismos y actividades para su ejecución; este documento normativo permitiría regular la operación, describir y hacer explícitas las actividades globales que deben llevarse a cabo para la operación del proceso. Al respecto, en la entrevista semiestructurada grupal del Proceso de Planeación se refirió que:

[...] Lo que tenemos normado no es suficiente, son una herramienta de apoyo, porque tenemos que buscar otra forma de poder determinar qué es lo que tenemos que hacer dentro de nuestra planeación para poder lograr el objetivo [...] (P200918).

- Existen incongruencias entre la organización formal e informal, respecto al procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-045; se establece en el numeral 4.4 que los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el área de observación por causas atribuibles a la atención médica, no obstante, en entrevista semiestructurada grupal, el personal entrevistado refirió lo siguiente:

[...] hay pacientes que se encuentran en los servicios de Urgencias pueden tener dos o tres turnos, que pasan más de 12 horas, 24 horas, 48 horas, y no tiene un destino final el paciente, requiere de una cama hospitalaria, al requerir una cama hospitalaria, y nosotros tener un déficit de cama hospitalaria, pues los pacientes se rezagan en los servicios de Urgencias [...] (U21092020).

- Existen procedimientos que son muy extensos y detallados como los que norman internamente el Proceso de Urgencias, esto ocasiona, como refiere el personal servidor público entrevistado que en su lugar se revisen los flujogramas respectivos; mencionan que es una forma resumida de revisar el procedimiento para resolver las dudas que pudieran existir.

- En los procesos analizados, el personal servidor público entrevistado manifestó de forma recurrente, que las actividades, actor principal y secundarios, atribuciones, tiempos, herramientas y formas de coordinación se realizan con base en la normativa establecida por nivel de atención y responsabilidad (dirección-dirección; dirección-unidad; unidad-unidad):

“Todo se basa a la normatividad [...] los documentos normativos que nos apoyan para la consulta externa son la Constitución Política, la Ley General de Salud, la Ley General del Seguro Social; de ahí, el Manual de Organización de las Unidades Médicas y el Procedimiento de Planeación Médica en Primer Nivel [...]” (CE170920).

- El personal servidor público considera que la normativa y todos los documentos que incluye son suficientes para el correcto funcionamiento de cada uno de los procesos que engloba el Programa:

“Consideramos que los documentos normativos son suficientes al igual que el material con que nosotros contamos y la basta información que se encuentra actualizada para poder nosotros normar nuestro proceso” (CE170920).

- La socialización de la normativa se realiza de forma ordenada y jerarquizada, por diversas vías:

[...] las actualizaciones nos las hacen llegar a través de nuestros normativos, de nuestras autoridades delegacionales, sobre todo a través de intranet, en relación efectivamente a los diagnósticos de salud, diagnósticos situacionales, y sobre todo también de la actualización de las plataformas de la IDT [...] (CE170920).

- Se reconoce que la normativa interna vigente es perfectible; por lo cual, debe ser actualizada constantemente para que su aplicación sea coherente con las particularidades que el contexto y la realidad indiquen.
- En diversos momentos de las entrevistas aplicadas los prestadores de servicios mencionaron que, si bien la normativa es suficiente, no es aplicada o respetada en su totalidad respecto a la congruencia entre necesidades y recursos materiales y humanos con los que deberían operar:

“[...] podría ser suficiente si realmente se da cumplimiento el 100% a la Norma 045, tendríamos un epidemiólogo cada cien camas al igual que las sanitarias, que vuelvo a decir, en algunas unidades son insuficientes [...] (CS220920).

De igual forma, con base en el análisis cualitativo de las opiniones del personal servidor público entrevistado, la normatividad específica y de apoyo aplicada a la organización, operación y gestión del Programa (de origen interno y externo al Instituto) es una fortaleza en general; de forma particular, dependiendo del nivel de atención y responsabilidad puede ser vista como un área de oportunidad o una base para el desarrollo de buenas prácticas. Uno de los comentarios que hace alusión a lo dicho es el siguiente:

"[...] el Instituto Mexicano del Seguro Social es una de las instituciones más normativas que existen en el país, sino la primera que tiene procedimientos y manuales para cada uno de los pasos, entonces mucho de esta fortaleza radica en eso, que tenemos una normativa sólida, que hay que estar actualizando y haciéndolo más eficiente, pues es una realidad, pero la normativa ya está, ya existe." (H200920).

Con base en el análisis de la información de las entrevistas se observó un conjunto de conceptos que el personal entrevistado asocia con el concepto de **"normatividad"** como base de la **atención** a la salud. Se observaron particularidades para cada **nivel** de atención y responsabilidad; se cuenta con **procedimientos** establecidos y socializados a través de documentos normativos como manuales, normas, reglamentos, instructivos y demás; de igual forma regulan los **servicios**, la **vigilancia** y el establecimiento de **indicadores** a través de **normas** en constante **actualización** (Esquema 23).

**Esquema 23. Nube de palabras que refleja la frecuencia de las mismas,
Concepto “Normatividad”**



Fuente. Elaboración propia con base en el procesamiento informático de la información cualitativa.

En particular, como oportunidad para modificar la normativa relacionada con el Programa y que signifique una mejora en su operación, se plantea la actualización de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal en lo referente a que se cumpla <<hacer explícito>> el que los Pp vinculen las actividades referidas en la MIR con el presupuesto federal (recursos financieros, humanos y materiales) requerido para su implementación. Esta regulación se ubica en el apartado correspondiente al Capítulo II de dichos Lineamientos (SHCP-CONEVAL-SFP/LGEFPAPF, 2007). Es claro que esta actualización es externa al IMSS; en consecuencia, el Programa podría realizar la gestión ante las autoridades normativas que correspondan (Anexo IX).

Recomendaciones y conclusiones

La presente evaluación de procesos del Programa E011 “Atención a la Salud” se realizó de julio a diciembre de 2020. Los resultados permiten inferir, con base en el análisis sistemático, si la gestión operativa del Programa contribuye al logro de reducir la morbilidad de la población derechohabiente, así como el formular recomendaciones para la mejora de la gestión misma. El grado en que la gestión operativa contribuye a reducir la morbilidad se ha planteado en los capítulos anteriores del presente documento. En este apartado se formulan las principales recomendaciones que, de ser validadas por el Programa, contribuirían a mejorar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de la operación. En consecuencia, las recomendaciones podrían tener continuidad y hacerse medibles a través de los aspectos susceptibles de mejora que el Programa definiera.

En un primer momento se identificó la conceptualización actual del problema de salud que se atiende y se visualizó el alcance de las acciones y actividades desarrolladas; se formularon consideraciones para revisar los alcances esperados y, en su caso, valorar la redimensión del problema de salud por atender.

En el contexto de la necesidad en salud por resolver se tiene claridad de que el Instituto ha crecido en cobertura de derechohabientes, ha mejorado respecto a los servicios brindados, trámites desarrollados, capacitación al personal, abasto de medicamentos, actualización de equipamiento quirúrgico y demás aspectos que lo posicionan como el organismo más importante a nivel nacional dirigido a la atención de la salud de los derechohabientes y, del público en general, respecto a los servicios de urgencias y emergencias obstétricas.

Para dimensionar la magnitud del problema que atiende el Programa, en grandes números, se reporta que la población derechohabiente del Instituto se incrementó en casi 25 por ciento de 2011 a 2020. En ese mismo periodo aumentó la población de asegurados en 34 por ciento. En el periodo comprendido de 2000 a 2018, las unidades del primer nivel de atención disminuyeron en 12 por ciento y las de tercer nivel en 4 por ciento; las de segundo nivel crecieron en 31 por ciento. Los recursos de personal médico, de 2001 a 2019, se incrementaron en todas las

áreas: médicos familiares, especialistas, urgencias, médicos en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, médicos en formación y en programas médicos.

Con respecto a la morbilidad, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo asociados a las tres primeras causas de muerte; explican el 53 por ciento de las defunciones en el Instituto (entre ellas, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos). El surtimiento de recetas en 2018 alcanzó el 99.5 por ciento y la satisfacción de los derechohabientes (satisfechos o muy satisfechos) con la atención recibida en el IMSS, pasó del 77 por ciento en 2009, a 86 por ciento en 2018 y a 81 por ciento en 2019.

Se refirió que la operación de los procesos no tiene sentido como procesos independientes, aislados o cerrados; que si bien en la organización informal su efectividad se basa en su ejecución ordenada, secuenciada, normada y controlada bajo una visión global, está dirigida a la curación de las personas y, en menor medida, en pro de la disminución de la morbilidad de los derechohabientes. Se hizo evidente que la reducción de la morbilidad no es un objetivo alcanzable de forma independiente por un solo programa presupuestario, a pesar de que cuente con un presupuesto amplio o que sea ejecutado por el organismo con mayor importancia, cobertura, influencia, equipamiento e infraestructura a nivel nacional dedicado a la atención de la salud. Es claro que, con independencia de que el Programa cuente con una gestión operativa óptima que cumpla con el desarrollo transversal de las actividades, procedimientos y procesos correspondiente, no se alcanzará el objetivo si no se atienden en la solución las implicaciones sociales, culturales, económicas y, hasta cierto grado, políticas.

Se tiene claridad de que los resultados de la presente evaluación de procesos no son suficientes para inferir el cumplimiento o no del objetivo general del Programa; esta investigación se constituye en una herramienta vigente que sugiere el replanteamiento del alcance esperado y/o la redimensión del problema de salud por atender; para una visión integral es necesario realizar estudios y evaluaciones complementarias (impacto, por ejemplo), análisis desde diversos contextos y bajo diferentes enfoques.

Con base en el análisis independiente de cada uno de los procesos considerados y el análisis transversal referido en los hallazgos y resultados, previamente mencionados, se emiten las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones

Se confirma que si la gestión operativa fundamentada en el MGO-P se lleva a cabo con la organización de procesos que se propone, habría elementos para contribuir al logro de las metas y de los objetivos establecidos por el Programa. Se consideran tres elementos centrales desde una perspectiva sistémica: la estructura, los servicios y los resultados. La estructura incluye cuatro procesos administrativos: Planeación, Abasto de Medicamento e Insumos, Seguridad en la Infraestructura y Verificación de la Derechohabencia, que sustentan la gestión institucional relacionada con los recursos, las normas, la planeación y el diseño; la ejecución coordinada de los cuatro procesos dispone todo lo necesario para la puesta en operación de los servicios de atención a la salud de la PDH. Los servicios que se otorgan incluyen cuatro procesos sustantivos: Consulta Externa, Urgencia, Hospitalización y Calidad y Seguridad; se refieren a todas las actividades que se llevan a cabo por los profesionales de la salud, cuya ejecución coordinada supone la entrega escalonada y priorizada de servicios de atención médica con calidad y seguridad. En los resultados se incluyen los procesos de Quejas y Satisfacción y el de Monitoreo y Evaluación, cuya ejecución permite valorar si se logra un cambio positivo en la morbilidad de la población derechohabiente beneficiaria del Programa.

Globales para el Programa

1. **Representa una oportunidad única para que, en México, se dé un primer paso para garantizar el derecho a la salud de la población.** Es la acción de desarrollo social de mayor relevancia en la administración pública federal, fundamentada por la mayor cobertura poblacional y por la mayor inversión financiera en materia de salud. Actualmente atiende, prácticamente, a uno de cada dos mexicanos; para 2021, el presupuesto asignado al Programa es del orden de la cuarta parte del presupuesto total del IMSS y es 1.7 veces

mayor que el presupuesto total asignado a la Secretaría de Salud federal (sin incluir el presupuesto de las secretarías estatales de salud).

2. **Atiende de manera parcial el problema de salud por resolver; requiere una visión integral.** Las causas primarias que originan el problema rebasan el ámbito de actuación del IMSS. Es claro que la morbilidad de la población, además de estar provocada por causas inherentes a las personas; principalmente, es consecuencia de los estilos de vida de la población y las condiciones físicas y ambientales en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y se reproducen; su resolución no sólo depende de la atención a la salud que otorgue el Instituto, también es necesaria la atención de otras causas sociales, económicas, ambientales, como ejemplos, si lo que se plantea es disminuir la morbilidad.
3. **Un enfoque orientado a la atención curativa.** Esta afirmación se sustenta en tres aspectos; el primero de ellos es que, para atender la alta morbilidad entrega servicios de salud en el contexto de los cinco componentes definidos en la MIR 2020 de orden curativo: el control adecuado de las enfermedades crónico degenerativas; la disminución de complicaciones obstétricas y perinatales; la prevención y control de infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS); la atención médica de urgencias y, la atención oportuna en las unidades médicas de alta especialidad (UMAE). El segundo elemento se relaciona con que las acciones de prevención están segmentadas en dos programas presupuestarios; si bien el Programa se responsabiliza de la prevención secundaria y terciaria, la prevención primaria que es primordial para evitar, en la medida de lo posible que la población se enferme, es responsabilidad de otro programa: el E001 “Prevención y Control de Enfermedades”. El tercer elemento es la orientación de los recursos financieros; la prioridad del gasto institucional en salud es para la atención curativa; el presupuesto asignado al Programa supera por mucho (36 veces) la inversión que se realiza para la prevención primaria de la salud, a cargo del programa E001.

4. **La operación se fundamenta en el ámbito procedimental; requiere orientarse a procesos.** La ausencia de procesos documentados, de forma explícita, del Programa motivó la necesidad de inferir los procesos que integran el Modelo General de Operación propuesto; esta inferencia se basó en la información de las evidencias documentales y de las entrevistas realizadas al personal que participa en la operación. Con el desarrollo de las actividades de evaluación se validan en su totalidad los procesos inferidos. En esta lógica, si bien la mayoría de los procesos cuentan con una normatividad específica (procedimientos médicos y administrativos) que los regula, no se cuenta con un documento integrado que documente cada uno de los procesos, en el que se incluyan, de manera general las etapas y actividades que deben llevarse a cabo para su ejecución, así como los mecanismos que se emplearán para la mejora de cada uno de los procesos; esto favorecerá una mejor gestión operativa del Programa.

Específicas por proceso

1. Planeación

El Proceso de Planeación se clasifica en un nivel medio de consolidación, debido a que obtuvo una valoración de 8 de un máximo de 10 puntos. Este proceso es el primero que se desarrolla en un ciclo anual del MGO-P y es la base de la ejecución, operación y rendición de cuentas del Programa. Se realiza de forma específica en cada uno de los procesos considerados y al mismo tiempo se desarrolla un ejercicio de planeación institucional con una visión global; lo cual permite afirmar que es un proceso transversal, fundamental, estratégico, cíclico e institucionalizado que implica el desarrollo de actividades realizadas por personal administrativo y operativo de los tres niveles de atención de forma secuencial, ordenada, coordinada y jerarquizada, quienes además conocen el orden, los productos y los instrumentos de seguimiento de acuerdo a su nivel de atención y responsabilidad. Sin embargo, dicho proceso fue inferido mediante el análisis de la información documental y la información proporcionada por el personal servidor público que participó en la entrevista semiestructurada aplicada; no se identificó algún documento en el que se haga explícito.

2. Abasto de Medicamentos e Insumos

El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos es medular dentro del Programa; si no se desarrolla adecuadamente no habrá medicamentos, materiales y demás insumos para la operación; requiere de una correcta coordinación tanto en el desarrollo de las actividades como entre los actores que participan. Cuenta con un grado de consolidación medio, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos el proceso obtuvo una valoración ordinal de 8 puntos. Se sustenta en que cuenta con procedimientos explícitos que norman al Proceso que están estandarizados y que son del conocimiento de los operadores, situación corroborada durante la entrevista aplicada. Como áreas de oportunidad se detectan la falta de un proceso documentado que regule la operación del proceso y la falta de indicadores específicos que permitan medir la gestión de las distintas etapas del proceso.

Se identifica una amplia experiencia y buena ejecución del componente administrativo del Proceso por el uso del Sistema de Abasto Institucional (SAI); asimismo, se reconoce el adecuado manejo de los inventarios en almacén y unidades médicas para una mejor determinación de las necesidades. No obstante, se identificó que en unidades centrales del IMSS hay un predominio de las funciones administrativas del proceso (adquisición, distribución, entrega); no se identificó evidencia alguna de la vinculación con funciones relacionadas con farmacovigilancia; esta debilidad debe ser atendida en el corto plazo.

3. Seguridad en la infraestructura

El Proceso de Seguridad en la Infraestructura es desarrollado por el área de conservación; cuenta con funciones definidas, tecnología, capacitación, manuales y procedimientos para la conservación de los inmuebles, personal técnico y administrativo capacitado y una adecuada comunicación con las demás instancias; aunado a esto tiene la capacidad para responder frente a contingencias grandes y menores. Tiene una consolidación operativa alta, con un puntaje de 9, de un máximo de 10 puntos en los elementos operativos considerados corroborados en la entrevista. Se reconocen oportunidades de mejora relacionadas con la disponibilidad de un proceso documentado que

regule la operación y precise, con un enfoque global, etapas y actividades; así como el identificar y revisar la normatividad que las regula, visibilizar a los actores que intervienen en ellas, la interconexión con otros procesos y facilitar el monitoreo y evaluación del desempeño del Proceso en su conjunto.

4. Verificación de la derechohabencia

El Proceso de Verificación de la Derechohabencia (PVD) es la puerta de entrada (administrativa) al sistema de salud del Instituto; como componente del MGO-P sus resultados son esenciales para la garantía del derecho a la salud de la población beneficiaria. Se valoró con un nivel de consolidación alto; se logró una valoración ordinal de 9 puntos de un máximo de 10 posibles. Este nivel de consolidación se fundamenta en que es un proceso que cuenta con documentos normativos que regulan las actividades; éstos son conocidos y utilizados por las instancias ejecutoras del Proceso. De igual forma, se dispone de sistemas de información que son utilizados por los responsables de su ejecución en el Instituto. El PVD está vinculado con todos los servicios que requiere el derechohabiente, como pueden ser los de hospitalización, urgencias y laboratorio. Su operacionalización se lleva a cabo de manera sistematizada y homologada a nivel nacional; a través de las bases de datos que contienen el registro de la población atendida y que son producto de este proceso es posible sectorizar y dirigir de manera focalizada los programas prioritarios de salud. Para favorecer su consolidación la oportunidad es complementar el sistema de monitoreo del Programa con indicadores de gestión de dicho PVD.

5. Consulta externa

El Proceso de Consulta externa es junto con el de Urgencias la vía de entrada a los servicios de atención médica, a los que sólo se puede acceder por referencia; es considerado un proceso sustantivo en pro de la disminución de la morbilidad y mortalidad que se opera en tres vertientes que corresponden a medicina familiar, (Primer nivel) y consulta de especialidad (Segundo y Tercer nivel). El que cuenta con personal altamente calificado en el segundo nivel de atención, es una fortaleza mencionada.

El Proceso en su conjunto tiene un grado consolidación operativa alto, los elementos valorados reportan una calificación ordinal de 9 de 10 puntos posibles; entre los elementos que sustentan esta valoración ordinal destaca el que para su ejecución se cuenta con manuales de operación y procedimientos que cubren las acciones. Durante la entrevista aplicada se corroboró que son del conocimiento de los operadores y están estandarizados en todos los ámbitos de aplicación; asimismo, se constató que incluye mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios y para procesar las oportunidades de mejora identificadas. Como área de oportunidad está el hacer explícita la documentación del proceso para regular su operación y describir las actividades globales que deben llevarse a cabo; otra de carácter operativo mayormente mencionada es la existencia de equipos de cómputo obsoletos y que no cuentan con los aditamentos para leer los resultados de los pacientes (sin unidad de lectura de discos compactos).

6. Urgencias

El Proceso de Urgencias en conjunto con el de Consulta Externa son la vía de entrada a los servicios de salud del Instituto. Se articula con los otros procesos de atención directa al derechohabiente como son el de Vigencia de Derechos (administrativo) y con los otros dos procesos sustantivos, el de Consulta Externa y el de Hospitalización, en coordinación estrecha. Es de resaltar que, en opinión del personal entrevistado, su principal fortaleza es la aplicación del Triage, que prioriza la atención de los pacientes por su nivel de gravedad y su mayor área de oportunidad es la gestión de camas hospitalarias. Su grado de consolidación es alto, con oportunidades de mejora; obtuvo una valoración ordinal de 9 de los 10 puntos esperados, la cual se sustenta en que cuenta con un marco normativo procedimental actualizado, suficiente y congruente con las actividades que se desarrollan; sin embargo, el personal entrevistado refiere que la extensión y el número de documentos normativos, pueden representar un obstáculo. Los procedimientos están estandarizados y son del conocimiento de los operadores; no obstante, se carece de un proceso explícito en el que se identifiquen las actividades globales interrelacionadas que deben llevarse a cabo para la atención

de pacientes en los tres niveles de atención y de mecanismos explícitos para la implementación de mejoras. Asimismo, se cuenta con indicadores de gestión para monitorear su desempeño a través de un tablero de indicadores, pero carece de indicadores de gestión que den seguimiento a su ejecución. Para este proceso, se mide la satisfacción de los derechohabientes a través del ENCAL-SS, lo que permite identificar las áreas de oportunidad en la prestación del servicio.

7. Hospitalización

La valoración de la consolidación operativa del Proceso obtuvo un total de 9 de un puntaje máximo de 10, que lo ubica en un nivel alto; con las evidencias documentales proporcionadas y localizadas por INSAD se demostró que se cuenta con los documentos normativos necesarios y que el personal operativo los conoce; se infiere que los procesos están estandarizados, cuentan con sistema de monitoreo e indicadores de gestión y aplican mecanismos que permiten la implementación sistemática de mejoras. Se identifica una ventana de oportunidad para mejorar algunos aspectos del proceso; hacer explícito la documentación del proceso y, a partir de dicho planteamiento integral, referir los diferentes procedimientos médicos que hoy están vigentes. La alta demanda del servicio de hospitalización asociada a la falta de camas por saturación del servicio refleja la necesidad de implementar estrategias para incrementar la infraestructura. Asimismo, establecer mecanismos en la contratación del personal médico a fin de aumentar la plantilla de dichos recursos humanos, así como el número de camas. En el momento de la evaluación, por la pandemia la reconversión de los hospitales incrementó esta problemática.

8. Calidad y Seguridad

La ejecución del Proceso de Calidad y Seguridad está enmarcada por el desarrollo de actividades por parte de actores coordinados con base en la normatividad establecida al interior y exterior del Instituto; las actividades son encaminadas tanto a la vigilancia epidemiológica de las IAAS como a la prevención y control de infecciones. La detección y atención oportuna y adecuada de infecciones asociadas a la atención, es reportada de forma recurrente en las plataformas

correspondientes; eventos adversos que son analizados mensualmente y atendidos al interior del comité de calidad y el CODECIN.

El Proceso cuenta con un grado de consolidación alto, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos obtuvo una valoración ordinal de 9 puntos. Esta calificación se fundamenta en la disponibilidad de procedimientos específicos, que están estandarizados y son del conocimiento de los operadores, aspectos ratificados durante la entrevista realizada. Las áreas de oportunidad se relacionan con la estandarización del proceso y la difusión de los mecanismos para la implementación de mejoras.

9. Quejas y Satisfacción

El Proceso de Quejas y Satisfacción se lleva a cabo a través de dos vertientes, la de atención a quejas y la de medición de la satisfacción de la derechohabiente. Es transversal al conjunto de procesos sustantivos del Programa, enmarcado en una coordinación fluida al interior del Instituto para la atención de las quejas. De manera externa, se vincula con instancias que reciben quejas de personas derechohabientes del Instituto, principalmente la CONAMED y la CNDH. Las actividades desarrolladas para la vertiente de quejas se apoyan en el uso de sistemas de información para el registro y procesamiento de las quejas y para obtener productos útiles para el personal encargado de la toma de decisiones, siendo esta una de sus principales fortalezas. Para la vertiente de satisfacción se emplean encuestas de satisfacción (nacional y locales) y de clima organizacional de manera anual. Se observa un sentido de responsabilidad respecto de la importancia del proceso en su conjunto para la retroalimentación sobre la percepción sobre el servicio que se brinda a los derechohabientes.

El proceso tiene un grado de consolidación medio, con una valoración ordinal de 8 de 10 puntos posibles. Esta calificación ordinal se fundamenta en la disponibilidad de procedimientos específicos que regulan la vertiente de atención de quejas, que están estandarizados y son del conocimiento de los operadores; aspectos ratificados durante la entrevista realizada. Sin embargo, para la vertiente de satisfacción sólo están disponibles las funciones sustantivas de las áreas normativas responsables en los Manuales de Organización de la DPE

y de la DA; se carece de normatividad adicional que lo sustente. Ambas vertientes del Proceso cuentan con indicadores para monitorear su desempeño. Para la vertiente de satisfacción, destaca la no disponibilidad de un documento metodológico sobre el ENCAL-SS y que dicho estudio solo se aplica a los usuarios de los servicios, dejando fuera a los no usuarios que también son derechohabientes.

10. Monitoreo y Evaluación

El Proceso de Monitoreo y Evaluación es transversal a todos los procesos establecidos en el Modelo General de Operación del Programa; sus principales herramientas de monitoreo son los tableros de control y de indicadores que son alimentados por la información que se genera en las unidades médicas. El personal tiene claridad sobre su importancia estratégica, fundamentado en que el monitoreo no se limita al tema presupuestario y el cumplimiento de los requisitos normativos; sino que se lleva a cabo en los OOAD y en las unidades médicas de manera mensual, considerando que de esta forma el Programa se monitorea a sí mismo. Se valoró con un grado de consolidación alto; obtuvo 9 puntos de los 10 esperados. Esta valoración ordinal otorgada se basa en la existencia de herramientas y elementos que lo regulan; que están estandarizadas y son del conocimiento de los operadores del proceso. No se identificó algún documento normativo que concentre las actividades que deben llevarse a cabo. Aún cuando este proceso es transversal a los otros nueve procesos, dado que lleva a cabo el monitoreo y evaluación del Programa de una manera integral a través de un tablero de indicadores que monitorean los resultados de la prestación de los servicios médicos, es relevante considerar que se carece de indicadores de gestión específicos que permitan dar seguimiento a su gestión.

Se identifican dos áreas de oportunidad relevantes que deberán atenderse, la primera de ellas se relaciona con el diseño de una herramienta que permita el monitoreo de la gestión operativa del Programa, fundamentada en los diez procesos que forman parte de la propuesta de Modelo General de Operación del Programa. La segunda, se vincula con la atención del retraso en la captura de

información en los sistemas, lo que dificulta la atención oportuna de los requerimientos de información internos y externos.

Recomendaciones

Estratégicas

1. **Asegurar la viabilidad del derecho a la salud para la población derechohabiente del IMSS.** Deberán tomarse en consideración sus tres dimensiones: la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud que se otorgan. La accesibilidad incluye el acceso físico, económico y a la información. La disponibilidad refiere: los recursos humanos capacitados y competentes para operar los servicios; la suficiencia de equipamiento, materiales y suministros para facilitar la operación y, la creación de un ambiente salubre. En cuanto a la mejora en la calidad de los servicios que se prestan: que el personal se mantenga debidamente capacitado; la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipo; que las actividades médicas y paramédicas observen los principios y criterios éticos; que la atención sea centrada en el paciente y que preste de manera oportuna y continua, de acuerdo con las necesidades y situaciones específicas para cada persona derechohabiente, aplicando los criterios de seguridad del paciente, respectivos.
2. **Redimensionar el problema por atender.** El problema debe ser construido con una visión interdisciplinaria y participativa desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; se plantearía un abordaje integral. Se requiere complementar su solución médica actual con acciones no médicas que, si bien rebasan el ámbito de responsabilidad de la institución, se ubicarían en el contexto de la coordinación y la vinculación con otras dependencias y organizaciones de los sectores público, social y privado.
3. **Diseñar una intervención programática que atienda de forma integral la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.** Se requiere de un enfoque programático transversal que integre la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud de la población derechohabiente, que contribuya a lograr

que la morbilidad de la población derechohabiente disminuya. Se requiere valorar la conveniencia de la separación programática que opera actualmente; con un programa de prevención y control de enfermedades que atiende la prevención primaria (E001) y un programa diferente (E011) que cubre la prevención secundaria y terciaria.

4. **Dar claridad sobre el alcance del Programa a través de su denominación.** De alguna manera la denominación (nombre) del Programa evidencia la problemática que se busca atender y justifica los bienes y servicios que se entregan para resolverlo. El Programa tiene como esencia la atención a la salud y es fundamental para la evaluación del desempeño del Programa, precisar los elementos que componen el concepto de atención a la salud: acciones de promoción y/o de educación para la salud; la atención médica y rehabilitación que se otorga y la preservación de la salud, entre otras.
5. **Vincular los sistemas informáticos institucionales.** Establecer una estrategia nacional de adecuación y vinculación de los sistemas informáticos (hardware y software) en todas las áreas para favorecer la continuidad de la atención médica, así como para facilitar la evaluación y planeación de las diferentes actividades que se realizan.
6. **Promover el uso estandarizado de la información para mejora de la gestión.** Implementar mecanismos para la sistematización y estandarización de la generación y el uso de la información por las áreas normativas y operativas en la toma de decisiones para la mejora de la gestión operativa del programa.

Operativas

7. **Institucionalizar el Modelo General de Operación del Programa.** El dar certidumbre programática al Modelo General de Operación propuesto es una oportunidad para mejorar la gestión operativa del Programa. Entre otros beneficios se identifican: 1) Favorecer la gestión a través de delimitar las etapas y actividades sustantivas de las actividades administrativas para el otorgamiento de la atención a la salud; 2) Cumplir con la normativa referente

a funcionar con base en un enfoque de procesos que se atiende con el Modelo General de Operación propuesto; 3) Dar visibilidad a los actores involucrados, los insumos necesarios, los productos y resultados esperados, de forma global; 4) Favorecer que los actores involucrados visualicen la interconexión de los procesos entre sí y favorece la interacción, el intercambio de información y la identificación oportuna de problemas que limitan la operación adecuada; 5) Contribuir con el monitoreo integral de la gestión operativa del Programa y, 6) Estandarizar la gestión operativa del Programa.

8. **Migrar de la gestión incidental a una operación sistémica y colaborativa.**

La atención de la diversidad de causas que originan el problema por resolver y los resultados que se han logrado con las acciones que el Programa ha realizado pudieran considerarse no adecuadas; la población ha crecido, las unidades médicas han disminuido, el presupuesto se mantiene y la morbilidad por enfermedades crónicas va en aumento. El Programa tiene un gran reto, las acciones que se han venido haciendo deben complementarse con la incorporación de acciones conjuntas de prevención que resuelvan “antes” el problema de la morbilidad. La actuación por procesos ofrece como alternativa la sinergia de las relaciones entre y dentro de los diez procesos.

9. **Institucionalizar la planeación estratégica a partir de la MML.** Revisar periódicamente el problema por atender con la aplicación de la metodología de marco lógico a través de estrategias participativas de capacitación, seminarios, cursos, talleres, entre otros.

10. **Reducir las barreras geográficas de accesibilidad a los servicios de salud del IMSS.** Actualizar periódicamente los estudios de regionalización operativa para fundamentar los planes de ampliación o construcción de unidades nuevas en zonas de crecimiento de la población derechohabiente.

11. **Mantener actualizados los manuales operativos y procedimientos institucionales en todas las áreas.** Si bien, la normatividad para el Programa es una fortaleza, considerando que las actividades desarrolladas en cada uno de los procesos están institucionalizadas y se desarrollan con base en la

normatividad establecida, se identifican área de oportunidad en cuanto a depuración, adecuación para el desarrollo de buenas prácticas y actualización de manuales y procedimientos institucionales.

12. **Optimizar el uso de sistemas de información en fechas críticas.** Establecer mecanismos que eviten saturar los sistemas de información en las fechas de captura, mediante su calendarización por regiones en el país, además de sensibilizar al personal en la importancia del registro oportuno de información.

Bibliografía

- Lauriac, N. (enero de 2016). *Diseño e implementación de un sistema de monitoreo. Guía Metodológica*. Recuperado el 19 de noviembre de 2020, de https://www.tdh.ch/sites/default/files/161019_tdh_guidemonitoring_es_version_impression.pdf.
- CEPAL. (1998). *Gestión de programas sociales en América Latina Volumen I*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/>.
- LFPRH/DOF. (06 de noviembre de 2020). *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (Última reforma publicada DOF 06-11-2020)*. Recuperado el 19 de noviembre de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH_061120.pdf.
- LGDS/DOF. (25 de junio de 2018). *Ley General de Desarrollo Social (Últimas reformas publicadas DOF 25-06-2018)*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264_250618.pdf.
- LGS/DOF. (24 de enero de 2020). *Ley General de Salud (Últimas Reformas DOF 24-01-2020)*. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf.
- Cohen, E., & Franco, R. (1992). *Evaluación de Proyectos Sociales*. Ciudad de México: Siglo XXI editores.
- CONAMED/OPS. (2016). *Boletín CONAMED/OPS Enero-Febrero 2016*. Recuperado el 10 de 05 de 2020, de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin4/derecho_salud.pdf.
- CONEVAL. (noviembre de 2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf.

- CONEVAL/FPI. (S.F.). *Formato de la Posición Institucional*. Recuperado el 26 de noviembre de 2020, de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_16_U020_OD.pdf.
- CONEVAL/Glosario. (2020). *Glosario CONEVAL (base de datos)*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de https://www.coneval.org.mx/quienessomos/Paginas/Glosario_CONEVAL.aspx.
- CONEVAL/GAFEI. (8 de junio de 2007). *Guía del Análisis de Factibilidad para llevar a cabo una Evaluación de Impacto*. Recuperado el noviembre de 2020, de www.coneval.org.mx: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES_PROGRAMAS_POLITICAS_DS/Evaluaciones%20de%20Impacto/guion_analisis_de_factibilidad.pdf.
- CONEVAL/MNE. (julio de 2019). *Marco normativo para la evaluación de la política y los programas de desarrollo social en el ámbito federal en México*. Recuperado el 19 de noviembre de 2020, de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/NME/Documents/Marco_normativo_evaluacion.pdf.
- CONEVAL/SIEMPS. (2020). *Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIEMPS). Módulo de Indicadores de los programas y acciones de desarrollo social. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención a la Salud*. Recuperado el 26 de septiembre de 2020, de <http://sistemas.coneval.org.mx/SIMEPS/Programa.aspx?pldMatriz=20000184&pCiclo=2020&pRamo=50&siglas=IMSS&nombre=Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Salud&t=>.
- Chong de la Cruz, I. (2007). *Facultad de Filosofía y Letras UNAM. Métodos y técnicas de la investigación documental*. Obtenido de <http://ru.ffyl.unam.mx/handle/10391/4716>.

- LP/DOF. (16 de febrero de 2018). *Ley de Planeación (última reforma DOF 16-02-2018)*. Recuperado el 19 de 08 de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59_160218.pdf.
- CPEUM. (05 de mayo de 2020). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma DOF 08-05-2020*. Recuperado el 13 de octubre de 2020, de Cámara de Diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf.
- LSS/DOF. (21 de octubre de 2020). *Ley del Seguro Social (Última reforma publicada DOF 21-10-2020)*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>.
- Aldunate, E. (2003). *Boletín 15 Metodología de Marco Lógico*. Santiago de Chile: CEPAL / ILPES.
- Arzaluz, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y Sociedad*, XVII(32), 107-144.
- Borja Aburto, V. H. (05 de agosto de 2020). *Simposio. Protocolos de Atención Integral, estrategia para enfrentar la carga global de las Enfermedades Prioritarias en el IMSS" Dr. Víctor Hugo Borja Aburto, Academia Nacional de Medicina, México, 5 de agosto de 2020*. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de Academia Nacional de Medicina de México. Sesiones académicas: <https://www.anmm.org.mx/sesiones-academicas/actas-presentaciones-y-ponencias-2020>.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (13 de 05 de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico .
- FCMUCC. (julio de 2019). *Niveles de atención de salud, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuyo*. Recuperado el 25 de julio de 2020, de <http://fcm.uccuyosl.edu.ar/images/pdf/niveles-de-atencion.pdf>.

- Fernández Fernández, S. (2000). La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la Evaluación de Procesos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 259-276.
- GEJ/LMEPP. (14 de junio de 2019). *Lineamientos Generales para el Monitoreo y la Evaluación de los Programas Públicos del Gobierno de Jalisco*. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de https://seplan.app.jalisco.gob.mx/evalua/sites/default/files/2017-04/lineamientos_generales_para_mye.pdf.
- Giroux, S., & Tremblay, G. (2004). *Metodología de las ciencias humanas. La investigación en acción*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- IMSS-CAISN/Comentario. (30 de noviembre de 2020). Comentario al Producto 3 entregado el 23 de noviembre de 2020.
- IMSS. (2016). Norma que establece las disposiciones para la Atención Integral a la Salud en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2000-001-029.
- IMSS DIGITAL. (2020). *Gestión en línea de la Solicitud de la constancia de vigencia de derechos*. Recuperado el 28 de julio de 2020, de <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>.
- IMSS/CAEO. (2020). Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el IMSS, beneficiados por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, clave 2650-B03-005. Actualización 2 mar 2020.
- IMSS/CENSO UH COVID. (10 de agosto de 2020). Base de datos del Censo de Unidades Médicas Hospitalarias de 2do. y 3er. nivel de atención, definidas como COVID, Híbridas, No COVID y Anexo COVID. México.
- IMSS/Comentarios Producto 2. (13 de octubre de 2020). *Comentarios del IMSS al Producto 2. 1. Descripción y análisis de los procesos del Programa 2. Hallazgos y Resultados (2o. Informe preliminar)*.

- IMSS/BD Presupuesto. (julio de 2019). *Base de datos de presupuesto aprobado, modificado y ejercido del programa E011 "Atención a la Salud", al cierre junio 2019*. Obtenido de Excel. Evidencia proporcionada.
- IMSS/BD Regionalización. (2020). Base de datos de referencia de pacientes de UMF a UH de segundo y tercer niveles de atención. México.
- IMSS/DP. (2018). *Definición de poblaciones 2018, Dirección de prestaciones médicas, Coordinación de atención integral a la salud en el primer nivel*.
- IMSS/ENCAL-SS. (noviembre de 2019). *Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS. Encuesta noviembre 2019. Metodología*. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2019/NOV/ENCAL_19NOV_Metodologia.pdf.
- IMSS/ILabores. (2019). *Informe de Labores y Programa de Actividades 2018-2019*. Recuperado el 30 de agosto de 2020, de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2019/2019_informe_labores_actividades.pdf.
- IMSS/ILabores. (2020). *Informe de Labores y Programa de Actividades 2019-2020*. Recuperado el 30 de agosto de 2020, de www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2020/ILPA-2019-2020.pdf
- IMSS/ITRQA. (20 de septiembre de 2004). *Instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (Última reforma DOF 01-03-11)*. Recuperado el 10 de agosto de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/normatividad/4158.pdf>.
- IMSS/ITSEISC. (S/F). Instructivo Técnico para la Aplicación del Sistema de Evaluación Institucional de los Servicios de Conservación 1210-021-015.
- IMSS/ME. (2019). *Cuadro No. IV.2.1 Servicios Médicos proporcionados: consulta por delegación. 2005 - 2019*. Recuperado el 10 de julio de 2020, de Memoria Estadística 2019: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>.

- IMSS/ME. (2019). *Memoria Estadística 2019 IMSS*. Recuperado el 15 de julio de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>.
- IMSS/MIR. (2020). Matriz de Indicadores para Resultados Programa E011 Atención a la Salud.
- IMSS/MIR FT. (2019). Ficha Técnica. Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS.
- IMSS/MO Atención DH. (28 de septiembre de 2018). Manual de Organización de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente.
- IMSS/MO DA. (09 de noviembre de 2018). *Manual de Organización de la Dirección de Administración*. Recuperado el 26 de julio de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/marco-normativo>.
- IMSS/MO DF. (07 de mayo de 2018). *Manual de Organización de la Dirección de Finanzas*. Recuperado el 26 de julio de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/marco-normativo>.
- IMSS/MO DIR. (14 de marzo de 2018). Manual de Organización de la Dirección de Incorporación y Recaudación.
- IMSS/MO DOF. (28 de agosto de 2018). *Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n277.pdf>.
- IMSS/MO DPEI. (01 de julio de 2020). *Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional*. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/H000-002-001.pdf>.
- IMSS/MO DPM. (08 de febrero de 2018). Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. México.

- IMSS/Nota PTDPM. (02 de noviembre de 2020). Nota aclaratoria sobre el monitoreo de indicadores del Programa de Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas.
- IMSS/NP. (13 de diciembre de 2013). *Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 02 de agosto de 2020, de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-001-002_0.pdf.
- IMSS/PA. (2019). *Población adscrita 2019, Dirección de incorporación y recaudación*.
- IMSS/PAMCE 2do. nivel. (2017). *Procedimiento para otorgar atención médica en la Consulta externa de especialidades en Unidades Médicas de segundo nivel de atención 2660-003-052. Validado 08/02/2017*. Ciudad de México.
- IMSS/PAMU 1º y 2º nivel. (2013). *Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención*. 2650-003-001.
- IMSS/PAMUHSN. (2011). *Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades hospitalarias de Segundo Nivel, 2660-003-056*. Actualizada el 20 de abril de 2011.
- IMSS/PAMUMF. (16 de noviembre de 2012). *Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002*. México.
- IMSS/PAMUUMAE. (04 de noviembre de 2008). *Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040*. México.
- IMSS/PASUUM 2do. Nivel. (14 de enero de 2020). *Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045*. México.

IMSS/PEOIMSS-PROSPERA. (2016). Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Clave 2650-003-003.

IMSS/PIIMSS Logros. (2015). *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Logros 2015*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/Logros2015PIIMSS.pdf>.

IMSS/PIIMSS. (2020). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024. México.

IMSS/PPROCAMCEEUHTA. (2012). Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención 2430-003-016. Actualizada el 10 octubre de 2012.

IMSS/Prensa No. 050/2020. (febrero de 2020). *Atención de la obesidad comienza con el control del peso y una revisión periódica sobre el estado de salud No.059/2020*. Recuperado el 30 de agosto de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/059#:~:text=En%20el%20IMSS%2C%2077.5%25%20los,10%20derechohabientes%20padecen%20esta%20enfermedad>.

IMSS/PRFPSCVUMF. (2018). Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidades de Medicina Familiar 9220-B03-340. Actualizado 29 octubre de 2018.

IMSS/PRFPSCVUMF. (2018). Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidades de Medicina Familiar 9220-B03-340. Actualizado 29 octubre de 2018.

IMSS/RIIMSS. (23 de agosto de 2012). *Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf>.

- IMSS/TCVD. (27 de noviembre de 2019). *Trámite de Constancia de Vigencia de Derechos para recibir servicio médico, ante el IMSS" IMSS-02-020-B*.
Obtenido de IMSS Digital: <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss02020>.
- IMSS/TAPISRTRAPF. (10 de abril de 2019). *Trámite de Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades para personas físicas*. Obtenido de IMSS Digital:
<http://www.imss.gob.mx/tramites/imss02001a#:~:text=Para%20realizar%20el%20tr%C3%A1mite%20a,gob.mx%2C%20en%20donde>.
- IMSS_PRBTTLN. (2016). Procedimiento para la recepción de bienes de uso terapéutico y no terapéutico de Licitación Nacional. Clave: 1810-003-003.
- IMSS-DF-DEPF. (09 de octubre de 2020). Respuesta a solicitud PIIMSS 2020-2024_INSAD. Ciudad de México.
- IMSS-DJ/PAQ CNDH. (29 de noviembre de 2018). *Procedimiento para la atención de quejas, propuesta de conciliación y recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, 4C20-003-003*. Recuperado el 11 de agosto de 2020, de
<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/4C20-003-003.pdf>.
- IMSS-DJ/PRTRQA CONAMED. (29 de noviembre de 2018). *Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 4C20-003-001*.
Recuperado el 10 de agosto de 2020, de
<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/4C20-003-001.pdf>.
- IMSS-DJ/PRTRQA IMSS. (29 de noviembre de 2018). *Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de quejas administrativas, 4C20-003-02*.
Recuperado el 11 de agosto de 2020, de
<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/4C20-003-002.pdf>.

- IMSS-DPM-CUMAE/Nota. (23 de julio de 2020). Atenta Nota (Nosocomios que se dispusieron para la atención de pacientes afectados por el COVID 19). Ciudad de México.
- IMSS-DPM/AT. (2020). Anexo 1. Anexo Técnico Partida 2. Evaluación de Procesos del Pp E011 Atención a la Salud. México.
- IMSS-DPM/BD Consultas. (2019). Base de datos de Consultas de especialidades x 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio por delegación. México.
- IMSS-DPM/BD ED. (2019). Base de datos trimestral de la calificación de la evaluación estratégica delegacional. México.
- IMSS-DPM/BD Egresos. (2019). Base de datos de Egresos x 1,000 derechohabientes adscritos a consultorio por delegación. México.
- IMSS-DPM/DS. (20 de septiembre de 2019). Diagnóstico situacional de atención a la salud 2019. Programa presupuestario E-011. Ciudad de México, México.
- IMSS-DPM/MMIM. (2018). Manual Metodológico de Indicadores Médicos. México.
- IMSS-DPM/Presupuesto. (2019). Base de datos de presupuesto original, modificado y ejercido del programa E011 Atención a la salud por delegación para el año 2019. México.
- IMSS-GTLDUM. (2017). Guía técnica de limpieza y desinfección para unidades médicas.
- IMSS-GTOVEPCIAAS. (2019). *Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*. México: IMSS.
- IMSS-NEDGC. (26 de abril de 2017). *Norma que Establece las Disposiciones Generales de Conservación, clave 1000-B01-022*. Recuperado el 23 de octubre de 2020, de <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Norma/1000-B01-022.pdf>.
- IMSS-NIASS. (2017). *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de*

la salud, su prevención y control en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS.

IMSS-NOM-FV. (2014). *Norma que establece las disposiciones para la operación del programa institucional de Farmacovigilancia en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: IMSS.

IMSS-PCI. (2019). *Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud*. México: IMSS.

IMSS-PIDSSC. (2017). Procedimiento Integral para obtener el Diagnóstico Situacional de los Servicios de Conservación por Delegación, UMAE, Unidad y Centro Vacacional, Clave:1280-003-004.

Nebot, M., López, M., Ariza, C., Villalbí, J., & García-Altés, A. (2011). Evaluación de efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria*, 3-8.

Niño-Martínez Castro, C., & de la Macorra Barroso, M. A. (2013). *Guía para el Seguimiento y Evaluación de Proyectos Sociales*. (P. C. A.C., Ed.) Recuperado el 08 de noviembre de 2020, de <http://indesol.gob.mx/cedoc/pdf/l.%20SOCIEDAD%20CIVIL/Elaboraci%C3%B3n,%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Proyectos/Gu%C3%ADa%20para%20el%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Proyectos%20Sociales.pdf>.

OCDE/Glosario. (2010). Recuperado el 08 de noviembre de 2020, de Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados: <https://www.oecd.org/development/evaluation/2754804.pdf>.

OIT. (s.f.). *Hechos concretos sobre la Seguridad Social*. Obtenido de www.ilo.org: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf.

ONU/PIDESC. (3 de enero de 1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de www.ohchr.org: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

- OPS/SNSM. (2012). *Respuesta del Sector Salud, Sistema Nacional de Salud de México*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387.
- PEF/RLGSMPSAM. (29 de abril de 1986). Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Peñaloza, B., Lesiewicz, T., Bastías, G., Zárate, V., Depaux, R., Villarroel, L., & Montero, J. (2010). Metodología para la evaluación de la relación costo efectividad en centros de atención primaria de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 376-387.
- PUCC. (2019). *Organización del Sistema de Salud en niveles de atención*. Recuperado el 27 de Julio de 2020, de
<https://es.coursera.org/lecture/enfermedades-no-transmisibles/organizacion-del-sistema-de-salud-en-niveles-de-atencion-Y9SBQ>.
- Rizo Rivas, M. (5 de Noviembre de 2019). *Forbes. Eficacia, eficiencia y efectividad ¿son lo mismo?* Obtenido de Forbes:
<https://www.forbes.com.mx/eficiencia-eficacia-efectividad-son-lo-mismo/>.
- Sáez, H. (2008). *Cómo investigar y escribir en ciencias sociales*. Ciudad de México: UAM Xochimilco.
- SFP/ECCO. (s.f.). *Guía de Aplicación. Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO). Administración Pública Federal*. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de
<http://usp.funcionpublica.gob.mx//CCO/GuiaAplicacionECCO.pdf>.
- SHCP-CONEVAL/PAE. (31 de enero de 2018). *Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales para el Ejercicio Fiscal 2018*. Recuperado el 02 de agosto de 2020, de
https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/NME/Documents/PAE_2018.pdf.
- SHCP-CONEVAL/PAE20. (28 de abril de 2020). *Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y Políticas Públicas de la Administración Pública*

Federal para el ejercicio fiscal 2020. Recuperado el 15 de noviembre de 2020, de

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/NME/Documents/PAE_2020.pdf.

SHCP-CONEVAL-SFP/LGEPFAPF. (30 de marzo de 2007). *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de

https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/361.pdf.

SHCP-CONEVAL-SFP/MASM. (08 de marzo de 2011). *Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora derivado de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de

https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/Mecanismo_2011.pdf.

SHCP. (2020). *Portal de Transparencia presupuestaria, Ficha del Pp E011 Atención a la Salud*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=50E011>.

SHCP/LIDPP. (14 de febrero de 2020). *Lineamientos para la revisión, actualización, mejora, calendarización y seguimiento de los Indicadores del Desempeño*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/537706/Lineamientos_ID_2020.pdf.

SHCP/GDIE. (S.F.). *Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos*. Recuperado el 21 de noviembre de 2020, de <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>.

SHCP/PbR-SED. (s.f.). *Cédula: conceptos básicos del Presupuesto Basado en Resultados-Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED)*.

- SHCP/PPEF IMSS. (2021). *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021. Programas Presupuestarios en Clasificación Económica (Resumen). Entidad. GYR Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2021/docs/50/r50_gyr_ppcere.pdf.
- SHCP/PPEF SS. (2020). *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021. Programas presupuestarios en Clasificación Económica. Ramo: 12 Salud*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2021/docs/12/r12_ppcer.pdf.
- SHCP/SED. (2008). *Sistema de Evaluación del Desempeño*. Ciudad de México, México: SHCP.
- SHCP/TPOG Programas. (2020). *Transparencia Presupuestaria. Observatorio del Gasto*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#consultas>.
- SS/COFEPRIS. (2017). *Guía de Farmacovigilancia para el desarrollo de actividades de los centros institucionales de farmacovigilancia, de los centros institucionales coordinadores de farmacovigilancia y de las unidades de farmacovigilancia del sistema nacional de salud. COFEPRIS*.
- SS/DGIS. (2018). *Cubos dinámicos/ Población*. Recuperado el 18 de mayo de 2020, de <http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubopobcensal2010CA.htm>.
- SS/NOM-027. (4 de septiembre de 2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013.
- SS-NOM035. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*.

- SS-NOM045. (2005). *NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*. México: Secretaría de Salud.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
- Triola, M. F. (2013). *Estadística*. Ciudad de México: Pearson.
- Uddin, J. (2010). Documentary Research Method: New Dimensions. *Indus Journal of Management and Social Sciences*, 4(1), 1-14.
- Yin, R. (2003). *Investigación sobre estudio de casos. Diseño y métodos*. Thousand Oaks, Estados Unidos: Sage Publications.
- Zeizel, H. (1997). *Dígalos con números*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

ANEXOS OFICIALES

Anexo I. Ficha técnica de identificación del Programa

Tema	Variable	Datos
Datos Generales	Ramo	50
	Institución	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
	Entidad	Entidad de control directo
	Unidad Responsable	Instituto Mexicano del Seguro Social
	Clave Presupuestal	E011
	Nombre del Programa	Atención a la salud
	Año de Inicio	2016
	Unidad(es) Responsable(s) de la operación del Pp.	Dirección de Prestaciones Médicas / Dirección de Administración
	Titular(es) de la(s) unidad(es) responsable(s) de la operación del programa.	Dr. Víctor Hugo Borja Aburto Lic. Humberto Pedrero Moreno
	Teléfono de contacto	5555531848 5552112298
	Correo electrónico de contacto	victor.borja@imss.gob.mx humberto.pedrero@imss.gob.mx
Objetivos	Objetivo general del programa	Otorgar atención médica a los derechohabientes del IMSS para disminuir a la morbilidad en dicha población y así contribuir a mejorar su esperanza de vida al nacer (IMSS-DPM/DS, 2019).
	Principal Normatividad	• Ley General de Salud. • Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. • Ley del Seguro Social. • Reglamento de prestaciones médicas del IMSS. • Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicio del Sector Público, publicada en el D.O.F. el 4 de enero de 2000 y sus reformas. • Ley Federal del Trabajo, publicada en el D.O.F. el 1 de abril de 1970 y sus reformas. • Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, publicada en el D.O.F. el 8 de octubre de 2003 y sus reformas. • Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento, publicada en el D.O.F. el 14 de mayo de 1986 y sus reformas. • Acuerdo con el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de

Anexo I. Ficha técnica de identificación del Programa

Tema	Variable	Datos
		Salud deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de junio de 2002.
	Eje del PND con el que está alineado (Directriz)	II. Política Social
	Objetivo del PND con el que está alineado (Línea)	No aplica.
	Tema del PND con el que está alineado (Programa)	Salud para toda la Población.
	Programa (Sectorial, Especial o Institucional) con el que está alineado	Programa Sectorial de Salud (Sin alineación actual). Programa Institucional del IMSS 2020-2024.
	Objetivo (Sectorial, especial o institucional) con el que está alineado	Objetivos prioritarios del Programa Institucional del IMSS 2020-2024 (IMSS/PIIMSS, 2020): 1.- Coadyuvar en el acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos de toda la población. 2.- Garantizar la calidad y cobertura de los servicios y prestaciones institucionales, privilegiando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. 3.- Trabajar en el fortalecimiento de la infraestructura y los recursos humanos del IMSS, priorizando las unidades de primer y segundo nivel a través de la dignificación de las instalaciones y equipamiento; así como, la profesionalización del personal. 5.- Asegurar la sostenibilidad con un gasto eficiente y una mayor recaudación, siempre privilegiando la austeridad y la eliminación de la corrupción y la impunidad. 6.- Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiente y usuaria.
	Indicador (Sectorial, Especial o Institucional) con el que está alineado	Se consignará cuando el Programa establezca la alineación con el Programa Sectorial de Salud.
	Propósito del programa	La población usuaria del IMSS presenta menor morbilidad.
Población potencial	Definición	Conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la Ley del Seguro Social. Este grupo incluye asegurados directos o cotizantes

Anexo I. Ficha técnica de identificación del Programa

Tema	Variable	Datos
		pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos.
	Unidad de medida	Persona
	Cuantificación	70,343,357, estimada para 2019.
Población objetivo	Definición	Población derechohabiente adscrita a unidad de medicina familiar (PDA): es decir corresponde a la población derechohabiente adscrita a unidades de medicina familiar y a las unidades hospitalarias con medicina familiar del IMSS, con atención en primer nivel vigentes a cierre de mes.
	Unidad de medida	Persona
	Cuantificación	59,179,060, estimada para 2019.
Población atendida	Definición	Población derechohabiente adscrita a médico familiar (PAMF).
	Unidad de medida	Persona
	Cuantificación	51,676,407, estimada para 2019.
Presupuesto para el año evaluado	Presupuesto original (MDP)	\$217,572,936,324.00 (pesos)
	Presupuesto modificado (MDP)	\$223,210,473,774.00 (pesos)
	Presupuesto ejercido (MDP)	\$223,210,473,774.00 (pesos)
Cobertura geográfica	Entidades Federativas en las que opera el programa	Cobertura nacional, opera en las 32 entidades federativas.
Focalización	Unidad territorial del programa	Delegación del IMSS. 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (antes Delegaciones), 2 en Ciudad de México (Norte y Sur); México (Oriente y Poniente) y Veracruz (Norte y Sur). Un Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (antes Delegaciones) para el complemento de 29 entidades federativas.

Fuente: Elaboración propia con base en las evidencias documentales entregadas para la evaluación.

Anexo II. Ficha de identificación y equivalencia de procesos del Programa

Modelo general de procesos del CONEVAL (Descripción)	Número de secuencia	Procesos del Pp E011 "Atención a la Salud" identificados por el evaluador
		(Escriba nombre y describa brevemente)
1. Planeación (planeación estratégica, programación y presupuestación): Proceso en el cual se determinan misión, visión, fin, objetivos y metas en tiempos establecidos, los indicadores de seguimiento verificables, los recursos financieros y humanos necesarios, y las principales actividades y métodos a seguir para el logro de los objetivos del programa.	1	1. Planeación: Se infiere por INSAD la existencia de este proceso como resultado de la revisión de las evidencias proporcionadas, dado que se identifican actividades periódicas relacionadas con la alineación y definición de objetivos, la actualización de metas (Programación), en función de presupuesto asignado (Presupuestación).
		2. Abasto de Medicamentos e Insumos: Proceso administrativo inferido por INSAD que tiene equivalencia con el Proceso de Planeación en virtud de que la planeación, gestión, compra y adquisición de los recursos materiales necesarios como los medicamentos e insumos médico, contribuyen al logro de los objetivos del Programa.
		3. Seguridad en la Infraestructura: Proceso administrativo inferido por INSAD que tiene equivalencia con el Proceso de Planeación en cuanto a que se incluyen acciones que garantizan el funcionamiento adecuado y seguro de instalaciones y equipo a través de la conservación y el mantenimiento, en apoyo a la prestación de los servicios con seguridad para prestadores y beneficiarios.
2. Difusión del programa: Proceso sistemático e institucionalizado de información sobre las principales características del programa, sus beneficios y requisitos de inscripción, dirigido hacia un público determinado.	2	4. Verificación de la Derechohabencia: (vigencia de derechos): Proceso inferido por INSAD que sugiere la fusión de los tres procesos del MGP. Incluye el conjunto de actividades relacionadas con la información a los posibles beneficios (o beneficiarios) y requisitos de inscripción; mecanismos e instrumentos para el registro de los beneficiarios adscritos a una UMF y la conformación del padrón de derechohabientes.
3. Solicitud de apoyos: Conjunto de acciones, instrumentos y mecanismos que ejecutan los operadores del programa con el objetivo registrar y/o sistematizar la información de las solicitudes de apoyo de los posibles beneficiarios.		
4. Selección de beneficiarios: Proceso realizado por los operadores de los programas para seleccionar a los beneficiarios y obtener finalmente el padrón actualizado y validado.		

Anexo II. Ficha de identificación y equivalencia de procesos del Programa

Modelo general de procesos del CONEVAL (Descripción)	Número de secuencia	Procesos del Pp E011 "Atención a la Salud" identificados por el evaluador
		(Escriba nombre y describa brevemente)
5. Producción de bienes o servicios: Herramientas, acciones y mecanismos a través de los cuales se obtienen los bienes y servicios que serán entregados a los beneficiarios del programa.	3	En una menor cuantía. 5. Consulta Externa: Proceso inferido por INSAD concebido como la atención que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. Incluye la consulta de atención materna y perinatal, y la de los tres niveles de atención. 6. Urgencias: Proceso inferido por INSAD concebido como el conjunto de acciones, mecanismos e instrumentos a través de los cuales los beneficiarios del Programa reciben atención médica de urgencia, que incluye la atención obstétrica y perinatal. 7. Hospitalización: Proceso inferido por INSAD concebido como el conjunto de etapas y actividades relacionadas con el servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que incluye el segundo y tercer nivel de atención y la atención obstétrica y perinatal.
6. Distribución de apoyos: Proceso a través del cual se envía el apoyo del punto de origen (en donde se obtuvo dicho bien o servicio) al punto de destino final (en donde se encuentra el beneficiario del programa).		
7. Entrega de apoyos: Conjunto de instrumentos, mecanismos y acciones por los cuales los beneficiarios o afiliados reciben los diferentes servicios o tipos de apoyo.	7	5. Consulta Externa: Proceso inferido por INSAD concebido como la atención que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. Incluye la consulta de atención materna y perinatal, y la de los tres niveles de atención.
		6. Urgencias: Proceso inferido por INSAD concebido como el conjunto de acciones, mecanismos e instrumentos a través de los cuales los beneficiarios del Programa reciben atención médica de urgencia, que incluye la atención obstétrica y perinatal.
		7. Hospitalización: Proceso inferido por INSAD concebido como el conjunto de etapas y actividades relacionadas con el servicio de internamiento de pacientes

Anexo II. Ficha de identificación y equivalencia de procesos del Programa

Modelo general de procesos del CONEVAL (Descripción)	Número de secuencia	Procesos del Pp E011 "Atención a la Salud" identificados por el evaluador
		(Escriba nombre y describa brevemente)
		para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que incluye el segundo y tercer nivel de atención y la atención obstétrica y perinatal.
8. Seguimiento a beneficiarios y monitoreo de apoyos: Acciones y mecanismos mediante los cuales el programa comprueba que los apoyos entregados a los beneficiarios son utilizados y funcionan de acuerdo con el objetivo planteado.	4	8. Calidad y Seguridad: Proceso inferido por INSAD concebido como el conjunto de acciones de verificación de la atención de las necesidades de salud, así como mecanismos mediante los cuales el Programa comprueba que los servicios entregados a los beneficiarios funcionan de acuerdo con el objetivo planteado, desde la seguridad del paciente a través de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención a la salud.
Procesos transversales		
Contraloría social y satisfacción de usuarios: Proceso a través del cual los beneficiarios puede realizar las quejas o denuncias que tenga del programa y la exploración de la percepción de los usuarios acerca de la calidad de la atención.	A	9. Quejas y Satisfacción: Proceso inferido por INSAD con base en la revisión de evidencias que sugiere la existencia de mecanismos de atención a quejas médicas y el monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios y del personal prestador de servicios.
Evaluación y monitoreo: Proceso a través del cual el programa implementa ejercicios sistemáticos de evaluación de sus procesos o resultados, así como el monitoreo en el avance de sus indicadores y metas.	B	10. Evaluación y Monitoreo: Proceso inferido por INSAD con base en la revisión de evidencias que sugiere la existencia de mecanismos de monitoreo y evaluación del Programa.
Procesos identificados por el evaluador que no coinciden con el Modelo general de procesos		
Otros procesos (nombre del proceso)	Número de secuencia	Número de secuencia
No identificados		

Anexo III. Trabajo de campo realizado (Anexo X del AT)

Tabla 1. Bitácora de modificaciones a OOAD, UH y Agenda de Trabajo de Campo

Área solicitante	Fecha	Acciones/Solicitudes de Modificación
Personal responsable del Programa de los tres niveles de atención	10/08/2020	Durante la reunión inicial de presentación del Producto 1, entregado el 04 de agosto de 2020, se solicitó la modificación de las unidades hospitalarias de 3er. Nivel de Atención, para incluir unidades médicas no monotemáticas, dado que se consideró como no conveniente para el estudio por la limitación de la operación de los procesos.
	12/08/2020	INSAD envió por correo electrónico, la propuesta de cuatro escenarios de unidades hospitalarias, para incluir unidades médicas No COVID o Híbridas no monotemáticas de tercer nivel de atención; esto modificó la selección inicial de sólo utilizar unidades hospitalarias no COVID con el fin de evitar que la situación actual de la pandemia pudiera modificar la aplicación de los procesos que serían valorados en el trabajo de campo.
	23/08/2020	Se notificó vía correo electrónico, que el personal responsable del Programa seleccionó el Escenario 2, que incluyó unidades médicas de tercer nivel no COVID, Híbridas y no monotemáticas; este escenario, se incluyó en la Versión Final del Producto 1, entregada el 1o. de septiembre de 2020.
Área requirente	04/09/2020	Posterior a la entrega final del Producto 1, con la atención a comentarios del IMSS y la modificación de la selección de unidades hospitalarias de tercer nivel de atención, con base en el Escenario 2. Se solicitó vía correo electrónico, la modificación de uno de los OOAD seleccionados de manera inicial (Baja California Sur por Campeche), con la finalidad de tener una representatividad geográfica del Norte, Centro y Sur del País. Asimismo, se pidió que las unidades de primero y segundo nivel correspondieran al OOAD Campeche y que la unidad de 3er. Nivel que debería incluirse fuera del OOAD Yucatán, debido a que las unidades hospitalarias de 2do nivel de la OOAD Campeche, refieren pacientes a las UMAE de la OOAD de Yucatán.
	05/09/2020	Se procedió a realizar la selección de las unidades médicas para el OOAD Campeche, utilizando la metodología descrita en el Producto 1: se seleccionaron las unidades hospitalarias de 2do. nivel de atención del OOAD Campeche y las UMF que refieren pacientes a estas UH. La UMAE seleccionada correspondió al HES de Mérida; cabe aclarar que esta unidad hospitalaria está clasificada como COVID en el censo de unidades COVID entregado por el IMSS el 10 de agosto de 2020, lo que modifica la segunda selección de unidades médicas No COVID e Híbridas. La última selección incluye los tres tipos de unidades hospitalarias: NO COVID, COVID e Híbridas.
Área requirente/ Personal responsable del Programa de los tres niveles de atención/ Equipo Evaluador de INSAD	07/09/2020	Se llevó a cabo una reunión de trabajo con el área requirente y el personal responsable del Programa, en la que el equipo evaluador presentó la dinámica de trabajo para la realización de las entrevistas, que consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas grupales virtuales por proceso, con todos los actores determinados de las áreas (ámbitos de aplicación) que se señalan por proceso, a través de la plataforma de comunicación Zoom.
Área requirente	09/09/2020	Se solicita vía telefónica/correo electrónico, apoyo para la construcción de escenarios para la realización de entrevistas a profundidad. INSAD envía la propuesta de 2 escenarios: Escenario 1: 2 entrevistas por día; se inicia el viernes 11; se termina el lunes 21 de septiembre (sin considerar 15 y 16). Escenario 2: 3 entrevistas por día; se inicia el lunes 14; se termina el lunes 21 de septiembre (sin considerar 15 y 16).

Tabla 1. Bitácora de modificaciones a OOAD, UH y Agenda de Trabajo de Campo

Área solicitante	Fecha	Acciones/Solicitudes de Modificación
	09/09/2020	Derivado de la reunión de trabajo realizada el 09/09/2020, se solicita la construcción de un 3er. escenario para la realización de las entrevistas a profundidad: Escenario 3: 2 entrevistas por día; se inicia el lunes 14; se termina el martes 22 de septiembre (sin considerar 15 y 16).
	11/09/2020	Se realiza una solicitud adicional vía correo electrónico, para modificar el escenario del trabajo de campo, para iniciar el jueves 17 de septiembre, debido a las cargas adicionales de trabajo del lunes 14, debido a los días feriados 15 y 16 de septiembre; INSAD envía el Escenario 4: Escenario 4: 2 entrevistas por día; se inicia el jueves 17; se termina el miércoles 23 de septiembre (sin considerar 15 y 16). Situación que limitó el análisis a profundidad de las entrevistas para el Producto 2, cuya entrega que se realizó el 29 de septiembre de 2020.
Área Requirente / Personal responsable del Programa de los tres niveles de atención	09/09/2020	En la propuesta inicial del trabajo de campo, se realizarían 15 entrevistas a personas beneficiarias para cada una de las unidades médicas seleccionadas. Durante la reunión de trabajo del 09/09/2020. El personal responsable del Programa de los tres niveles de atención acordó como no viable la realización de estas entrevistas. INSAD propuso utilizar los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos, para sustituir las entrevistas a beneficiarios de las unidades de medicina familiar y hospitalarias seleccionadas. Esta propuesta fue ratificada el día 14 de septiembre de 2020.
Área Requirente / Personal responsable del Programa de los tres niveles de atención	14-22/09/2020	Durante el periodo del 14 al 22 de septiembre el área requirente y el Personal responsable del Programa de los tres niveles de atención, entregaron a INSAD las listas de participantes para las diez entrevistas semiestructuradas grupales virtuales.

Fuente: Elaboración propia con base en las actividades realizadas por INSAD para la realización del trabajo de campo.

Tabla 2. Resumen aspectos generales sobre la realización de las entrevistas

Proceso	Fecha	Entrevistadores	No. Participantes programados (P)/ No. Asistentes (A)	Instrumento de recolección de información empleado	Duración de la entrevista	Observaciones
1. Planeación	18/09/2020 10:00-13:00	Ac. Javier Jiménez Bolón Mtra. Ana Beatriz Pérez Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 59 A= 41	Guía de entrevista para el Proceso de Planeación. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.

Tabla 2. Resumen aspectos generales sobre la realización de las entrevistas

Proceso	Fecha	Entrevistadores	No. Participantes programados (P)/ No. Asistentes (A)	Instrumento de recolección de información empleado	Duración de la entrevista	Observaciones
2. Abasto de Medicamentos e Insumos	23/09/2020 13:30-16:30	Ac. Javier Jiménez Bolón Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 15 A= 25	Guía de entrevista para el Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos. Presentación de power point respectiva.	2 horas, 34 minutos	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
3. Seguridad en la infraestructura	23/09/2020 10:00-13:00	Ac. Javier Jiménez Bolón Mtra. Ana Beatriz Pérez Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P =9 A=11	Guía de entrevista para el Proceso de Seguridad en la Infraestructura. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
4. Verificación de la Derechohabien- cia	18/09/2020 13:30-16:30	Ac. Javier Jiménez Bolón Mtra. Ana Beatriz Pérez Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 29 A= 19	Guía de entrevista para el Proceso de Verificación de la Derechohabien- cia. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
5. Consulta Externa	17/09/2020 10:00-13:00	Ac. Javier Jiménez Bolón Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P= 39 A =35	Guía de entrevista para el Proceso de Consulta Externa. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
6. Urgencias	17/09/2020 13:30-16:30	Ac. Javier Jiménez Bolón Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Gregorio Ornelas García Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 32 A= 24	Guía de entrevista para el Proceso de Urgencias. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.

Tabla 2. Resumen aspectos generales sobre la realización de las entrevistas

Proceso	Fecha	Entrevistadores	No. Participantes programados (P)/ No. Asistentes (A)	Instrumento de recolección de información empleado	Duración de la entrevista	Observaciones
7. Hospitalización	21/9/2020 10:00-13:00	Ac. Javier Jiménez Bolón Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 25 A= 31	Guía de entrevista para el Proceso de Hospitalización. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
8. Calidad y Seguridad	22/09/2020 13:30-16:30	Ac. Javier Jiménez Bolón Dr. Gregorio Ornelas García Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 47 A= 27	Guía de entrevista para el Proceso de Calidad y Seguridad. Presentación de power point respectiva.	3 horas, 2 minutos	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
9. Quejas y Satisfacción	17/09/2020 13:30-16:30	Ac. Javier Jiménez Bolón Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Gregorio Ornelas García Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 14 A= 12	Guía de entrevista para el Proceso de Quejas y Satisfacción. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
10. Monitoreo y Evaluación	22/09/2020 10:00-13:00	Ac. Javier Jiménez Bolón Dra. Elsa Elena García Koch Dr. Gregorio Ornelas García Dr. Manuel Urbina Fuentes	P = 30 A= 27	Guía de entrevista para el Proceso de Monitoreo y Evaluación. Presentación de power point respectiva.	3 hrs.	Los 10 primeros minutos se emplearon para esperar la conexión de todos los participantes en la plataforma Zoom.
10 Procesos	5 días para la realización de las entrevistas	Entre 4 y 5 entrevistadores por entrevista	299 participantes programados. 252 asistentes	10 Guías de entrevistas y 10 presentaciones de power point.	29 horas, 36 minutos	La realización de las entrevistas semiestructuradas grupales virtuales por proceso, con todos los actores determinados de las áreas (ámbitos de

Tabla 2. Resumen aspectos generales sobre la realización de las entrevistas

Proceso	Fecha	Entrevistadores	No. Participantes programados (P)/ No. Asistentes (A)	Instrumento de recolección de información empleado	Duración de la entrevista	Observaciones
						aplicación) que se señalan por proceso, a través de la plataforma Zoom, permitió contar con una visión global e integral de cada proceso y, fundamentalmente, fue posible identificar la transversalidad entre los diferentes niveles de responsabilidad en la operación de los procesos del Programa.

Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo realizado.

Anexo IV. Instrumentos de recolección de información de la Evaluación de Procesos del Programa E011 “Atención a la salud” (Anexo XI del AT)

Tabla 1. Guía de entrevista para el Proceso 1. de Planeación

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	El Proceso de Planeación se relaciona con la definición de objetivos y metas con tiempos establecidos para su cumplimiento; también especifica los indicadores de seguimiento, los recursos financieros y humanos necesarios, y las principales actividades para lograr los objetivos del Programa. De estos elementos dos son centrales para la planeación: la definición del problema de salud por resolver y, el objetivo del Programa. Con base en estos referentes: 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar las actividades de planeación del Programa para la atención a la salud, como es el caso de la hipertensión, la diabetes, entre otros? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted que área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de planeación para la atención a la salud? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir cómo ha sido su participación en la definición del problema social que sustenta la atención a la salud, así como la determinación de los objetivos del Programa con el que se atiende a la salud? 4. ¿Cuáles son las diversas áreas que participan en la definición de los objetivos del Programa, así como de las actividades que se llevan a cabo para lograr su objetivo? 5. ¿Cuáles son las actividades principales que integran el proceso de planeación?

Tabla 1. Guía de entrevista para el Proceso 1. de Planeación

Categorías	Preguntas de entrevista
	6. Desde el ámbito de su responsabilidad, ¿cómo se planean las actividades que se llevan a cabo para lograr el objetivo de la atención a la salud de los DH? 7. ¿Cuáles considera que son los documentos principales que norman la planeación del Programa para la atención a la salud y en qué medida son utilizados para guiar su operación? 8. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuáles son los principales indicadores asociados al logro del objetivo del Programa para la atención a la salud?; ¿cómo se definen dichos indicadores y qué áreas participan en su diseño y en la definición de metas?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio del proceso de planeación y con qué actividad finaliza? 10. En su opinión, ¿cuál es el proceso del Programa de atención a la salud que le sigue a la planeación? 11. ¿De qué manera el proceso de planeación se articula con otros procesos para la atención a la salud? 12. ¿Cuáles son las actividades estratégicas en el ámbito de la planeación que son fundamentales para lograr la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para lograr el objetivo de atención a la salud? 14. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuál ha sido su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para lograr el objetivo del Programa orientado a la atención a la salud? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr una gestión operativa eficiente del Programa para la atención a la salud y, con ello, lograr su objetivo? 16. ¿Cuáles son los tiempos clave que determinan las actividades a realizar en el proceso de planeación?, por ejemplo: a) los tiempos para definir un Programa Anual de Trabajo, b) Programas Institucionales; c) la definición de los recursos financieros y presupuestales requeridos para la operación del Programa.

Tabla 1. Guía de entrevista para el Proceso 1. de Planeación

Categorías	Preguntas de entrevista
	17. ¿Los tiempos que se llevan a cabo para desarrollar las diversas acciones en el marco de la planeación se realizan en un tiempo adecuado?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos que genera el proceso de planeación? 19. ¿De qué manera los productos que se generan en el proceso de planeación apoyan a los procesos subsecuentes que, dentro de la propuesta de INSAD, corresponde a: 1) el “Abasto de Medicamentos e Insumos”; 2) la “Seguridad en la Infraestructura” y 3) la “Verificación de la derechohabiencia”? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en el proceso de planeación? 21. ¿De qué manera estos sistemas mejoran la operación del proceso de planeación?
6. Coordinación	22. ¿Se coordina con otras dependencias gubernamentales externas al IMSS para llevar a cabo el proceso de planeación? En caso afirmativo, ¿cómo y para qué se ha dado dicha coordinación? 23. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS o de la Dirección de Prestaciones Médicas o del OOAD para llevar a cabo el proceso de planeación? 24. ¿Considera que la coordinación con otras dependencias gubernamentales, así como con las propias instancias del IMSS es adecuada para la implementación del proceso de planeación?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	25. ¿Cómo define la importancia del proceso de planeación en el logro del objetivo de la atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	26. ¿Considera que este proceso es sustantivo para la operación del Programa? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué lo considera así? Si la respuesta es negativa, solicitar que explique las razones.

Tabla 1. Guía de entrevista para el Proceso 1. de Planeación

Categorías	Preguntas de entrevista
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en el proceso de planeación tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en el proceso de planeación tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera las buenas prácticas que posee el proceso de planeación? (si se requiere explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la ejecución del proceso de planeación? En caso afirmativo que describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del proceso de planeación? En caso afirmativo ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 2. Guía de entrevista para el Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	Se concibe el Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos Médicos como el conjunto de mecanismos para dar certidumbre programática y financiera a la planeación, gestión, compra, adquisición y disponibilidad de medicamentos e insumos médicos para la atención a la salud de la PDH del Programa. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega.

**Tabla 2. Guía de entrevista para el Proceso 2. de
Abasto de Medicamentos e Insumos**

Categorías	Preguntas de entrevista
	2. ¿Sabe usted qué área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales que se realizan para llevar a cabo el abasto de medicamentos e insumos médicos? 4. ¿Cuáles son las áreas o instancias que participan en el abasto de medicamentos e insumos médicos? 5. Particularmente, ¿cuál es la función que usted desempeña para el abasto de medicamentos e insumos médicos? 6. ¿Cuáles considera que son los actores esenciales que participan en el abasto de medicamentos e insumos médicos?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya para la planeación, adquisición, distribución y disponibilidad del abasto de medicamentos e insumos médicos? 8. ¿En qué medida estos documentos son utilizados para realizar el abasto de medicamentos e insumos médicos?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? 10. En la atención a la salud en el IMSS ¿cuál considera es el proceso subsecuente al del abasto de medicamentos e insumos médicos y de qué manera las actividades realizadas en éste inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera el abasto de medicamentos e insumos médicos se articula con otros procesos del Programa para la atención a la salud, por ejemplo: planeación; consulta externa; hospitalización; urgencias, y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las etapas y actividades estratégicas en el ámbito el abasto de medicamentos e insumos médicos que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa de la atención a la salud y por qué?

**Tabla 2. Guía de entrevista para el Proceso 2. de
Abasto de Medicamentos e Insumos**

Categorías	Preguntas de entrevista
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales y financieros requeridos para realizar adecuadamente la garantía del abasto de medicamentos e insumos médicos? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales y financieros requeridos para realizar adecuadamente la garantía del abasto de medicamentos e insumos médicos? 15. ¿Considera que los recursos materiales y financieros son suficientes para lograr la garantía del abasto de medicamentos e insumos médicos y que esto contribuya al logro del objetivo del Programa de atención a la salud?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan para el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para llevar a cabo el abasto de medicamentos e insumos médicos se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos o resultados que se generan al llevar a cabo el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? 19. ¿De qué manera los productos o resultados que se generan del proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos apoyan al proceso subsecuente que, dentro de la propuesta de INSAD, corresponde con los procesos de servicios relacionados con “Consulta externa”, “Urgencias” y “Hospitalización”? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan para el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la planeación, gestión, compra, adquisición y disponibilidad de medicamentos e insumos médicos para la atención a la salud de la PDH del Programa?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente la planeación del abasto de medicamentos e insumos médicos?

**Tabla 2. Guía de entrevista para el Proceso 2. de
Abasto de Medicamentos e Insumos**

Categorías	Preguntas de entrevista
	23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es apropiada para realizar adecuadamente la planeación, distribución y disponibilidad de medicamentos e insumos médicos?; ¿por qué?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos en el logro del objetivo del Programa para la atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los usuarios a quienes les es proporcionado el abasto de medicamentos e insumos médicos? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las fortalezas que observa en el proceso de abasto de medicamentos e insumos médicos tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que observa en abasto de medicamentos e insumos médicos tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee el abasto de medicamentos e insumos médicos? (si se requiere, explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización de abasto de medicamentos e insumos médicos? En caso afirmativo que describa cuáles y, si existe algún mecanismo para su solución. 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del abasto de medicamentos e insumos médicos? Si la

Tabla 2. Guía de entrevista para el Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Categorías	Preguntas de entrevista
	respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 3. Guía de entrevista para el Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	Se concibe el Proceso de Seguridad en la Infraestructura como el conjunto de acciones, procedimientos, mecanismos e instrumentos que contribuyen a la prestación de los servicios de atención a la salud con seguridad para los usuarios y prestadores de servicios, a través de los servicios de conservación. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar las actividades de seguridad en la infraestructura? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted qué área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de seguridad en la infraestructura? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales que se realizan para llevar a cabo los servicios de conservación y mantenimiento? 4. ¿Cuáles son las áreas o instancias que participan en los servicios de conservación?

Tabla 3. Guía de entrevista para el Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Categorías	Preguntas de entrevista
	5. Particularmente, ¿cuál es la función que usted desempeña para llevar a cabo los servicios de conservación y mantenimiento? 6. ¿Cuáles considera que son los actores esenciales que participan en los servicios de conservación y mantenimiento?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya para llevar a cabo la planeación, contratación, aplicación, supervisión y evaluación de los servicios de conservación y mantenimiento? 8. ¿En qué medida estos documentos son utilizados para realizar los servicios de conservación y mantenimiento?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio el proceso de seguridad en la infraestructura? 10. En la atención a la salud en el IMSS ¿cuál considera es el proceso subsecuente al de los servicios de conservación y mantenimiento y de qué manera las actividades realizadas en éstos inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera los servicios de conservación y mantenimiento se articulan con otros procesos del Programa para la atención a la salud, por ejemplo: planeación; consulta externa; hospitalización; urgencias, y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las etapas y actividades estratégicas en el ámbito de los servicios de conservación y mantenimiento, que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa de la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales y financieros requeridos para garantizar la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales y financieros requeridos para realizar adecuadamente la garantía de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento?

Tabla 3. Guía de entrevista para el Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Categorías	Preguntas de entrevista
	15. ¿Considera que los recursos materiales y financieros son suficientes para lograr la garantía de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento y que esto contribuya al logro del objetivo del Programa de atención a la salud?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan para el proceso de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para llevar a cabo los servicios de conservación y mantenimiento se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos o resultados que se generan al llevar a cabo los servicios de conservación y mantenimiento? 19. ¿De qué manera los productos o resultados que se generan del proceso de la Seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento apoyan al proceso subsecuente que, dentro de la propuesta de INSAD, corresponde con los procesos de servicios relacionados con “Consulta externa”, “Urgencias” y “Hospitalización”? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan con el proceso de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la planeación, contratación, aplicación, supervisión y evaluación de los servicios de conservación y mantenimiento para la atención a la salud de la PDH del Programa?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente la planeación de los servicios de conservación y mantenimiento? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es apropiada para realizar adecuadamente la planeación,

Tabla 3. Guía de entrevista para el Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Categorías	Preguntas de entrevista
	contratación, aplicación, supervisión y evaluación de los servicios de conservación y mantenimiento?; ¿por qué?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento en el logro del objetivo del Programa para la atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de conservación y mantenimiento? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado el proceso de seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las fortalezas que observa en el proceso de seguridad en la Infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? 28. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que observa en el proceso de seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento, tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee el proceso de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? (si se requiere, explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización del proceso de la seguridad en la infraestructura través de los servicios de conservación y mantenimiento? En caso afirmativo solicitar que describa cuáles y, si existe algún mecanismo para su solución. 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del proceso de la seguridad en la infraestructura través de los

Tabla 3. Guía de entrevista para el Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Categorías	Preguntas de entrevista
	servicios de conservación y mantenimiento? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 4. Guía de entrevista para el Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	Se concibe el proceso de Verificación de la Derechohabiencia como el conjunto de mecanismos a través de los cuales se registran los derechohabientes para su atención en el sistema de salud del IMSS. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar la verificación de la derechohabiencia? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted qué área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de verificación de la derechohabiencia? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales que se realizan para llevar a cabo la verificación de la derechohabiencia? 4. ¿Cuáles son las áreas o instancias que participan en la verificación de la derechohabiencia?

Tabla 4. Guía de entrevista para el Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Categorías	Preguntas de entrevista
	5. Particularmente, ¿cuál función desempeña para llevar a cabo la verificación de la derechohabiencia? 6. ¿Cuáles considera que son los actores esenciales que participan en la verificación de la derechohabiencia?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya para llevar a cabo la verificación de la derechohabiencia? 8. ¿En qué medida estos documentos son utilizados para realizar la verificación de la derechohabiencia?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio la verificación de la derechohabiencia y con qué actividad finaliza? 10. En la atención a la salud en el IMSS ¿cuál considera es el proceso subsecuente a la verificación de la derechohabiencia y de qué manera las actividades realizadas en éste inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera la verificación de la derechohabiencia se articula con otros procesos del Programa para la atención a la salud, por ejemplo: planeación; consulta externa; hospitalización; urgencias; y calidad y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las etapas y actividades estratégicas en el ámbito de la verificación de la derechohabiencia que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa de la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente la verificación de la derechohabiencia? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente la verificación de la derechohabiencia? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr que la verificación de la derechohabiencia se desarrolle adecuadamente y contribuya así al logro del objetivo del Programa de atención a la salud?; ¿por qué?

Tabla 4. Guía de entrevista para el Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Categorías	Preguntas de entrevista
	16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan durante la verificación de la derechohabiencia? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para llevar a cabo la verificación de la derechohabiencia se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos o resultados que se generan al llevar a cabo la verificación de la derechohabiencia? 19. ¿De qué manera los productos o resultados que se generan de la verificación de la derechohabiencia apoyan al proceso subsecuente que, dentro de la propuesta de INSAD, corresponde al de “Consulta Externa”? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en el ámbito de la verificación de la derechohabiencia? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la atención brindada durante la verificación de la derechohabiencia?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente la verificación de la derechohabiencia? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es apropiada para realizar adecuadamente la verificación de la derechohabiencia?; ¿por qué?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la relevancia del servicio de verificación de derechohabiencia en el logro del objetivo de atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	

Tabla 4. Guía de entrevista para el Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Categorías	Preguntas de entrevista
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los usuarios a quienes les es proporcionado el servicio de verificación de derechohabencia? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado el proceso de verificación de derechohabencia?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las fortalezas que observa en la verificación de la derechohabencia tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que observa en la verificación de la derechohabencia tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee la verificación de la derechohabencia? (si se requiere, explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización de la verificación de derechohabencia? En caso afirmativo que describa cuáles y, si existe algún mecanismo para su solución. 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades de la verificación de derechohabencia? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 5. Guía de entrevista para el Proceso 5. de Consulta Externa

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo?

Tabla 5. Guía de entrevista para el Proceso 5. de Consulta Externa

Categorías	Preguntas de entrevista
	• ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	En esta Guía se abordará el Proceso de Consulta Externa. Siempre que se hable del concepto de “consulta externa”, en los casos particulares que corresponda, se considere como el conjunto de programas en los que se involucra la atención a la salud y que dada su relevancia se incluya, de forma específica, a la atención materna y perinatal. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar la consulta externa? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted que área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de consulta externa? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	El proceso de consulta externa se concibe como la atención que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. 3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales del proceso de consulta externa/atención materna y perinatal? 4. ¿Qué áreas o instancias participan en el desarrollo del proceso de consulta externa? 5. De forma específica, ¿cuál es su participación en el proceso de consulta externa? 6. ¿Cuáles considera son los actores esenciales para la operación del proceso de consulta externa?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya el desarrollo de la consulta externa? 8. ¿En qué medida estos documentos se utilizan para apoyar el desarrollo de la consulta externa?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio del proceso de consulta externa/atención materna perinatal y con qué actividad finaliza?

Tabla 5. Guía de entrevista para el Proceso 5. de Consulta Externa

Categorías	Preguntas de entrevista
	10. En la atención a la salud del IMSS ¿cuál considera es el proceso subsecuente al de consulta externa y de qué manera las actividades realizadas en la consulta externa inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera el proceso de consulta externa se articula con otros procesos del Programa, por ejemplo: planeación; verificación de la derechohabencia; hospitalización; urgencias y; calidad y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las etapas y actividades estratégicas en el ámbito de la consulta externa/atención materna y perinatal que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente el proceso de consulta externa? 14. ¿Podría describir cómo participa en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente el proceso de consulta externa? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr que el proceso de consulta externa/atención materna y perinatal se desarrolle adecuadamente y contribuir así al logro del objetivo del Programa?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan en el proceso de consulta externa? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para la consulta externa se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos que se generan al prestar el servicio de la consulta externa? 19. ¿De qué manera los productos que se generan del proceso de consulta externa apoyan al proceso de hospitalización? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en el proceso de consulta externa /atención materna y perinatal?

Tabla 5. Guía de entrevista para el Proceso 5. de Consulta Externa

Categorías	Preguntas de entrevista
	21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la atención que se brinda en la consulta externa?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente el proceso de consulta externa? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es apropiada para brindar adecuadamente la consulta externa/atención materna y perinatal?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de consulta externa en el logro del objetivo del Programa?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los derechohabientes que acuden a la consulta externa/atención materna y perinatal? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado la atención en la consulta externa?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en el proceso de consulta externa tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en el proceso de consulta externa tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee el proceso de consulta externa que se brinda en el IMSS? (si se requiere explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización de la consulta externa/atención prenatal y puerperal? En caso afirmativo que describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución

Tabla 5. Guía de entrevista para el Proceso 5. de Consulta Externa

Categorías	Preguntas de entrevista
	31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades realizadas en la consulta externa? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 6. Guía de entrevista para el Proceso 6. de Urgencias

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	En esta Guía se abordará el Proceso de Urgencias. Les vamos a agradecer que siempre que se hable del concepto de “urgencias”, en los casos particulares que corresponda, se incluya en este concepto tanto la atención de urgencias en general, como las relacionadas con la atención de emergencias obstétricas. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar la atención de urgencia/emergencias obstétricas? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted que área del IMSS se hace cargo de coordinar la atención de urgencia? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	La atención de urgencias incluye el conjunto de acciones, mecanismos e instrumentos a través de los cuales los derechohabientes del Programa reciben atención médica de urgencia o de emergencia obstétrica.

Tabla 6. Guía de entrevista para el Proceso 6. de Urgencias

Categorías	Preguntas de entrevista
	3. ¿Podría describir las actividades centrales que se realizan para brindar la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas? 4. ¿Qué áreas o instancias participan en la atención médica de urgencias? 5. Particularmente, ¿cuál es su participación en el otorgamiento de la atención médica de urgencias? 6. ¿Cuáles considera que son los actores esenciales para llevar a cabo la atención médica de urgencias?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya otorgar la atención médica de urgencias? 8. ¿En qué medida estos documentos se utilizan para entregar la atención médica de urgencias?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad inicia la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas y cuál es la acción que lo finaliza? 10. ¿Cuál es el proceso que usted considera, sigue al de urgencias y de qué manera las actividades realizadas en la atención médica de urgencias inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera la atención médica de urgencias se articula con otros procesos del Programa, por ejemplo: planeación; verificación de la derechohabencia; hospitalización; y calidad y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las actividades estratégicas en el ámbito de la atención médica de urgencias que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa y por qué?

Tabla 6. Guía de entrevista para el Proceso 6. de Urgencias

Categorías	Preguntas de entrevista
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente la atención médica de urgencias? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente la atención médica de urgencias? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr que la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas se desarrolle adecuadamente y contribuir así al logro del objetivo del Programa?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se llevan a cabo en la atención médica de urgencias? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se realizan las distintas actividades para brindar la atención médica de urgencias se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales resultados que se generan al brindar la atención médica de urgencias? 19. ¿De qué manera los resultados que se generan del proceso de atención médica de urgencias apoyan los procesos con los que se interrelaciona de manera directa: consulta externa y el de Hospitalización? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P).
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la atención médica de urgencias?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS o de la Dirección de Prestaciones Médicas para llevar a cabo adecuadamente la atención médica de urgencias? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS así como de la Dirección de Prestaciones Médicas es adecuada para brindar adecuadamente la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas?; ¿por qué?

Tabla 6. Guía de entrevista para el Proceso 6. de Urgencias

Categorías	Preguntas de entrevista
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia de la atención médica de urgencias en el logro del objetivo del Programa?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los derechohabientes que acuden a la atención médica de urgencias? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en la atención médica de urgencias tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en la atención médica de urgencias/ emergencias obstétricas, tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee la atención médica de urgencias/emergencias obstétricas que se brinda en el IMSS? 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte el servicio de atención de urgencia/emergencias obstétricas? En caso afirmativo que describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución. 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades realizadas en la atención de urgencias? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 7. Guía de entrevista para el Proceso7. de Hospitalización

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	En esta Guía se abordará el Proceso de Hospitalización. Les vamos a agradecer que siempre que se hable de este concepto de “hospitalización”, en los casos particulares que corresponda, se entienda este concepto como la hospitalización relacionada con la morbilidad general y aquella vinculada eventos ginecobstétricos. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar la hospitalización por morbilidad general/ginecobstétrica? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted que área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de hospitalización? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	Se concibe el proceso de hospitalización como el servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. 3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales que se realizan para brindar el proceso de hospitalización por morbilidad general/ginecobstétrica? 4. ¿Cuáles son las áreas o instancias que participan en el proceso de hospitalización? 5. Particularmente, ¿cuál es la función que desempeña en el proceso de hospitalización? 6. ¿Cuáles considera son los actores esenciales para llevar a cabo el proceso de hospitalización?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya para desarrollar adecuadamente el proceso de hospitalización?

Tabla 7. Guía de entrevista para el Proceso7. de Hospitalización

Categorías	Preguntas de entrevista
	8. ¿En qué medida estos documentos son utilizados para proporcionar el proceso de hospitalización?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad inicia del proceso de hospitalización por morbilidad general/ginecobstétrica y cuál es la acción que lo finaliza? 10. En la atención a la salud del IMSS ¿Cuál considera es el proceso subsecuente al proceso de hospitalización y de qué manera las actividades realizadas en éste inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera la hospitalización se articula con otros procesos del Programa, por ejemplo: planeación; verificación de la derechohabencia; consulta externa; urgencias; y calidad y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las actividades estratégicas en el ámbito de la hospitalización que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	13. ¿Podría describir ¿cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente el proceso de hospitalización? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para realizar adecuadamente el proceso de hospitalización? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr que la hospitalización se desarrolle adecuadamente y contribuir así al logro reducir la morbilidad?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan durante la hospitalización? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para brindar la hospitalización se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos o resultados que se generan al brindar una adecuada hospitalización? 19. ¿De qué manera los productos o resultados que se generan del proceso de hospitalización apoyan los procesos de consulta externa y, calidad y satisfacción?

Tabla 7. Guía de entrevista para el Proceso7. de Hospitalización

Categorías	Preguntas de entrevista
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en el proceso de hospitalización por morbilidad general/ ginecobstétrica? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la atención en el proceso de hospitalización?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente el proceso de hospitalización? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es adecuada para brindar adecuadamente el proceso de hospitalización por morbilidad general/ ginecobstétrica?; ¿Por qué?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de hospitalización en el logro del objetivo del Programa?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de los derechohabientes a quienes se les ha atendido en el proceso de hospitalización? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado el proceso de hospitalización?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en el proceso de hospitalización tal y como se ejecuta actualmente? 28. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en el proceso de hospitalización tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee el proceso de hospitalización por morbilidad general/ ginecobstétrica que se brinda en el IMSS? 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización de la hospitalización por morbilidad general/ ginecobstétrica? En

Tabla 7. Guía de entrevista para el Proceso 7. de Hospitalización

Categorías	Preguntas de entrevista
	caso afirmativo describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades realizadas en la hospitalización? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 8. Guía de entrevista para el Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	Se concibe el Proceso de Calidad y Seguridad como el conjunto de acciones de verificación de la atención de las necesidades de salud, así como mecanismos mediante los cuales el programa comprueba que los servicios entregados a los beneficiarios funcionan de acuerdo con el objetivo planteado, desde la seguridad del paciente a través de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención a la salud. 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar las actividades del proceso de calidad y seguridad en la atención médica? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted qué área del IMSS se hace cargo de coordinar el proceso de calidad y seguridad en la atención médica? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.

Tabla 8. Guía de entrevista para el Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Categorías	Preguntas de entrevista
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir las etapas y actividades centrales que se realizan para llevar a cabo el proceso de calidad y seguridad en la atención médica, en particular la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? 4. ¿Cuáles son las áreas o instancias que participan en el proceso de calidad y seguridad en la atención médica? 5. Particularmente, ¿cuál es la función que usted desempeña para llevar a cabo las acciones del proceso de calidad y seguridad en la atención médica? 6. ¿Cuáles considera que son los actores esenciales que participan en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud?; ¿por qué? 7. ¿Cuáles son los documentos normativos en los que se apoya para llevar a cabo la planeación, vigilancia y control de la infección asociada a la atención a la salud? 8. ¿En qué medida estos documentos son utilizados para realizar la prevención de la infección asociada a la atención a la salud?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio el proceso calidad y seguridad en la atención a la salud? 10. En la atención a la salud en el IMSS ¿cuál considera es el proceso subsecuente al de calidad y seguridad en la atención a la salud y de qué manera las actividades realizadas en éste inciden directamente en el logro del siguiente proceso? 11. ¿De qué manera la prevención de la infección asociada a la atención a la salud se articula con otros procesos del Programa, por ejemplo: planeación; consulta externa; hospitalización; urgencias, seguridad en la infraestructura y satisfacción de los derechohabientes? 12. ¿Cuáles son las etapas y actividades estratégicas en el ámbito de la prevención de la infección asociada a la atención a la salud, que son fundamentales para lograr el objetivo del Programa de la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal	13. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales y financieros requeridos para realizar adecuadamente la garantía de la calidad y seguridad en la atención a la salud? 14. ¿Podría describir cuál es su participación en la determinación de los recursos materiales y financieros requeridos para realizar adecuadamente la garantía de la calidad y seguridad a través

Tabla 8. Guía de entrevista para el Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Categorías	Preguntas de entrevista
c. Recursos financieros d. Infraestructura	de la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? 15. ¿Considera que los recursos materiales y financieros son suficientes para lograr la garantía de la calidad y seguridad en la atención a la salud y que esto contribuya al logro del objetivo del Programa?; ¿por qué? 16. ¿Podría describir cuáles son los tiempos que regulan las distintas actividades que se desarrollan para el proceso de calidad y seguridad a través de la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? 17. ¿Considera que los tiempos en los cuales se desarrollan las distintas actividades para llevar a cabo el proceso de calidad y seguridad se realizan adecuadamente?; ¿por qué?
4. Productos	18. ¿Cuáles considera son los principales productos o resultados que se generan al llevar a cabo de calidad y seguridad en la atención a la salud? 19. ¿De qué manera los productos o resultados que se generan del proceso de calidad y seguridad apoyan al proceso subsecuente que, dentro de la propuesta de INSAD, corresponde con los procesos de servicios relacionados con “Consulta externa”, “Urgencias” y “Hospitalización”? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	20. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan con el proceso de calidad y seguridad en la atención a la salud? 21. ¿De qué manera estos sistemas contribuyen a mejorar la planeación, ejecución supervisión y evaluación, de las acciones del proceso de calidad y seguridad, en la atención a la salud de la PDH del Programa?
6. Coordinación	22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS para desarrollar adecuadamente la planeación de las acciones de prevención de la infección asociada a la atención a la salud? 23. ¿Considera que la coordinación con otras instancias del IMSS es apropiada para realizar adecuadamente la planeación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones de prevención de la infección asociada a la atención a la salud?; ¿por qué?

Tabla 8. Guía de entrevista para el Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Categorías	Preguntas de entrevista
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la importancia del proceso de calidad y seguridad en el logro del objetivo del Programa para la atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	
9. Satisfacción de los beneficiarios	25. ¿Podría describir los mecanismos que se utilizan para valorar la satisfacción de las acciones de prevención de la infección asociada a la atención a la salud? Si existen dichos mecanismos, preguntar: ¿A cargo de quién están, si están documentados y si existe algún sistema de información en el que se sistematicen? 26. ¿De qué manera la información recopilada de la opinión de los derechohabientes ha mejorado el proceso de calidad y seguridad en la atención a la salud?
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	27. ¿Cuáles son las fortalezas que observa en el proceso de calidad y seguridad en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? 28. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que observa en el proceso de calidad y seguridad en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud, tal y como se ejecuta actualmente? 29. ¿Cuáles considera son las buenas prácticas que posee el proceso de calidad y seguridad en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? (si se requiere, explicar qué es una buena práctica) 30. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la realización del proceso de calidad y seguridad en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? En caso afirmativo solicitar que describa cuáles y, si existe algún mecanismo para su solución. 31. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del proceso de calidad y seguridad en la prevención de la infección asociada a la atención a la salud? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 9. Guía de entrevista para el Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	El Proceso de Quejas y Satisfacción tiene dos vertientes que lo conforman: la atención a la queja médica y la medición de la satisfacción de la derechohabiente y del personal de salud. 1. ¿Se cuenta con procesos documentados para realizar las actividades para la atención a quejas médicas y medir la satisfacción de personas beneficiarias y del personal de salud? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted qué áreas del IMSS se hacen cargo de coordinar el proceso de atención de quejas y de medir la satisfacción de la derechohabiente y del personal de salud? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.
1. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir cómo ha sido su participación en la atención de quejas médicas y/o en la medición de la satisfacción a la derechohabiente y del personal de salud del Programa con el que se atiende a la salud? 4. ¿Cuáles son las áreas de las que tiene conocimiento que participen en la atención de quejas y/o en la medición de la satisfacción? 5. ¿Cuáles son las actividades principales que integran el proceso de atención a quejas y/o el de medición de la satisfacción? 6. Desde el ámbito de su responsabilidad, ¿cómo se planean y desarrollan las actividades para la atención a quejas y/o para medir la satisfacción? 7. ¿Cuáles considera que son los documentos principales que norman la atención a quejas y/o la medición de la satisfacción y en qué medida son utilizados para guiar su operación? 8. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuáles son los principales indicadores asociados a la atención de quejas y/o para la medición de la satisfacción del Programa para la atención a la

Tabla 9. Guía de entrevista para el Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Categorías	Preguntas de entrevista
	salud?; ¿cómo se definen dichos indicadores y qué áreas participan en su elaboración, actualización y seguimiento?
2. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio del proceso de atención a quejas y con cuál el de satisfacción y con qué actividad finaliza? 10. En su opinión, ¿de qué manera el proceso de quejas y satisfacción se articula con otros procesos para la atención a la salud? 11. ¿Cuáles son las actividades estratégicas en el ámbito de la atención de quejas y/o medición de la satisfacción, que son fundamentales para mejorar la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	12. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para lograr el objetivo de atención a quejas y/o medición de la satisfacción y se da seguimiento al ejercicio presupuestal? 13. ¿Considera que el personal encargado del contacto con la derechohabiente que interpone quejas, así como quienes le dan seguimiento a las mismas y de quienes se hacen cargo de la medición de la satisfacción, están correctamente capacitados en materias como derechos humanos y perspectiva de género? 14. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuál ha sido su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para dar atención a las quejas médicas o para medir la satisfacción de la derechohabiente y del personal de salud? 15. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr una gestión operativa eficiente para la atención de las quejas y/o para la medición de la satisfacción? 16. ¿Cuáles son los tiempos clave que determinan las actividades a realizar en el proceso de quejas y satisfacción? Por ejemplo: para quejas: a) recepción de la queja; b) integración del expediente; c) conclusión de la queja, etc. Y para el de medición de la satisfacción: a) actualización de la metodología; b) aplicación de las encuestas de satisfacción, etc. 17. ¿Los tiempos que se llevan a cabo para desarrollar las diversas acciones para la atención de las quejas y/o de la medición de la satisfacción, se realizan en un tiempo adecuado?

Tabla 9. Guía de entrevista para el Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Categorías	Preguntas de entrevista
4. Productos	18. ¿De qué manera los productos que se generan en el proceso de quejas y satisfacción apoyan al conjunto de procesos dentro de la propuesta del Modelo General de Operación del Programa? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	19. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en cada una de las vertientes del proceso de quejas y satisfacción? 20. ¿De qué manera estos sistemas mejoran la operación del proceso de quejas y satisfacción?
6. Coordinación	21. ¿Cómo se realiza la coordinación con otras dependencias gubernamentales externas al IMSS para llevar a cabo el proceso de quejas y de satisfacción? (CNDH y CONAMED para quejas; y la SS para la medición de la satisfacción). 22. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS o de la Dirección de Prestaciones Médicas o del OOAD para llevar a cabo el proceso de quejas y satisfacción? 23. ¿Considera que la coordinación con otras dependencias gubernamentales, así como con las propias instancias del IMSS es adecuada para la implementación del proceso de quejas y satisfacción?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	24. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de quejas y satisfacción en el logro del objetivo de la atención a la salud?
8. Importancia estratégica del proceso	25. ¿Considera que este proceso es sustantivo para la operación del Programa? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué lo considera así? Si la respuesta es negativa, solicitar que explique las razones.
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	26. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en el proceso de quejas y/o satisfacción tal y como se ejecuta actualmente? 27. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en el proceso de quejas y/o satisfacción tal y como se ejecuta actualmente?

Tabla 9. Guía de entrevista para el Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Categorías	Preguntas de entrevista
	28. ¿Cuáles considera las buenas prácticas que posee el proceso de quejas y/o satisfacción? (si se requiere explicar qué es una buena práctica) 29. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la ejecución del proceso de quejas y/o satisfacción? En caso afirmativo que describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución 30. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del proceso de quejas y/o satisfacción? En caso afirmativo ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Tabla 10. Guía de entrevista para el Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Categorías	Preguntas de entrevista
Datos personales y funciones	• ¿Me podría indicar su nombre completo? • Identificar el sexo de la persona entrevistada: Hombre o Mujer. • ¿Cuál es su área de adscripción? • ¿Cuál es su cargo actual y cuánto tiempo se ha desempeñado en el mismo? • ¿Cuáles son las principales funciones a su cargo?
Aspectos generales	El Proceso de Monitoreo y Evaluación se relaciona con el ejercicio sistemático de evaluación de los procesos, así como del monitoreo en el avance de los indicadores y metas del Programa, a través de tres elementos: monitoreo programático y presupuestal; evaluación externa; y monitoreo y evaluación interna. Con base en estos referentes: 1. ¿Se cuenta con un proceso documentado para realizar las actividades de monitoreo y evaluación, tanto interna como externa, del Programa para la atención a la salud? Si la respuesta es afirmativa, solicitar su entrega. 2. ¿Sabe usted qué áreas del IMSS se hacen cargo de coordinar el proceso de monitoreo y evaluación del Programa? En caso afirmativo, solicitar que mencione el nombre específico del área y su dependencia jerárquica superior.

Tabla 10. Guía de entrevista para el Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Categorías	Preguntas de entrevista
3. Actividades, componentes y actores	3. ¿Podría describir cómo ha sido su participación en la realización de acciones de monitoreo y/o en acciones de evaluación del Programa con el que se atiende a la salud? 4. ¿Cuáles son las áreas de las que tiene conocimiento que participan en el seguimiento de indicadores de la MIR, de los indicadores del Programa de Trabajo del IMSS y de la DPM? 5. ¿Cuáles son las actividades principales que integran el proceso de monitoreo y evaluación? 6. Desde el ámbito de su responsabilidad, ¿cómo se planean y desarrollan las actividades de monitoreo y evaluación? 7. ¿Cuáles considera que son los documentos principales que norman el monitoreo programático y presupuestal y las evaluaciones del Programa para la atención a la salud y en qué medida son utilizados para guiar su operación? 8. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuáles son los principales indicadores del Programa para la atención a la salud a los que se da seguimiento?; ¿cómo se definen dichos indicadores y qué áreas participan en su seguimiento?
4. Límites del proceso y articulación	9. ¿Con qué actividad da inicio del proceso de monitoreo y evaluación y con qué actividad finaliza? 10. En su opinión, ¿de qué manera el proceso de monitoreo y evaluación se articula con otros procesos para la atención a la salud? 11. ¿Cuáles son las actividades estratégicas en el ámbito del monitoreo y la evaluación que son fundamentales para mejorar la atención a la salud y por qué?
3. Insumos y recursos a. Tiempo b. Personal c. Recursos financieros d. Infraestructura	12. ¿Podría describir cómo se determinan los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para llevar a cabo las acciones de monitoreo y evaluación? 13. En el ámbito de su responsabilidad, ¿cuál ha sido su participación en la determinación de los recursos materiales, humanos y financieros requeridos para llevar a cabo las actividades de monitoreo y evaluación? 14. ¿Considera que los recursos materiales, humanos y financieros son suficientes para lograr una gestión operativa eficiente del Programa para la atención a la salud y, con ello, lograr su objetivo?

Tabla 10. Guía de entrevista para el Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Categorías	Preguntas de entrevista
	15. ¿Cuáles son los tiempos clave que determinan las actividades a realizar en el proceso de monitoreo y evaluación?, por ejemplo: a) Actualización del Manual Metodológico de Indicadores Médicos, b) Registro de información de los indicadores; c) Seguimiento de indicadores de la MIR del Programa, d) evaluación externa del Programa. 16. ¿Los tiempos que se llevan a cabo para desarrollar las diversas acciones de monitoreo y evaluación se realizan en un tiempo adecuado?
4. Productos	17. ¿De qué manera los productos que se generan en el proceso de monitoreo y evaluación apoyan al conjunto de procesos dentro de la propuesta de INSAD? (Si es necesario explicar brevemente el MGO-P)
5. Sistemas de información	18. ¿Cuáles son los sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas que se realizan en el proceso de monitoreo y evaluación? 19. ¿De qué manera estos sistemas mejoran la operación del proceso de monitoreo y evaluación?
6. Coordinación	20. ¿Cómo se realiza la coordinación con otras dependencias gubernamentales externas al IMSS para llevar a cabo el proceso de evaluación y monitoreo? (SHCP, CONEVAL, SFP, ASF) 21. ¿De qué manera se coordina con otras instancias del IMSS o de la Dirección de Prestaciones Médicas o del OOAD para llevar a cabo el proceso de monitoreo y evaluación? 22. ¿Considera que la coordinación con otras dependencias gubernamentales, así como con las propias instancias del IMSS es adecuada para la implementación del proceso de monitoreo y evaluación?
7. Pertinencia del proceso y condiciones en el que se desarrolla	23. ¿Cómo define la trascendencia del proceso de monitoreo y evaluación en el logro del objetivo de la atención a la salud?

Tabla 10. Guía de entrevista para el Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Categorías	Preguntas de entrevista
8. Importancia estratégica del proceso	24. ¿Considera que este proceso es sustantivo para la operación del Programa? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué lo considera así? Si la respuesta es negativa, solicitar que explique las razones.
10. Fortalezas, áreas de oportunidad, buenas prácticas, cuellos de botella, riesgos.	25. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que observa en el proceso de monitoreo y evaluación tal y como se ejecuta actualmente? 26. ¿Cuáles son las tres principales áreas de oportunidad que observa en el proceso de monitoreo y evaluación tal y como se ejecuta actualmente? 27. ¿Cuáles considera las buenas prácticas que posee el proceso de monitoreo y evaluación? (si se requiere explicar qué es una buena práctica) 28. ¿Identifica algún cuello de botella que dificulte la ejecución del proceso de monitoreo y evaluación? En caso afirmativo que describa cuáles y si existe algún mecanismo para su solución 29. ¿Identifica algún riesgo que esté asociado con las actividades del proceso de monitoreo y evaluación? En caso afirmativo ¿cuáles son los mecanismos empleados por el Programa para su atención?

Fuente: Elaboración propia con base en el Anexo Técnico que norma la evaluación (IMSS-DPM/AT, 2020).

Anexo V. Flujoigramas de los procesos del Programa (Anexo III del AT)

Anexo V.1 Proceso de Planeación

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)
INICIO DEL PROCESO				
Etapas 1. Alineación y definición de objetivos				
Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN). Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel (CAISN). Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE). Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE).	Cédula: Conceptos básicos del Presupuesto Basado en Resultados- Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR- SED).	1.1 Identificar, caracterizar y cuantificar a las poblaciones potencial, objetivo y atendida (adscrita), así como las necesidades en materia de atención a la salud y de gestión administrativa.	Actualizar el diagnóstico situacional de la atención a la salud. Actualización del diagnóstico situacional (Incluye: evolución de la cobertura del Programa e identificación de necesidades de recursos humanos, materiales y financieros).	Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud. Coordinación de Planeación en Salud. División de Información en Salud. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).
Subsecretaría de Egresos, Unidad de Política y Control Presupuestario. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Director General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP.	Anexo 1 de los Lineamientos para el proceso de programación y presupuesto para el ejercicio presupuestal precedente. Criterios para elaborar, dictaminar, aprobar y dar	1.2 Elaboración y/o actualización del Diagnóstico del Programa. 1.2.1 Identificar, definir y describir el problema que atenderá el Programa (problema de salud, causas y efectos)- árbol de problemas.	Claridad en los objetivos del Programa y su alineación con los objetivos del PND. Árbol del Problema y Árbol de Objetivos del Programa. –"Información para la actualización de la Matriz de Indicadores	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Finanzas (DF).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Director General de Programación y Presupuesto “B” – SHCP.	seguimiento a los programas derivados del PND vigente.	1.2.2 Revisión del árbol de objetivos del Programa (elemento fundamental para definir el objetivo general del Programa).	para Resultados (MIR”).	
Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP). Direcciones Normativas (DN). Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “A” – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “B” – SHCP.	Norma Presupuestaria IMSS Anexo 1 de los Lineamientos para el proceso de programación y presupuesto para 2021. Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP). Se encuentra en la plataforma informática “Módulo de Seguridad de Soluciones de Negocios” (MSSN).	1.3 Revisión, actualización y vinculación de la estructura programática con el Programa Institucional.	Identificar el grado de contribución del Programa a los objetivos de salud institucionales.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Finanzas (DF).
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “A” – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “B” – SHCP.	Anexo 1 de los Lineamientos para el proceso de programación y presupuesto para 2021. Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP). Se encuentra en la plataforma informática “Módulo de Seguridad de	1.4 Vinculación de la estructura programática del Programa con el Programa Sectorial de Salud.	Conocer el grado de contribución del programa a los objetivos sectoriales en materia de salud.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Finanzas (DF).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Soluciones de Negocios" (MSSN).			
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP Dirección General de Programación y Presupuesto "B" – SHCP	Anexo 1 de los Lineamientos para el proceso de programación y presupuesto para el año fiscal precedente.	1.5 Vinculación de las estructuras programáticas con los ejes del Plan Nacional de Desarrollo vigente y sus programas derivados.	Identificar la congruencia del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) y del presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal precedente, con el PND.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Finanzas (DF).
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "B" – SHCP.	Anexo 2 de los lineamientos para el proceso de programación y presupuesto para el año fiscal precedente. Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP).	1.6 Registro de vínculos de programas presupuestarios (Pp) con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS).	Identificación del tipo y grado de contribución del Pp con las metas de los ODS.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Finanzas (DF).
Etapas 2. Programación				
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Director General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP. Director General de Programación y	Oficio con fundamento en los artículos 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3, 6, 7, 13, 24, 25, 27, 28, 29, 34 y 42 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), 1, 3, 7, 9, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 49, 56 y	2.1 Recepción de Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación para el ejercicio fiscal precedente.	Establecimiento de los aspectos generales que el IMSS como URG deberá observar en el proceso de programación y presupuestación para el ejercicio fiscal precedente.	Instituto Mexicano del Seguro Social (como Unidad Responsable del Gasto (URG).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Presupuesto “B” – SHCP.	58 de su Reglamento, y 62 del Reglamento Interior de la SHCP.			
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “A” – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto “B” – SHCP. Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño (CTPED). División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño. Dirección de Prestaciones Médicas (DPM). Dirección de Administración (DA).	Módulo PbR – PASH. Diagnóstico situacional de atención a la salud – Pp E011.	2.2 Registro, revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) o Ficha de Indicador del Desempeño (indicadores, medios de verificación y supuestos). 2.2.1 Examinar las relaciones medios-fines del Árbol de Objetivos para asegurar la validez e integridad (lógica vertical). 2.2.2 Las direcciones normativas definen las acciones e indicadores que permitan evaluar el adecuado cumplimiento de los objetivos del Programa. 2.2.3 La CTPED valida las acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del PbR y SED, para generar la MIR. 2.2.4 Registro de la MIR actualizada a través del módulo PbR en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH)	Matriz de indicadores para resultados (MIR) -Fin -Propósito -Componentes -Actividades Gasto público orientado al logro de resultados. –“Información para la Integración del anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del IMSS”.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) como UEG. Dirección de Finanzas (DF). Dirección de Administración (DA).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño.	Módulo PBR-PASH.	2.3 Difusión de la MIR en la página electrónica del IMSS, así como entre el personal responsable de los indicadores de la MIR.	Asegurar la difusión de la MIR para su seguimiento y cumplimiento.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) Dirección de Administración (DA).
Dirección de Prestaciones Médicas (DPM).	Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño.	2.4 Elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT).	- PAT de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel. - PAT de la Coordinación de Atención Integral del Segundo Nivel. - PAT de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM)
Etapas 3. Presupuestación				
Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño.	Norma Presupuestaria del IMSS. Modelo Financiero dentro del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), en sus vertientes de Presupuesto de Operación (POP) y Presupuesto de Flujo de Efectivo (PFE).	3.1 Validar acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del Presupuesto basado en Resultados (PbR) y Sistema de Evaluación de Desempeño (SED), una vez generadas las Matrices de Indicadores para Resultados.	Para identificar los recursos que se estiman asignar al Programa.	Instituto Mexicano del Seguro Social como Unidad Responsables del Gasto (URG). Dirección de Prestaciones Médicas como Unidad Ejecutora del Gasto (UEG).
Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP).	Norma Presupuestaria del IMSS	3.2 Integrar y elaborar el anteproyecto, el presupuesto, sus modificaciones y evaluaciones a que se refieren la Ley del Seguro Social (LSS).	Clave presupuestaria y estructura programática para el ejercicio fiscal procedente.	Instituto Mexicano del Seguro Social como Unidad Responsables del Gasto (URG). Dirección de Prestaciones Médicas como

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				Unidad Ejecutora del Gasto (UEG).
Dirección de Finanzas (DF).	Norma Presupuestaria del IMSS. Manual de organización del IMSS.	3.3 Plantear o actualizar las premisas institucionales ⁸¹ para la formulación del anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos, incluyendo las premisas macroeconómicas que determine la SHCP, así como las que determinen las Direcciones Normativas (DN) en el ámbito de su competencia.	Presupuesto de acuerdo con las disposiciones de la LSS, Ley de Ingresos de la Federación (LIF) y el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).	Coordinaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social como Unidad Responsables del Gasto (URG). Dirección de Prestaciones Médicas como Unidad Ejecutora del Gasto (UEG). Direcciones Normativas (DN).
Dirección de Finanzas (DF).	Norma Presupuestaria del IMSS.	3.4 Emitir y difundir mediante oficio, los lineamientos y criterios en el marco de los procesos institucionales.		
Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP).	Norma Presupuestaria del IMSS. Modelo Financiero dentro del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), en sus vertientes de Presupuesto de Operación (POP) y Presupuesto de Flujo de Efectivo (PFE).	3.5 Comunicar mediante oficio, los lineamientos y premisas para que la URG elabore y presente anualmente el Presupuesto Operativo Anual (POA).	Asegurar la elaboración del POA con base en la normatividad presupuestaria del IMSS.	IMSS como Unidad Responsables del Gasto (URG).

⁸¹ Las premisas institucionales establecidas por el Instituto para el presupuesto 2020 son: mejorar el aprovechamiento de la infraestructura existente; incrementar la productividad hospitalaria y, garantizar el equilibrio financiero (<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/413>).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Direcciones Normativas (DN). Unidades Regulatoras del Gasto (URG).	Requisitos para su presentación al HCT Norma presupuestaria del IMSS.	3.6 Las áreas sustantivas definen su aportación y acciones en materia de los programas prioritarios de salud integrados en el Programa. 3.6.1 Entrega de un documento de planeación que justifique y documente la factibilidad técnica y económica del proyecto; incluye un diagnóstico de la problemática, una descripción técnica, forma de financiamiento e indicadores de seguimiento y evaluación.	Identificar los recursos que se estiman asignar al Programa. Asignación de recursos a metas establecidas. Integración al anteproyecto de presupuesto.	Coordinación de Planeación (CP)
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "B" – SHCP.	Norma Presupuestaria del IMSS. Modelo Financiero dentro del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), en sus vertientes de Presupuesto de Operación (POP) y Presupuesto de Flujo de Efectivo (PFE).	3.7 Integración del anteproyecto de presupuesto del Programa.	Integración al PPEF del año fiscal precedente.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).
Ley Federal de Austeridad Republicana.	Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.	3.8 Reflejar el impacto de la aplicación de los principios, políticas y medidas de racionalidad y austeridad republicana	Integración al PPEF del año fiscal precedente.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).

**Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 1. de Planeación**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		previstos en el PND vigente.		
Subsecretaría de Egresos. Unidad de Política y Control Presupuestario. SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "A" – SHCP. Dirección General de Programación y Presupuesto "B" – SHCP. División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño.	Composición y estructura de la clave presupuestaria PPEF del año fiscal precedente. Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP). Se encuentra en la plataforma informática "Módulo de Seguridad de Soluciones de Negocios" (MSSN).	3.9 Integración del Programa al anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del IMSS. 3.9.1 Evaluar las matrices de marco lógico e indicadores propuestos, para ser incorporadas al anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del IMSS. 3.9.2 Evaluar los resultados de los indicadores del Programa, para incrementar la eficiencia en la aplicación del gasto programático.	Proyecto Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio Fiscal procedente (PPEF2021).	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).
Dirección de Finanzas (DF).	Autorización del POP y el PFE por el HCT.	3.10 Comunicar a cada una de las DN el monto anual aprobado para el rubro de ingreso, capítulo o cuenta de gasto del ámbito de su responsabilidad.	Documento para su distribución a las URG correspondientes.	Unidades Responsables del Gasto (URG).
Coordinación de Presupuesto e Información Programática (CPIP). Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones (CCTE).	Catálogos de las claves que identifican en el PREI a las unidades administrativas de la estructura orgánica aprobada y a los centros de costo o servicios autorizados por las DN.	3.11 Comunicar mediante oficio los lineamientos, plazos y términos para que las URG asignen el gasto aprobado a las UEG de su competencia y éstas lo repartan a los centros de costo, por cuenta y mes, acorde a los resultados obtenidos en el	Proceso de distribución inicial, las cantidades registradas en el Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto del PREI (SOAP) y en Control de Compromisos, constituirán el presupuesto de gasto corriente aprobado y comunicado para todas las URG y las UEG del IMSS.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

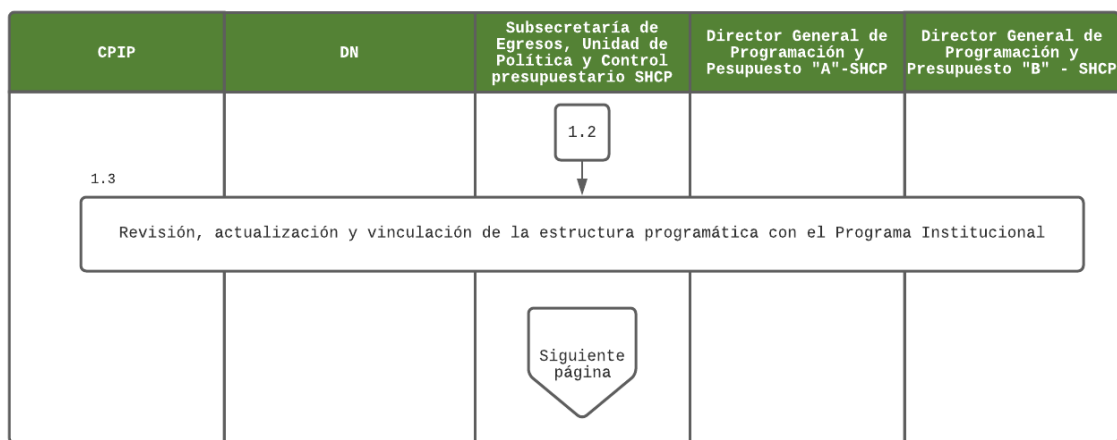
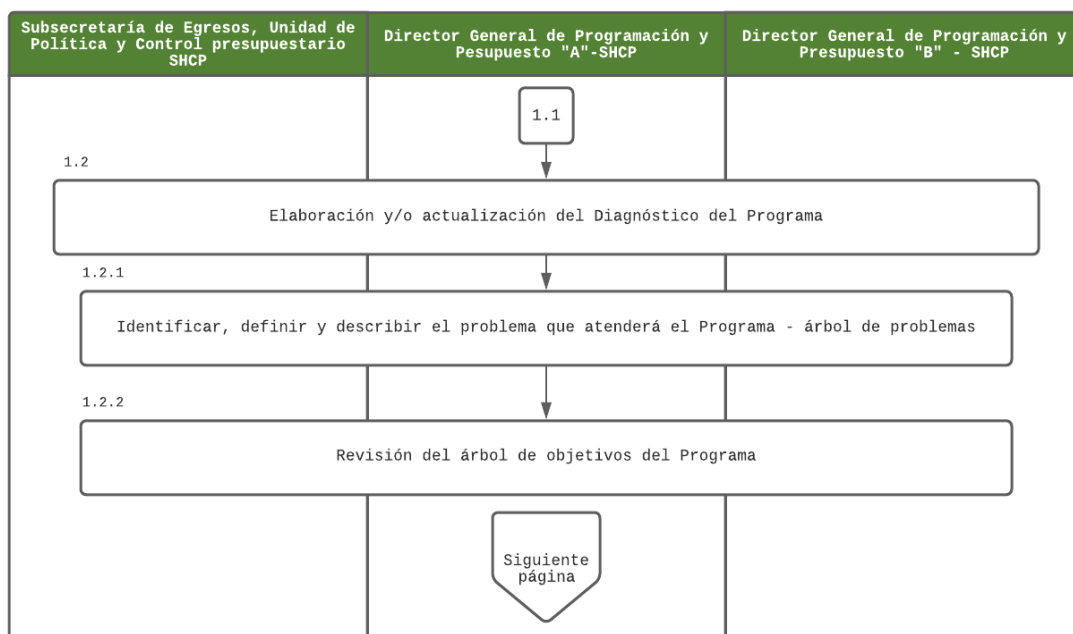
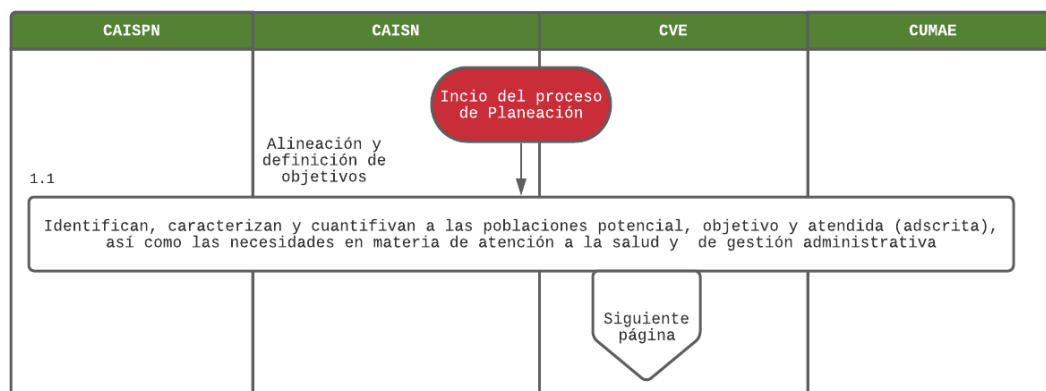
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Catálogo de cuentas contables único.	desempeño de sus PT.		
Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).	Reglas de combinación válidas para registrar operaciones en la contabilidad y las cuentas que pueden ser utilizadas por cada módulo y cuáles no podrán ser utilizadas, emitidas por la CCTE.	3.12 Registro de las operaciones contables acorde con la naturaleza del ingreso o del gasto generado.	Registro en el sistema PREI.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).
Dirección de Finanzas (DF).	Disposiciones de la LSS, la LFPRH y su reglamento y, la Norma Presupuestaria del IMSS.	3.13 Elaborar y publicar en el DOF la distribución del PEF del IMSS por rubro de ingreso, capítulo de gasto y por mes, de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la LFPRH.	Documento oficial publicado en el DOF.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).
Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).	Disposiciones de la LSS, la LFPRH y su reglamento, la Norma Presupuestaria del IMSS. El RIIMSS, el artículo del PEF referido al IMSS, los acuerdos que en esta materia expida el HCT.	3.14 Ejercicio y control del POA.	Desarrollo de actividades sustentadas en las etapas de planeación, programación y presupuestación.	Unidades Responsables del Gasto (URG). Unidades Ejecutoras del Gasto (UEG).
Unidades Responsables del Gasto (URG).	Norma Presupuestaria del IMSS.	3.15 Evaluación y seguimiento del desempeño de sus indicadores en el ámbito de su competencia.	Hacer eficientes los procesos operativos y sustantivos.	CPIP será responsable de evaluar de manera permanente, el cumplimiento de los indicadores

Tabla AV.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 1. de Planeación

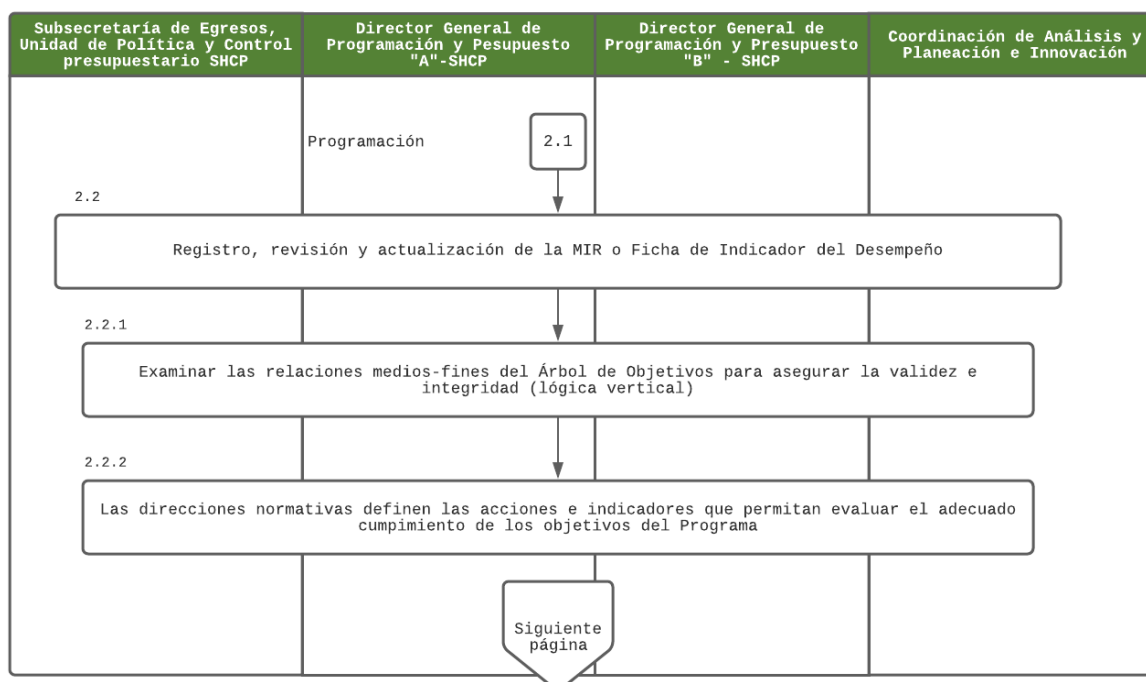
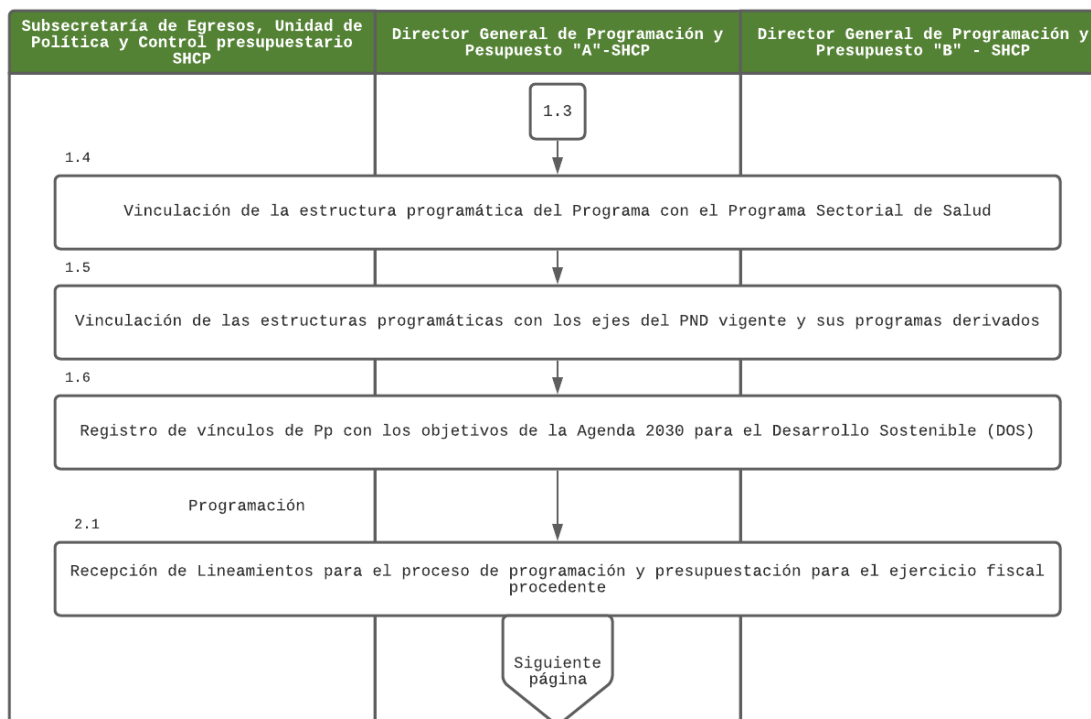
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				estratégicos y de gestión establecidos.
Unidades Responsables del Gasto (URG).	Programa de Trabajo de la DG. Norma Presupuestaria del IMSS.	3.16 Evidenciar el cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos y el alcance de metas al final de cada ejercicio (Rendición de cuentas).	Evaluaciones presupuestarias trimestrales. Gestión y presupuesto basados en resultados.	Unidad de Enlace de Delegaciones. Dirección de Finanzas (DF). Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).
CPIP	Norma Presupuestaria del IMSS	3.17 Reporte trimestral de la evaluación presupuestaria a través de indicadores de control.	Analicen y definan acciones preventivas y correctivas necesarias en su operación, para un mejor aprovechamiento de los recursos asignados.	Titulares de las URG.
Titulares de las URG.	Norma Presupuestaria del IMSS.	3.18 Informar las acciones, compromisos y correcciones a implementar a más tardar 10 días naturales después de recibir el reporte. FIN DEL PROCESO	Desarrollo de acciones que aseguren el óptimo ejercicio de los recursos asignados.	CPIP.

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con el proceso de planeación.

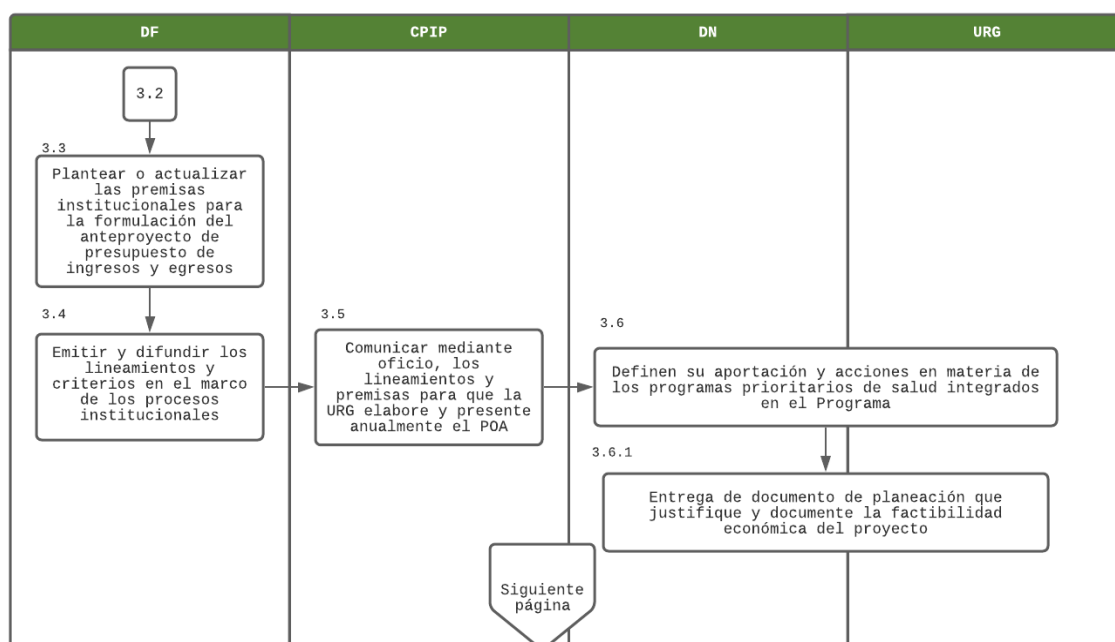
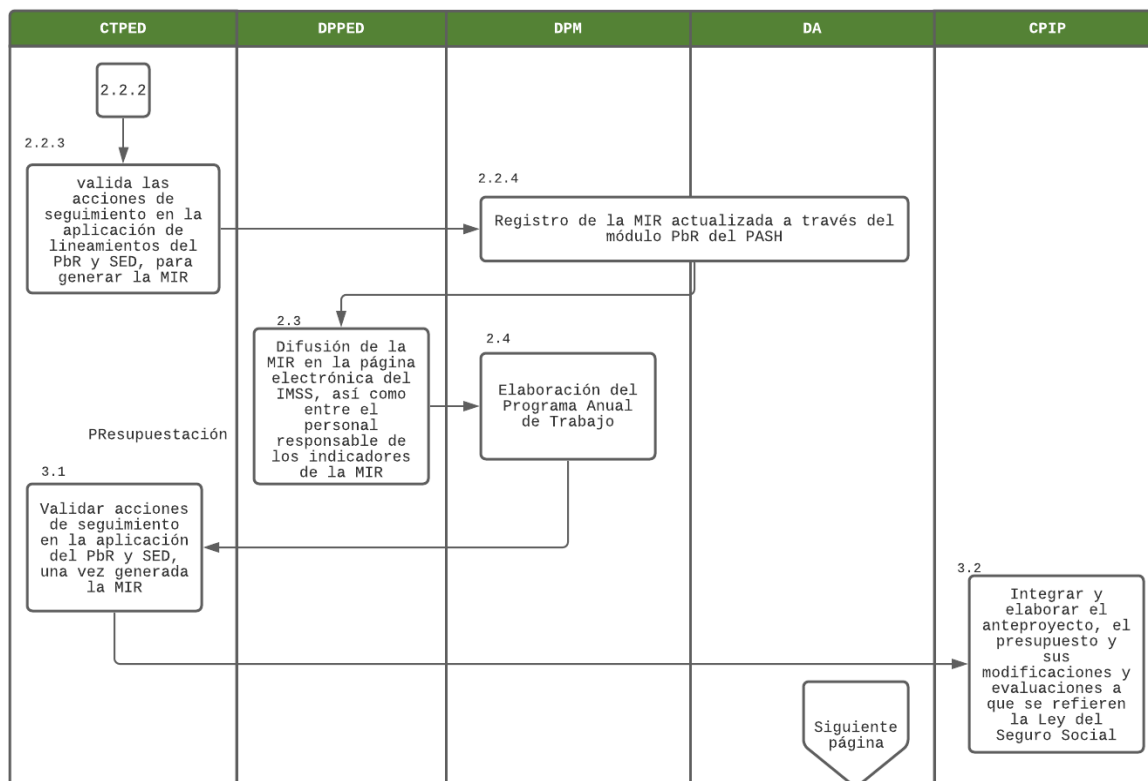
Esquema AV.1 Flujograma Proceso 1. de Planeación



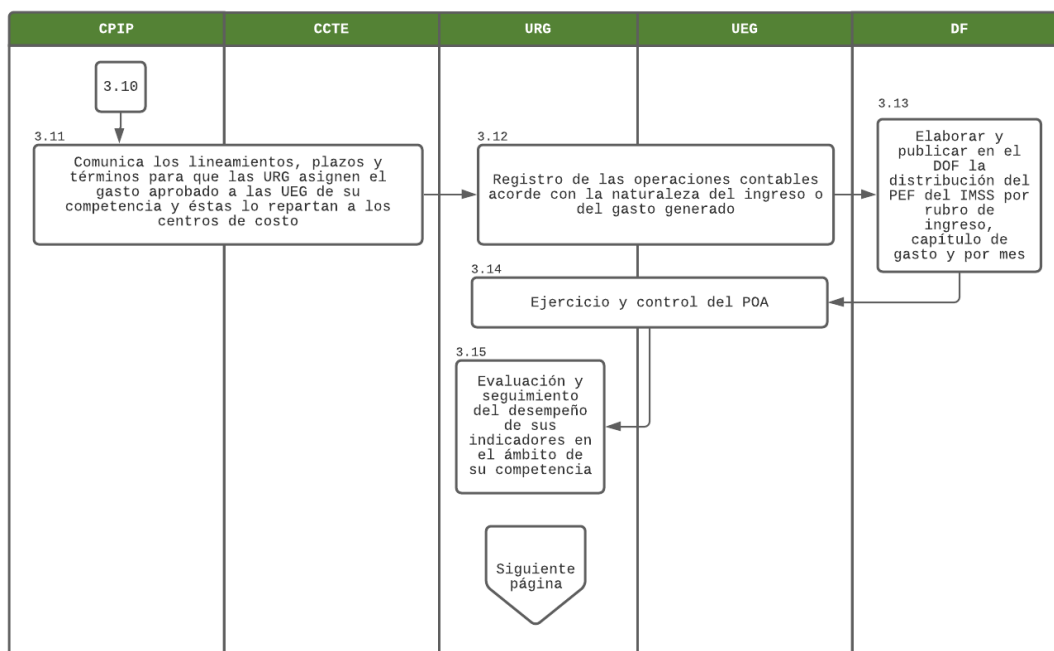
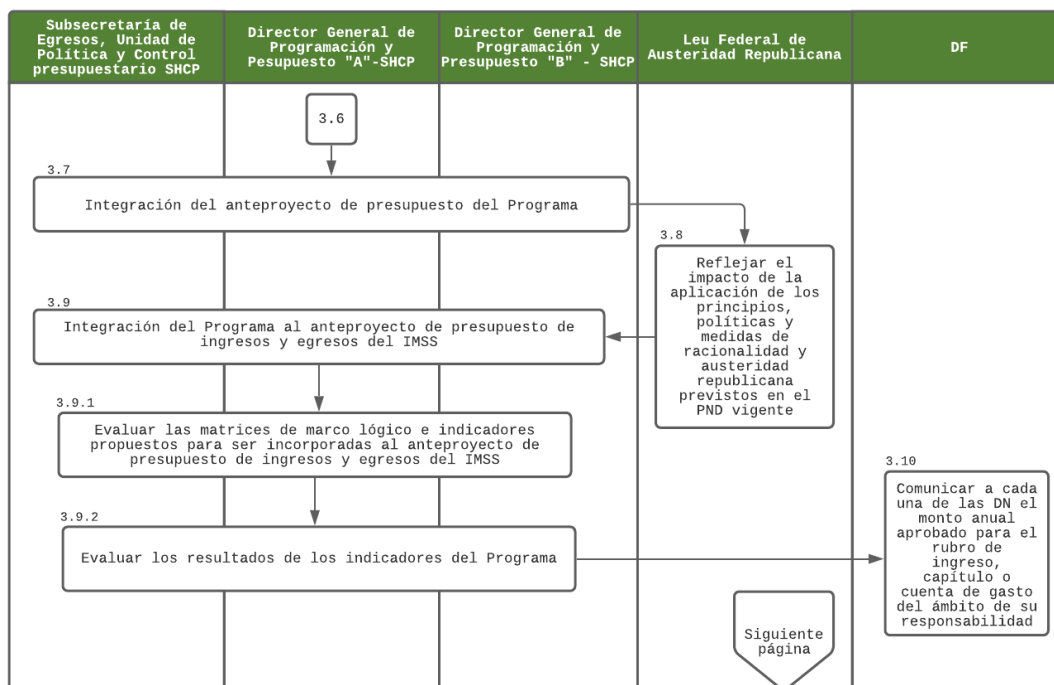
Esquema AV.1 Flujoograma Proceso 1. de Planeación



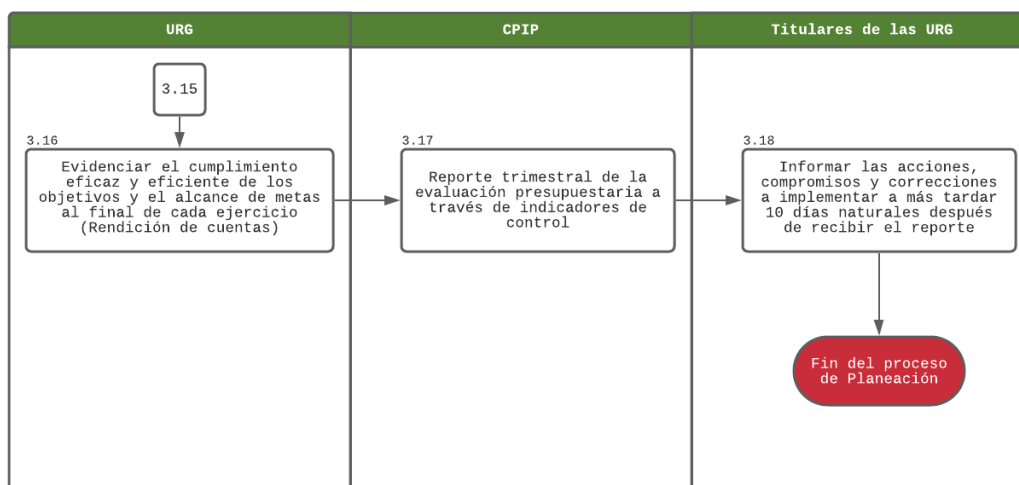
Esquema AV.1 Flujoograma Proceso 1. de Planeación



Esquema AV.1 Flujograma Proceso 1. de Planeación



Esquema AV.1 Flujograma Proceso 1. de Planeación



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.2 Proceso de Abasto de Insumos Médicos

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa institucional.

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios						
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)						
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con manuales, procedimientos y normas que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)						
INICIO DEL PROCESO ABASTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS Etap 1. Gestión, selección en apego a la normatividad y adquisición de medicamentos e insumos. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional: <table><tr><th colspan="2">Procedimiento base (o documento)</th><th>Actividades</th></tr><tr><td colspan="2">1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.</td><td>Páginas 24-31</td></tr></table>					Procedimiento base (o documento)		Actividades	1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.		Páginas 24-31
Procedimiento base (o documento)		Actividades								
1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.		Páginas 24-31								
División de Recursos Materiales y Financieros	Manual de Organización de la Dirección de Administración 1000-002-001 página 332	1.1. Elaborar, integrar y presentar el presupuesto anual de gastos de operación, de la Dirección y sus unidades administrativas.	Presupuesto Anual	Internos: Dirección Administrativa						
División de Gestión Presupuestal de Bienes y Servicios	Manual de Organización de la Dirección de Administración 1000-002-001 página 115	1.2. Verificar la distribución del presupuesto de Adquisición de Abasto de medicamentos, considerando las estrategias de compra a fin de optimizar el recurso disponible.	Informes del Sistema	Jefaturas de Servicios Administrativos en las Delegaciones y las Direcciones Administrativas de las UMAE Coordinación de Control de Abasto						
Dirección de Prestaciones Médicas	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. 2000-002-001 página 16	1.3. Emitir la normatividad relativa a los Cuadros Básicos de Insumos para la Salud.	Cuadro Básico Institucional vigente	Internos: Unidad de Atención Primaria a la Salud, Unidad de Atención Médica, Unidad de Atención, Educación y						

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				Políticas de Salud
División de Aseguramiento de Calidad y Normas	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. 2000-002-001 página 16, página 98	1.4. Verificar en el ámbito nacional e internacional las normas y especificaciones técnicas de calidad aplicables en los laboratorios, para determinar la calidad de los Medicamentos.	Informes técnicos	Internos: Dirección Administrativa Dirección de Prestaciones Médicas Jefaturas de Servicios Administrativos en las Delegaciones y las Direcciones Administrativas de las UMAE Coordinación de Control de Abasto
División de Medicamentos y Reactivos	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. 2000-002-001 página 94	1.5. Elaborar propuestas de modificación a las Convocatorias de Licitación para la adquisición de Medicamentos.	Convocatoria de Licitación	Internos: Dirección de Administración, Dirección de Prestaciones Médicas
División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud	Cuadro Básico de Insumos para la Salud vigente	1.6. Actualizar los Cuadros Básicos Institucionales de Insumos para la Salud en las Unidades Médicas.	Cuadro Básico Institucional	Internos: Personal de Salud y las Unidades de Atención Médica
División de Control y Sistemas	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001 página 16 página 100	1.7. Revisar la información de las claves de Medicamentos adquiridas por el Instituto, para clasificarlas, procesarlas y controlarlas.	Reportes en Intranet	Internos: Áreas responsables de control de Abasto
Dirección y Subdirección Médica, Administración de los tres niveles de atención y la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) y Jefatura	Programa Institucional del IMSS vigente	1.8. Gestionar oportunamente los insumos y medicamento, vigilar el uso óptimo.	Reportes	Internos: Dirección Administrativa Interno: Paciente y profesionales de la salud involucrados

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
de Servicio de (UMAA)				
Responsable y personal de Farmacia	Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual 1082-003-001 página 8	1.9. Recepción de Medicamentos en farmacia (caducidad y documentación soporte).	Remisión de almacén Talón de embarque Remisión de pedido Orden de compra Factura.	Externo: Transportista subrogado, proveedor Interno: Unidad Médicas (farmacia)

Etapla 2. Almacenamiento, conservación y, distribución. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:

Procedimiento base o documento	Actividades
1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.	Páginas 32-45
2. Procedimiento para el suministro de medicamentos a los servicios hospitalarios en Unidad Médicas de Segundo y Tercer nivel, a través de un Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos. 1B00-B03-001.	Páginas 34-49
3. Manual de Organización de a Dirección de Administración.	Páginas 76- 120

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento Delegacional	Manual de Organización de la Jefatura de Servicios Administrativos Clave: 1000 -002-006 página 76 Procedimiento para el suministro de medicamentos a los servicios hospitalarios en Unidad Médicas de Segundo y Tercer nivel, a través de un Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos. 1B00-B03-001	2.1. Gestionar la adquisición, almacenaje y suministro de los insumos de alta revolvencia, necesarios para garantizar el funcionamiento de las áreas.	Insumos	Interno: Departamento de Áreas Comunes Externas en UMAE
División de Bienes Terapéuticos	Manual de Organización de la Dirección de Administración Clave: 1000-002-001 página 250	2.2. Atender los asuntos relativos a la adquisición de medicamentos, vacunas, material de curación y otros bienes terapéuticos, dentro del	Medicamentos	Interno: Dirección Administrativa Dirección de

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		ámbito de su competencia.		Prestaciones Médicas Jefaturas de Servicios Administrativos en las Delegaciones y las Direcciones Administrativas de las UMAE Coordinación de Control de Abasto
División de Optimización de los Procesos de Abasto	Manual de Organización de la Dirección de Administración Sistema de Abasto de Farmacia	2.3. Elaborar los informes relativos al comportamiento del Indicador de "Porcentaje de surtimiento de medicamentos" para el "Sistema de Evaluación del Desempeño".	Informes	Interno: Coordinación de Presupuesto e Información Programática Externo: Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)
Administración	Manual de Organización de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención Clave: 2000-002-003 Página 27	2.4. Vigilar que los procesos para la recepción, almacenaje, distribución, registro y control de existencias de medicamentos, así como de la supervisión del control de calidad y caducidad, de acuerdo con las normas establecidas, a fin de favorecer un abasto oportuno y eficiente.	Formato registro de control de caducidades" clave 1082-009-007 Formato de devolución de medicamentos	Internos: Jefaturas de Servicios Administrativos en las Delegaciones y las Direcciones Administrativas de las UMAE Coordinación de Control de Abasto

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
Responsable de Farmacia, Personal de Farmacia y Responsable Sanitario	Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Procedimiento para la recepción, almacenamiento, control y surtido en almacén de unidad médica con sistema automatizado, clave 1082-003-002, registrado el 30 de diciembre de 2011	2.5. Almacenamiento y control de inventarios de medicamentos.	Libreta control de estupefacientes y psicotrópicos 1082-009-003 Formato de control diario de medicamentos, claves 5000 1082-009-004 Formato de control diario de medicamentos en refrigeración 1082-009-005 Formato de relación de medicamentos psicotrópicos 1082-009-006	Internos: Pacientes de las Unidades Médicas y Responsable Sanitario				
Etapas 3. Dispensación. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><th>Procedimiento base (o documento)</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.</td><td>Página 46-58</td></tr></table>			Procedimiento base (o documento)	Actividades	1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.	Página 46-58		
Procedimiento base (o documento)	Actividades							
1. Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual Clave: 1082-003-001.	Página 46-58							
Responsable y personal de Farmacia, Responsable Sanitario	Receta individual (manual) Receta individual (electrónica) Receta Transcripción Receta (resurtible), Recetas especiales: Estupefacientes o psicotrópicos de la Secretaría de Salud	3.1 Solicitud y Surtido de medicamentos a los CADIT y/o servicios auxiliares de las unidades médicas y a los Derechohabientes.	Reportes y Registro en la Libreta Sanitaria	Internos: Unidades Médicas y Derechohabientes				
Administración de las UMAA	Receta de medicamentos	3.2. Supervisar que el personal de farmacia capture en el Sistema de Abasto Institucional (SAI).	Reporte en el SAI	Internos: Servicios de las Unidades Médicas				

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
Etapas 4. Prescripción y Conciliación. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base			Actividades	
1. Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.			Página 5	
División de Medicina Familiar y División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas	Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente	4.1. Diseñar programas de mejora para la prescripción razonada de Medicamentos con base en las Guías de Práctica Clínica y evalúa su cumplimiento.	“Nota médica de egreso del Área de Primer Contacto” contenida en el formato de “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”	Internos: Asesores Honoríficos del Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social Externo: Paciente
Director de la Unidad de Segundo Nivel, Director de UMAA y Jefe de División	Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos Clave: 2450-003-011 página 5	4.2. Comprobar que la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II generadas por su unidad cumplan con los criterios técnico médicos.	Indicaciones terapéuticas	Internos: Asesores Honoríficos del Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social Externo: Paciente
Etapas 5. Administración, transcripción, preparación y ministración. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base			Actividades	
1. Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención 2430-003-034.			Página 14	
Personal de enfermería/ Enfermera especialista	Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de Tercer Nivel de	5.1. Solicitarán, recibirán, entregarán, manejarán y prepararán y ministrarán medicamentos de acuerdo a las "Instrucciones para el personal de enfermería para la ministración de medicamentos al	Adecuada ministración de los medicamentos siguiendo los principios básicos:	Internos: Pacientes

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Atención 2430-003-034	paciente" clave 2430-005-020.	a) Paciente correcto b) Medicamento correcto, c) Dosis correcta d) Vía de administración correcta e) Horario de ministración correcto f) Vía de infusión correcta g) Velocidad de infusión correcta, h) Registro correcto	

Etapas 6. Supervisión, farmacovigilancia e investigación. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:

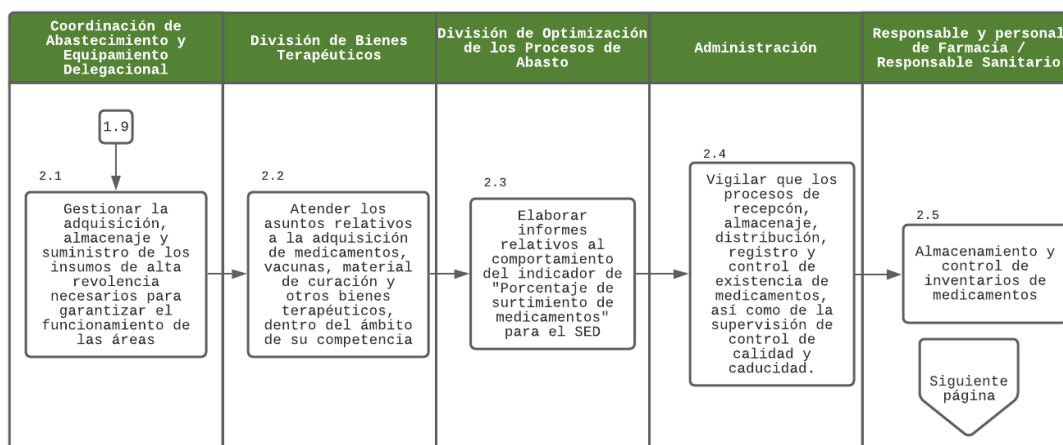
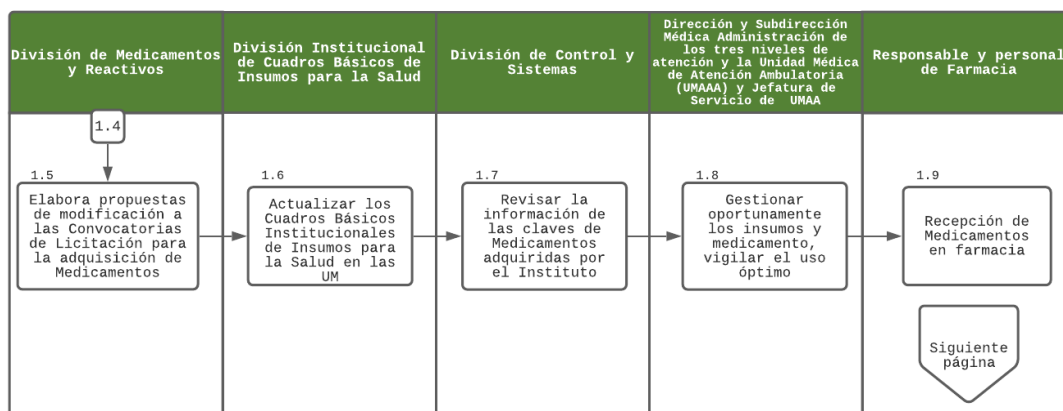
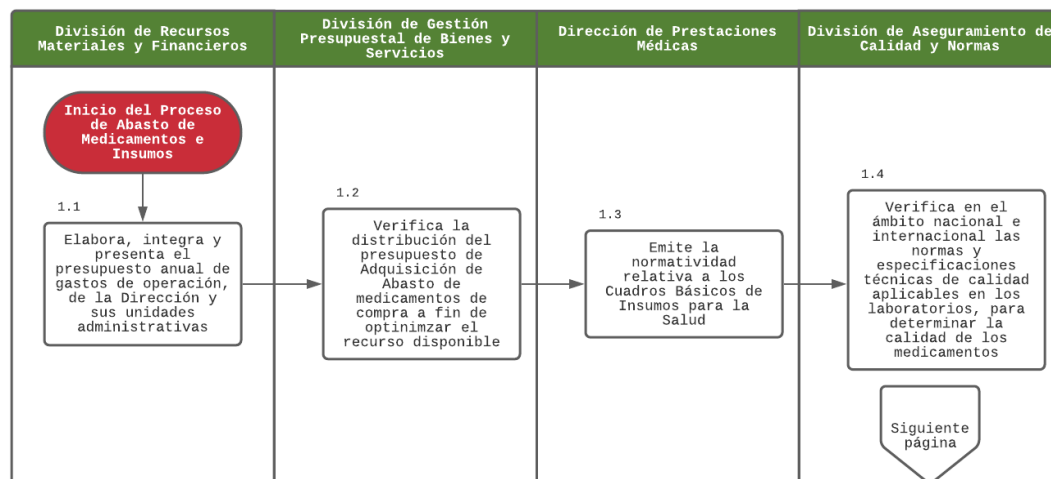
Procedimiento base	Actividades
1. Norma que establece las disposiciones para la operación del programa institucional de farmacovigilancia en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-003.	Páginas 13-17

**Tabla AV.2 Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos**

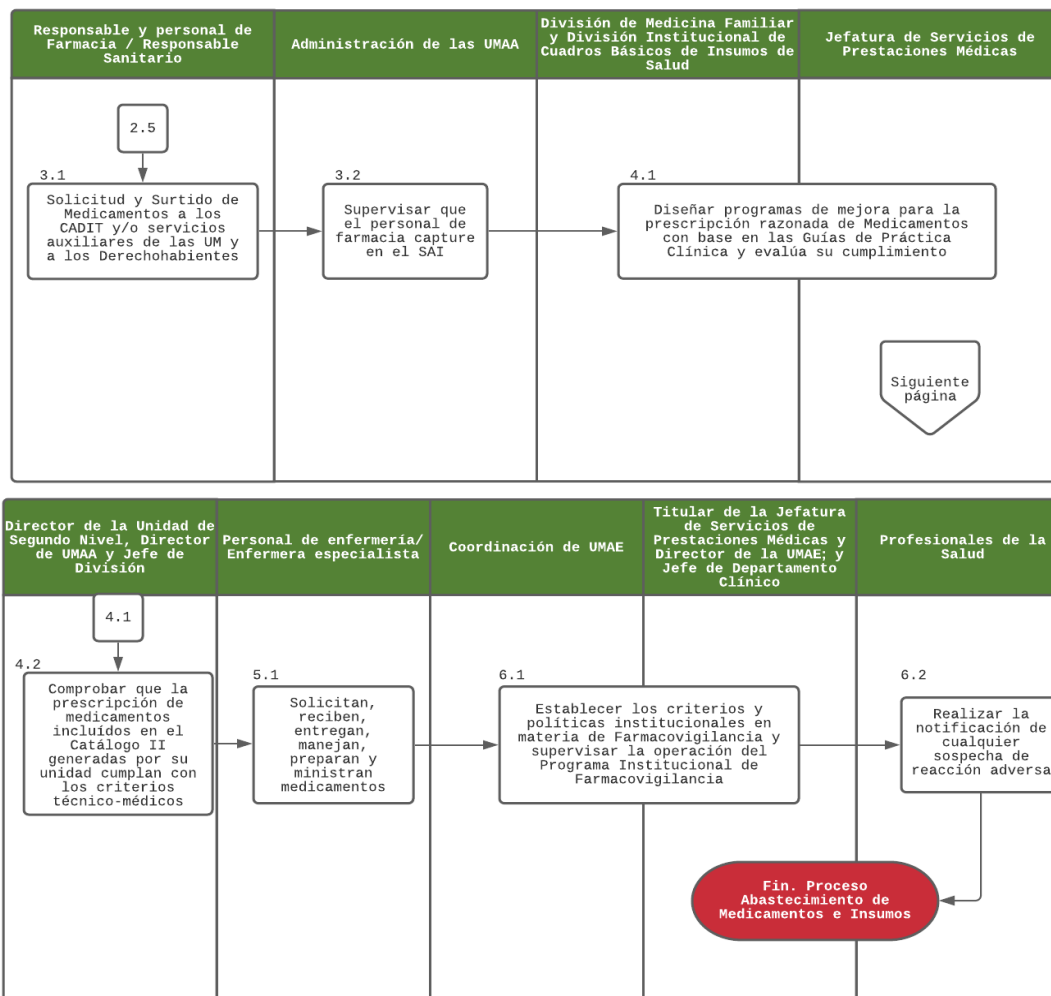
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad a través de la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud (DICBIS) y del Centro Institucional de Farmacovigilancia (CIFV) Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, así como el Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) y Jefe de Departamento Clínico Responsable del Programa de Farmacovigilancia en Delegaciones y en UMAE	Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001	6.1. Establecer los criterios y políticas institucionales en materia de Farmacovigilancia y supervisar la operación del Programa Institucional de Farmacovigilancia.	Norma que establece las disposiciones para la operación del programa institucional de farmacovigilancia Reportes notificaciones de las sospechas de Reacción Adversa (SIFAVI)	Internos: CIFV Externos: Centro Nacional de Farmacovigilancia
Profesionales de la Salud	Norma que establece las disposiciones para la operación del programa institucional de farmacovigilancia en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-003	6.2. Realizar la notificación de cualquier sospecha de reacción adversa. FIN DEL PROCESO	Formato de "Aviso de sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos" (Anexo 1)	Interno: CIFV Jefe de Departamento Clínico o Responsable del Programa de Farmacovigilancia en UMAE

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con Abasto de medicamentos e insumos en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención. (IMSS-NOM-FV, 2014). (IMSS/MO DPM, 2018).

Esquema AV.2 Flujoograma Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos



Esquema AV.2 Flujoograma Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con manuales, procedimientos y normas que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)
INICIO DEL PROCESO SEGURIDAD EN LA INFRAESTRUCTURA Etap 1. Elaboración del Programa Anual de Operación (PAO) Régimen Ordinario. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento o documento institucional:				
Procedimiento o documento base			Actividades	
1. Norma que establece las disposiciones generales de conservación.			8.2.1 a 8.2.5	
Delegado, DUMAE, AG, GG y TDIC	Sistema para integrar el PAO-01 de los servicios de conservación. SICWEB	1.1 Detección, clasificación y jerarquización de necesidades de conservación y carga en el sistema para integrar el PAO-01 de los servicios de conservación.	Sistema para integrar el PAO-01 de los servicios de conservación	Internos: DC Delegado DUMAE CV y DIC
DC DA	Disponibilidad presupuestal	1.2 Dictamen de disponibilidad presupuestaria.	Dictamen de disponibilidad	Internos: CCSG
Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG)	Dictamen de disponibilidad	1.3 Elaboración de la cédula donde se registra el presupuesto evaluado y autorizado PAO-2.	Sistema para integrar el PAO-02 de los servicios de conservación	Internos: DC DA Delegado, DUMAE, AG, GG, CV y TDIC
Etap 2 Ejecutar programas de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo, mobiliario, instalaciones e inmuebles⁸²				
1. Norma que establece las disposiciones generales de conservación.			8.3.2 a 8.3.5	

⁸² **Instalación:** Conjunto de materiales y elementos interconectados para el suministro y/o conducción de fluidos y/o energéticos, que se utilizan o desechan en los inmuebles para cumplir con las funciones para las que han sido proyectadas.

Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU	Informe general por unidades y metros cuadrados Orden y Entrega de Servicio	2.1 Inmuebles sujetos de atención "Informe general por unidades y metros cuadrados". 2.1.1 Registrar para cada instalación los trabajos de conservación que se realicen en su "Bitácora de Servicio de Inmuebles". ⁸³ 2.1.2 Elaborar la "Orden y Entrega de Servicio".	Bitácora de Servicio de Inmuebles	Internos: JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU
JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU	Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario SICWEB	2.2 Registrar equipo y mobiliario "Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario" en el SICWEB "Registro de Equipo y Mobiliario". 2.2.1 Registrar para cada equipo y mobiliario los trabajos de conservación que se realicen en su "Bitácora de Servicio de Equipo y Mobiliario". 2.2.2 Elaborar la "Orden y Entrega de Servicio".	Registro de Equipo y Mobiliario Bitácora de Servicio de Equipo y Mobiliario Orden y Entrega de Servicio	Internos: JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU
JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU	Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario SICWEB	2.3 Registrar instalaciones de "Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario" en el SICWEB. 2.3.1 Registrar para cada instalación los trabajos de conservación que se realicen en su "Bitácora de Servicio de Inmuebles". 2.3.2 Elaborar la "Orden y Entrega de Servicio".	Bitácora de Servicio de Inmuebles Orden y Entrega de Servicio	Internos: JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU
Etapas 3. Rutinas de Inspección				
		Procedimiento o documento base	Actividades	
		2. Norma que establece las disposiciones generales de conservación.	8.3.3 a 8.3.5	
JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU	SICWEB Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones,	3.1 Realizar las rutinas para verificar el estado y condiciones de las instalaciones y equipos de la Unidad.	Orden de servicio al personal técnico o al	Internos: JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC

⁸³ **Bitácora de servicio:** Documento electrónico institucional en el cual se asentarán todas las actividades realizadas al inmueble (edificio e instalaciones), equipos o mobiliario.

Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	equipos y mobiliario Bitácora de servicio de equipos e inmuebles		proveedor de servicio Orden y entrega de servicio	JCU
JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU	Bitácora de servicio de correspondiente	3.2 Verificar la calidad del agua que utiliza y desecha la Unidad, la emisión de gases de los equipos y la emisión de radiaciones en los servicios de imagenología.	Orden y entrega de servicio	Internos: JDCSG, GAF, GCSG, GMSG, GC y JAIC JCU
Etapas 4 Control de Ambientes Físicos				
Procedimiento o documento base			Actividades	
3. Norma que establece las disposiciones generales de conservación.			8.3.6	
Supervisor (a) de Limpieza e Higiene, Ayudante y Auxiliar de Limpieza e Higiene	Guía técnica de limpieza e higiene Artículos de aseo Sistema SICWEB	4.1 Las actividades de limpieza se realizarán conforme a lo establecido en la Guía técnica de limpieza y desinfección para unidades médicas".	Unidades médicas limpias. unidades no médicas limpias. Reportes del SICWEB	Internos: Personal de salud y personal administrativo Externos: Derechohabientes.
Supervisor (a) de Limpieza e Higiene, Ayudante y Auxiliar de Limpieza e Higiene	Manual básico para el control de residuos	4.2 Las actividades para el manejo de desechos sólidos se realizarán de acuerdo con el "Manual básico para el manejo y control de residuos".	Disposición adecuada de residuos. Disminución de riesgos	Internos: Personal de salud y personal administrativo Externos: Derechohabientes.
Supervisor (a) de Limpieza e Higiene, Ayudante y Auxiliar de Limpieza e Higiene	Guía para el manejo y control de los residuos peligrosos biológico infecciosos en el Instituto	4.3 El manejo de los residuos peligrosos biológicos infecciosos que se generen de los procesos médicos deberá apegarse a la "Guía para el manejo y control de los residuos peligrosos biológico infecciosos en el Instituto Mexicano del Seguro Social".	Disposición adecuada de RPBI. Control de riesgos de IAAS	Internos: Personal de salud y personal administrativo Externos:

Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Mexicano del Seguro Social			Derecho-habientes.
Supervisor (a) de Limpieza e Higiene, Ayudante y Auxiliar de Limpieza e Higiene Proveedor externo	Instructivo para el control de fauna nociva.	4.4 El manejo y control de fauna nociva se realizará conforme a lo establecido en el "Instructivo para el control de fauna nociva".	Espacios libres de fauna	Internos: Personal de salud y personal administrativo Externos: Derecho-habientes.

Etapas 5. Nivel Integral de Conservación (NIC)⁸⁴

Procedimiento o documento base	Actividades
1. Norma que establece las disposiciones generales de conservación.	8.3.1
2. Instructivo técnico para la aplicación del sistema de evaluación institucional de los servicios de conservación.	3.1.2,
3. Procedimiento para la elaboración del Informe del Nivel Integral de Conservación (NIC)	Numerales 1 a 16

CCSG CTCySC CD Delegado, DUMAE, AG, GG y TDIC	Procedimiento para la elaboración del Informe del Nivel Integral de Conservación (NIC) Informe Nacional Mensual del NIC Informe Mensual de Indicadores de Desempeño por Proceso Especifico	5.1 Generación de reportes de resultados del sistema Nivel Integral de Conservación (NIC). Procesos de: 5.1.1 Mantenimiento y Operación de Equipos (113 y 114) ⁸⁵ 5.1.2 Control y Ambientes Físicos 115 5.1.3 Suministro de Fluidos y Energéticos 116	Propuesta de las metas del NIC Oficio de las metas a lograr del NIC Informe concentrado de Indicadores de Desempeño por Proceso Especifico	Internos: DC DA Delegado, DUMAE, AG, GG y TDIC

⁸⁴ **SICWEB:** Sistema de Información de Conservación.

⁸⁵ **Equipo:** Todo aquel aparato mecánico, eléctrico, electromecánico, biomédico y/o electrónico cuyo propósito es realizar una o varias funciones.

Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
CCSG CTCySC CD DC DTCySC OOAD-Delegaciones	Oficio de las metas a lograr del NIC Informe concentrado	5.2 Generación del reporte trimestral de resultados de indicadores de eficacia del proceso de control de ambientes físicos para el Pp E011 "Atención a la Salud" de la MIR en apoyo a la DPM.	Informe nacional mensual de Indicadores de Desempeño por Proceso Específico	Internos: DC DA Delegado, DUMAE, AG, GG y TDIC
Etapa 6. Diagnóstico situacional de los servicios de conservación				
Procedimiento o documento base			Actividades	
1. Norma que establece las disposiciones generales de conservación. 2. Procedimiento para Obtener el Diagnostico Situacional de los Servicios de Conservación por Delegación, UMAE, Unidad y Centro Vacacional 1280-003-004			8.3.1 todas	
CCSG CTCySC DC DTCySC OOAD-Delegaciones, UMAE	Cédula de Diagnóstico situacional de los servicios de conservación	6.1 Aplicación de Cédula de Diagnóstico situacional de los servicios de conservación. 6.1.1 Verificar, supervisar y evaluar por muestreo y sin previo aviso de unidades médicas de OOAD-Delegaciones, UMAE en aspectos de: Imagen institucional Limpieza Orden 6.1.2 Mantenimiento y operación de equipos prioritarios (médicos y electrónicos).	Diagnóstico situacional de los servicios de conservación	Internos: CCSG CTCySC DC DTCySC OOAD-Delegaciones, UMAE
DTCySC OOAD-Delegaciones, UMAE	Diagnóstico situacional de los servicios de conservación	6.2 Informar a la DTCySC y autoridades delegacionales para implementación de acciones de mejora.	Programa de acciones de mejora	Internos: CCSG CTCySC DC DTCySC OOAD-Delegaciones, UMAE

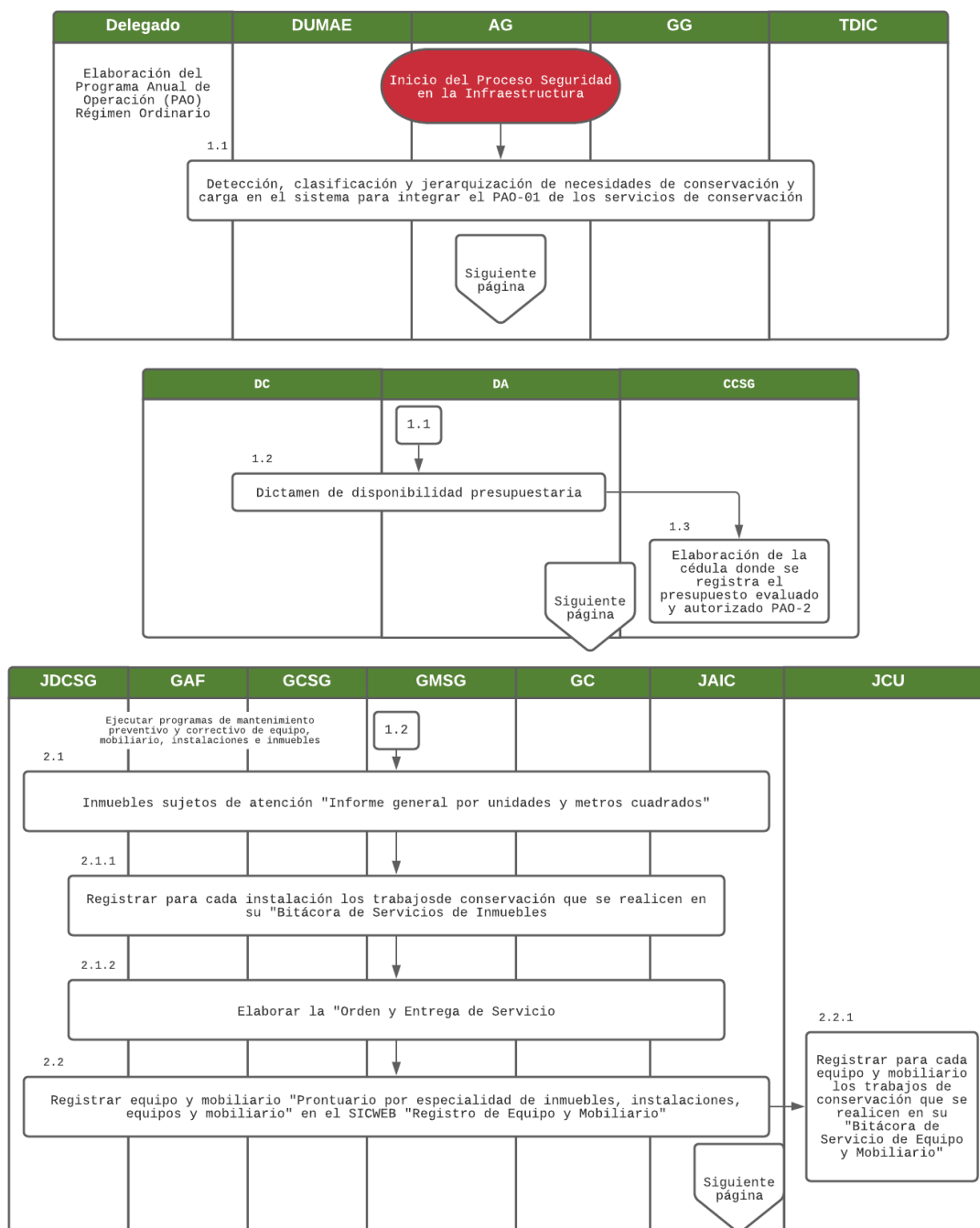
Anexo V.3 Proceso de Seguridad en la Infraestructura

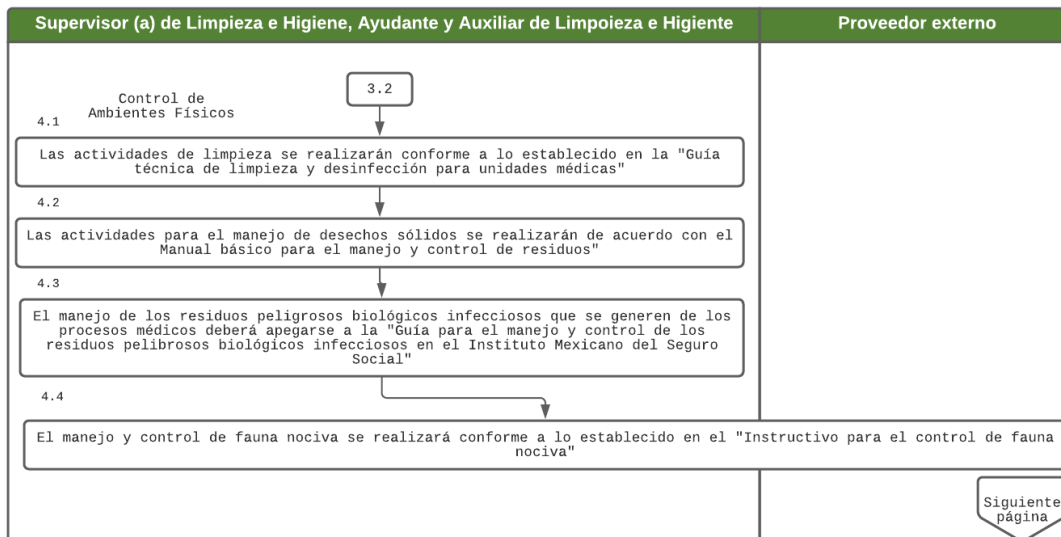
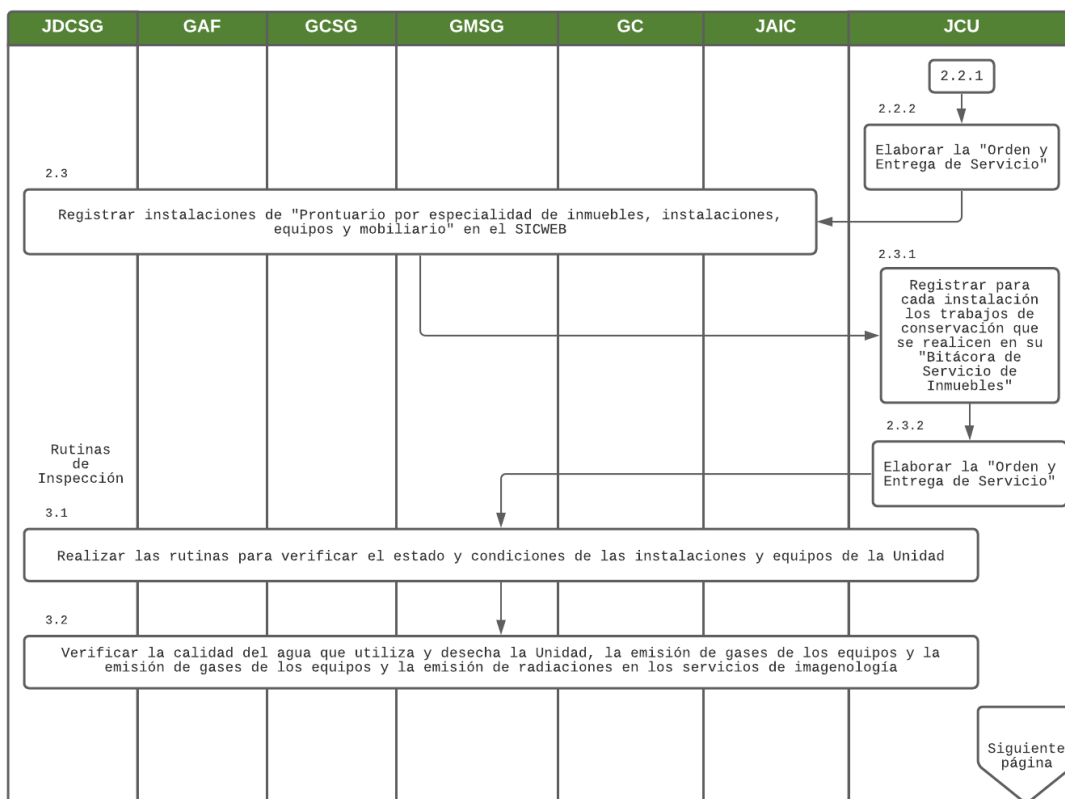
Tabla AV.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

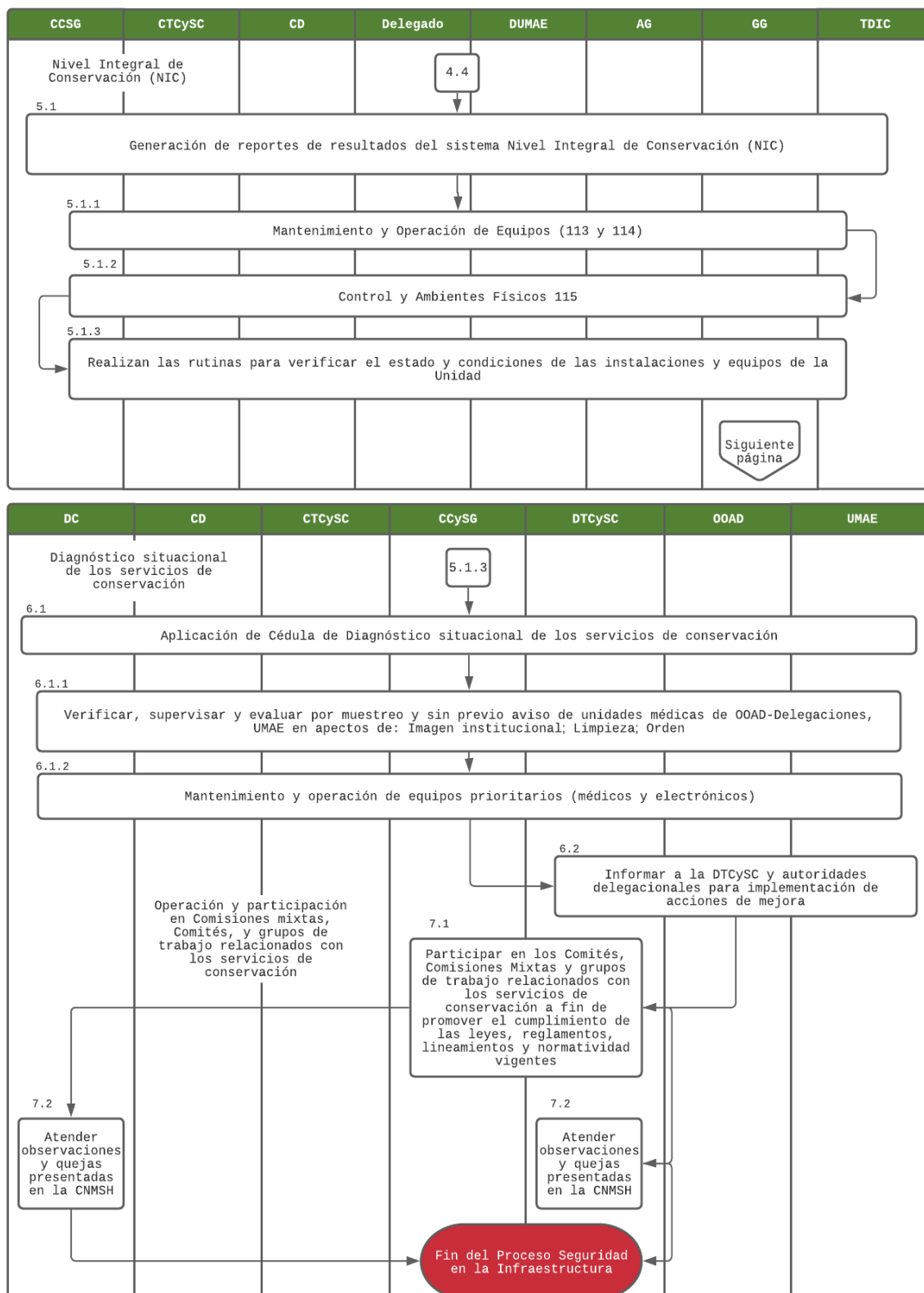
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Etapa 7. Operación y participación en Comisiones mixtas, Comités, y grupos de trabajo relacionados con los servicios de conservación				
Procedimiento o documento base			Actividades	
1. Manual de organización de la dirección de administración (Clave: 1000-002-001)			7.1.1.1, 7.1.1.1.2 y 7.1.1.1.2.1	
2. Calendario de reuniones y actas de acuerdos de la CNMSH			N/A	
CCySG DTCySC	Calendario de reuniones de la CNMSH	7.1 Participar en los Comités, Comisiones Mixtas y grupos de trabajo relacionados con los servicios de conservación, a fin de promover el cumplimiento de las leyes, reglamentos, lineamientos y normatividad vigentes (CNMSH).	Actas y acuerdos de la CNMSH	Internos: Trabajadores del IMSS
DC DTCySC	Actas y acuerdos de la CNMSH	7.2 Atender observaciones y quejas presentadas en la CNMSH.	Quejas atendidas	Internos: Trabajadores del IMSS

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con el proceso de Seguridad en la Infraestructura.

Esquema AV.3 Flujoograma Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura







Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.4 Proceso de Verificación de la Derechohabencia

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa institucional referida en los documentos organizativos y normativos siguientes:

1. Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340.
2. Manual de Organización de la Dirección de Incorporación y Recaudación.
3. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002.
4. Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel de atención, clave 2430-003-016.
5. Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-052.
6. Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001.⁸⁶
7. Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social, clave 2650-A03-004.
8. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, clave 2660-003-056.

⁸⁶ La CAISN refirió que la normativa del proceso de atención materna está en revisión para transversalizar su aplicación en los tres niveles de atención (cfr. nota al pie no. 44) (IMSS-CAISN/Comentario, 2020).

9. Procedimiento para la atención médica del paciente en la Unidad Quirúrgica en Segundo Nivel, clave 2660-003-038.
10. Procedimiento para la Solicitud, Otorgamiento de Interconsultas y Atención Médica del Paciente Quirúrgico en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-061.
11. Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención, clave 2680-003-001.
12. Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, clave 2430-003-002.
13. Procedimiento para la selección de donadores, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-004.
14. Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención, clave 2430-003-034.
15. Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045.
16. Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039.
17. Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040.

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)

INICIO DEL PROCESO

Etap 1. Registro en UMF y Turno. Si el trámite se hace de manera *presencial* se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:

Procedimiento base	Actividades
1.1 Procedimiento de Atención Médica en Unidad de Medicina Familiar 2640-003-002	3,5,7-12,14-17

Si el trámite se hace *en línea* se operacionaliza de acuerdo con lo normado en la página electrónica IMSS Digital en las actividades del siguiente trámite institucional:

Trámite base	Pasos
1.2 Alta en Clínica o UMF	1-4

Responsable del trámite	Documentación CONAMER, IMSS-02-066 Sistema AcceDer Unificado Manual de Usuario del Sistema AcceDer Unificado, clave 9220-022-600 NSS CURP	<i>Presencial</i> Apartado: Modalidad A Registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar 1.1.1 Verifica que la persona que se presenta sea la acreditada. 1.1.2 Verifica que la documentación este completa. 1.1.3 Comunica al solicitante sus derechos y	Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B	Externos: Solicitante

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		obligaciones de conformidad al art. 314 de la LSS. 1.1.4 Ingresa al "Sistema Acceder Unificado". 1.1.5 Captura del NSS o CURP del asegurado en el Sistema AcceDer Unificado. 1.1.6 Selecciona en el Sistema AcceDer Unificado el trámite de Registro de derechohabiente. 1.1.7 Captura la información requerida en el Sistema AcceDer Unificado. 1.1.8 Verifica que el Sistema AcceDer Unificado permita llevar a cabo el trámite del derechohabiente. 1.1.9 Imprime la Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario SAV-002, clave 9220-009-601 y la carátula de la Cartilla Nacional de Salud. 1.1.10 Recaba firma autógrafa del solicitante en la documentación resultante del trámite. 1.1.11 Entrega al solicitante la Constancia de		

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		Vigencia IMSS-02-020-B. 1.1.12 Archiva un tanto de la "Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario" SAV-002, clave 9220-009-601 en archivo cronológico.		
Sistema en línea: Portal "IMSS Digital"	CURP NSS Correo electrónico Código postal	<i>En línea</i> 1.2.1 Mantenimiento y actualización del sistema en línea "IMSS Digital. 1.2.2 Acceder a la página "IMSS Digital" http://www.imss.gob.mx/imssdigital. http://www.imss.gob.mx/imssdigital. 1.2.3 Seleccionar el trámite de "Alta en clínica o UMF". 1.2.4 Ingresar los datos solicitados en el sistema. 1.2.5 Asignación de consultorio y turno.	Registro en UMF y turno	Externos: Solicitante

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios				
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)				
Etapas 2. Verificación de la vigencia en cada servicio y trámite. Si el trámite se hace de manera <i>presencial</i> se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
		<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>2.1 Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340</td><td>3,5,7-12,14-17</td></tr></table>	Procedimiento base	Actividades	2.1 Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340	3,5,7-12,14-17		
Procedimiento base	Actividades							
2.1 Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340	3,5,7-12,14-17							
Si el trámite se hace <i>en línea</i> se operacionaliza de acuerdo con lo normado en la página electrónica IMSS Digital en las actividades del siguiente trámite institucional:								
		<table><tr><th>Trámite base</th><th>Pasos</th></tr><tr><td>2.2 Solicitud de la Constancia de Vigencia de Derechos</td><td>1-4</td></tr></table>	Trámite base	Pasos	2.2 Solicitud de la Constancia de Vigencia de Derechos	1-4		
Trámite base	Pasos							
2.2 Solicitud de la Constancia de Vigencia de Derechos	1-4							
Responsable del trámite	Documentación CONAMER, IMSS-02-066 Sistema AcceDer Unificado Manual de Usuario del Sistema AcceDer Unificado, clave 9220-022-600 NSS CURP	<i>Presencial</i> Apartado: Modalidad A Registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar 2.1.1 Verifica que la persona que se presenta sea la acreditada. 2.1.2 Verifica que la documentación este completa. 2.1.3 Comunica al solicitante sus derechos y obligaciones de conformidad al art. 314 de la LSS. 2.1.4 Ingresa al "Sistema Acceder Unificado".	Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B	Externos: Solicitante				

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		2.1.5 Captura del NSS o CURP del asegurado en el Sistema AcceDer Unificado. 2.1.6 Selecciona en el Sistema AcceDer Unificado el trámite certificación de la vigencia. 2.1.7 Captura la información requerida en el Sistema AcceDer Unificado. 2.1.8 Verifica que el Sistema AcceDer Unificado permita llevar a cabo el trámite del derechohabiente. 2.1.9 Imprime la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B.⁸⁷ 2.1.10 Entrega al solicitante la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B. 2.1.11 Archiva un tanto del del “Aviso de prolongación de servicios médicos”, en archivo cronológico. FIN DEL PROCESO		
Sistema en línea: Portal “IMSS Digital”	Sistema en línea: Portal “IMSS Digital”	<i>En línea</i> 2.2.1 Mantenimiento y actualización del	Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B	Externos: Solicitante

⁸⁷ En la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B no será necesario recabar la firma del solicitante.

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	CURP NSS Correo electrónico	sistema en línea "IMSS Digital". 2.2.2 Acceder a la página "IMSS Digital" http://www.imss.gob.mx/imssdigital. 2.2.3 Seleccionar el trámite de "Constancia de Vigencia de Derechos para recibir servicio médico, ante el IMSS". 2.2.4 Ingresar los datos solicitados en el sistema. 2.2.5 Envío de la "Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B" con asignación de UMF, consultorio y turno.		

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios												
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)												
La verificación de la vigencia de derechos también se lleva a cabo al otorgar servicios relacionados con la Consulta Externa , se operacionaliza en los siguientes procedimientos institucionales:																
		<table><thead><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr></thead><tbody><tr><td>2.3 Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002.</td><td>32-33,342-343,385,514.</td></tr><tr><td>2.4 Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016.</td><td>64-65</td></tr><tr><td>2.5 Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-052.</td><td>3,32,99-100</td></tr><tr><td>2.6 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001.</td><td>38,61,131</td></tr><tr><td>2.7 Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social", clave 2650-A03-004.</td><td>17</td></tr></tbody></table>	Procedimiento base	Actividades	2.3 Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002.	32-33,342-343,385,514.	2.4 Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016.	64-65	2.5 Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-052.	3,32,99-100	2.6 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001.	38,61,131	2.7 Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social", clave 2650-A03-004.	17		
Procedimiento base	Actividades															
2.3 Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002.	32-33,342-343,385,514.															
2.4 Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016.	64-65															
2.5 Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-052.	3,32,99-100															
2.6 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001.	38,61,131															
2.7 Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social", clave 2650-A03-004.	17															
Asistente Médica	Agenda de citas Cartilla Nacional de Salud Credencial ADIMSS - Identificación oficial	<i>Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002</i> Apartado: Solicitud de cita vía telefónica o en forma personal: 2.3.1 Solicita documentos de identificación. 2.3.2 Registra datos del paciente. 2.3.3 Oprime buscar y revisa que el nombre del paciente aparezca en el	Certificación de la Vigencia de Derechos	Externos: Paciente, familiar o persona legalmente responsable												

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Auxiliar de Servicios Administrativos	Receta de oxígeno 43-03128/72 4-30-8/98	recuadro de pacientes vigentes. Apartado: En caso de acudir por prescripción y control de oxígeno domiciliario: 2.3.4 Recibe formatos de la Asistente Médica y la indicación de acudir al Área de vigencia de Derechos, tramitar la Certificación de vigencia y firma del Jefe de Servicio de Medicina Familiar.		
Auxiliar de Servicios Administrativos	4-30-8/98	Apartado: Referencia-Contrarreferencia 2.3.5 Recibe de la Asistente Médico formato de "Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98", acude al Área de Vigencia de Derechos por la certificación de vigencia de derechos del paciente.		
Auxiliar Universal del Área de Vigencia de Derechos	2640-009-025 anexo 15	Apartado: En caso de requerir visita Domiciliaria 2.3.6 Recibe del Auxiliar Universal de Oficinas del ARIMAC la "Solicitud de visita domiciliaria", clave 2640-009-025 (anexo 15) en original y copia y certifica la vigencia de derechos.		

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Asistente Médica	Cartilla Nacional de Salud 2430-021-109 (anexo 5)	<i>Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016</i> Apartado: Recepción central, si es cita de primera vez 2.4.1 Recibe al paciente y solicita: Cartilla nacional de salud y "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5) con vigencia de derechos. 2.4.2 Revisa que la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5) tenga la vigencia de derechos.	Verificación de la vigencia de derechos.	Externos: Paciente, Familiar o persona legalmente responsable
Asistente Médica del Control Central o del Control de la	Concentrado de formatos de	<i>Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-052</i> Apartado: Otorgamiento de Cita	Verificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Consulta Externa de Especialidades	referencia-contrarreferencia 4-30-8/98	2.5.1 Recibe de las Unidades Médicas que refieren los formatos respectivos y con vigencia de derechos, de ser el caso. ⁸⁸		
Personal de ARIMAC	Expediente clínico NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico	Apartado: Apertura y manejo del expediente clínico previo a la atención médica 2.5.2 Busca o elabora los expedientes clínicos. La apertura del expediente deberá efectuarse previa consulta de vigencia de derechos.		
Personal de ARIMAC	Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98	Apartado: Referencia a la unidad médica homóloga o de alta especialidad y no se cuenta con Sistema electrónico para citas. 2.5.3 Recibe de la Asistente Médica del control de la CEE el formato "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98. 2.5.4 Solicita el status de vigencia del paciente según procedimiento.		
		<i>Procedimiento para Otorgar Atención</i>	Certificación de la vigencia de derechos	Externos:

⁸⁸ Nota: Si la unidad hospitalaria carece de sistema de vigencia, se deberá proporcionar desde la unidad solicitante, ya sea con el sello de vigencia o con la impresión de la Constancia de Vigencia de Derechos.

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Asistente Médica	Referencia 4-30-8	<i>Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención”, clave 2650-003-001</i> Apartado: Alto riesgo obstétrico, referencia a otro nivel de atención 2.6.1 Entrega al Mensajero o al Auxiliar Universal de Oficinas (AUO) o al personal de ARIMAC, el formato de “Referencia (4-30-8)”, para la certificación de la vigencia de derechos.		Paciente
Asistente Médica	Referencia 4-30-8	Apartado: Tercera consulta o más de vigilancia prenatal, se autoriza la referencia 2.6.2 Entrega al Mensajero o al Auxiliar Universal de Oficinas (AUO) o al personal de ARIMAC, el formato de “Referencia (4-30-8)”, - para la certificación de la vigencia de derechos.		
Asistente Médica	Referencia 4-30-8	Apartado: Unidad de Medicina Familiar, Fase 2. Vigilancia Puerperal 2.6.3 Entrega al Mensajero o al Auxiliar Universal de Oficinas (AUO) o al		

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		personal de ARIMAC, el formato de "Referencia (4-30-8)", para la certificación de la vigencia de derechos.		
Personal de Archivo Clínico	"Certificado del Estado de Embarazo Beneficiaria Hija Menor de 16 Años" clave 2650-009-002 (Anexo 1)	<i>Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social, clave 2650-A03-004</i> Apartado: Certificado de estado de embarazo, unidades médicas de primer nivel 2.7.1 Recibe el Certificado y confirma la vigencia derechos, coloca sello de vigencia.	Vigencia de Derechos	Externos: Paciente

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
La verificación de la vigencia de derechos también se lleva a cabo al otorgar servicios relacionados con Hospitalización, se operacionaliza en los siguientes procedimientos institucionales:				
Procedimiento base			Actividades	
2.8 Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, clave 2626-003-038.			19-20	
2.9 Procedimiento para la atención médica del paciente en la Unidad Quirúrgica en Segundo Nivel, clave 2660-003-038.			152-153	
2.10 Procedimiento para la Solicitud, Otorgamiento de Interconsultas y Atención Médica del Paciente Quirúrgico en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-061			32-33	
2.11 Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención, clave 2680-003-001.			32, 102.	
2.12 Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, clave 2430-003-002,			9	
2.13 Procedimiento para la selección de donadores, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-004			14	
2.14 Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención, clave 2430-003-034.			13	
Personal de ARIMAC	Control e Informe de la Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-002 Expediente clínico	Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, clave 2626-003-038 Apartado: El paciente autoriza su ingreso al servicio de hospitalización	Certificación de la vigencia de derechos	Internos: Asistente Médica de Admisión Hospitalaria

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		2.8.1 Recibe el formato "Control e Informe de la Consulta Externa" 4-30-6/99 2E10-009-002, firma de recibido, localiza los expedientes de los pacientes programados para su ingreso y verifica vigencia de derechos. 2.8.2 Verifica que los "Expedientes clínicos" Estén debidamente integrados, incluyendo la vigencia de derechos y los entrega a la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria.		
Asistente Médica	Referencia Cartilla de Salud	<i>Procedimiento para la atención médica del paciente en la Unidad Quirúrgica en Segundo Nivel, clave 2660-003-038.</i> Apartado: Unidad de Terapia Intensiva Inexistente⁸⁹ 2.9.1 Recibe del MNF Cirujano el formato de "Referencia-contrarreferencia" 4-30-8/98, recaba las firmas de	Certificación de la vigencia de Derechos	Externos: Paciente, familiar o persona responsable

⁸⁹ Unidad de Terapia Intensiva inexistente hace referencia a cuando la Unidad Hospitalaria no cuenta con unidad de terapia intensiva, en ese caso el Procedimiento establece que el MNF Cirujano Informa al director o responsable de la Unidad Médica, al equipo quirúrgico y a la Asistente Médica la necesidad de solicitar el traslado del paciente a otra Unidad Médica Hospitalaria de apoyo.

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		autorización y vigencia de derechos. 2.9.2 Localiza al familiar o persona legalmente responsable y solicita la "Cartilla de Salud" para el trámite de la vigencia de derechos.		
Personal de ARIMAC	4-30-8/98	<i>Procedimiento para la Solicitud, Otorgamiento de Interconsultas y Atención Médica del Paciente Quirúrgico en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-061</i> Apartado: Solicitud de interconsulta médica en otra unidad para la atención del paciente quirúrgico hospitalizado 2.10.1 Recibe de la Asistente Médica de Hospitalización la "Referencia-Contrarreferencia" 4-30-8/98 y verifica la vigencia. 2.10.2 Entrega a la Asistente Médica el formato "Referencia-Contrarreferencia" 4-30-8/98 con la vigencia correspondiente.	Certificación de la vigencia de derechos	Internos: Asistente Médica

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Asistente Médica o Auxiliar Universal de Oficinas	Expediente clínico	<i>Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención, clave 2680-003-001</i> Apartado: Recepción de solicitud de cita para consulta de primera vez en los tres niveles de atención, o al servicio de electrodiagnóstico en 2° y 3° nivel	Certificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente
Auxiliar de Servicios Administrativos	Referencia-contrarreferencia 2680-009-001 (anexo 1)	2.11.1 Recibe de las unidades de referencia o solicitantes la información requisitada, entre la que se encuentra la Hoja de Vigencia de Derechos.		
	Hoja de Vigencia de Derechos			
	Referencia-Contrarreferencia	Apartado: Referencia a otra Unidad Médica desde el primer nivel de atención 2.11.2 Recibe de la Asistente Médica el formato "referencia-contrarreferencia 4-30-8", acude al Área de vigencia de Derechos por la certificación de vigencia de derechos del paciente.		

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Médico no Familiar Tratante de Consulta Externa	Referencia- Contrarreferencia 4-30-8/98" Solicitud del área de transfusión FBS-16 clave 2430- 022-010	Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención", clave 2430-003-002 Apartado: Modalidad A. transfusión ambulatoria, Consulta Externa de Especialidades 2.12.1 Entrega al paciente los formatos e informa que debe acudir al Banco de Sangre y presentar documentos de identificación personal. Nota: El formato de "Referencia- Contrarreferencia 4-30- 8/98" debe contar con la certificación de la vigencia de derechos.	Verificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente, familiar o persona legalmente responsable
Médico no Familiar Hematólogo	4-30-8/98 Anexo 2 10-1C Constancia de Vigencia de Derecho /FFIMSS- 012) 9220-009-603	<i>Procedimiento para la selección de donadores, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social", clave 2430-003-004</i> Apartado: Modalidad B. Donación Dirigida (Atención en consulta externa y hospitalización)	verificación de la vigencia de derechos.	Externos: Paciente embarazada

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		2.13.1 Requisita la "Referencia – Contrarreferencia" 4-30-8/98 (anexo 2), con sello de vigencia de derechos, lo entrega a la candidata a donación de sangre de cordón umbilical e indica acuda a Banco de Sangre que le corresponda.		
Asistente Médica de Admisión Continua o Urgencias	Sistema Acceder Unificado	<i>Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención, clave 2430-003-03</i> Apartado: Modalidad A. Paciente en Admisión Continua o Urgencias 2.14.1 Informa al familiar sobre el traslado del paciente a la UTI. Nota: Consulta la constancia de vigencia de derechos a través del Sistema ACCEDER Unificado a su llegada a la Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención, en apego al Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-003-040	Constancia de Vigencia de Derechos	Externos: Familiar o persona legalmente

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios								
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)								
La verificación de la vigencia de derechos también se lleva a cabo al otorgar servicios relacionados con Urgencias , se operacionaliza en los siguientes procedimientos institucionales:												
<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>2.15 Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045</td><td>12,13,19,53-4</td></tr><tr><td>2.16 Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039.</td><td>16</td></tr><tr><td>2.17 Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040.</td><td>14,33</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	2.15 Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045	12,13,19,53-4	2.16 Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039.	16	2.17 Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040.	14,33
Procedimiento base	Actividades											
2.15 Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045	12,13,19,53-4											
2.16 Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039.	16											
2.17 Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040.	14,33											
Médico o Enfermera General	Formato “Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias” clave 2660-009-120(Anexo 1)	Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo nivel de Atención, clave 2660-003-045 Aparado: Modalidad A. paciente clasificado en nivel 1 (rojo) o 2 (naranja) 2.15.1 Informa que el paciente fue clasificado en nivel 1 (rojo) o 2 (naranja) y pasó al área de reanimación. NOTA: La Asistente Médica recibe el formato “Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias” clave 2660-009-120(Anexo 1) y en	Verificación de la vigencia de derechos	Internos: Asistente Médica								

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Médico o enfermera general	formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias" clave 2660-009-120 (Anexo 1)	paralelo efectúa las actividades propias del registro y consulta de vigencia de derechos del paciente. Apartado: Modalidad B. Paciente clasificado en nivel 3 (amarillo) 2.15.2 Informa a la asistente médica que el paciente fue clasificado en nivel 1 (rojo) o 2 (naranja) y pasó al área de reanimación, entrega formato para registro.	Verificación de la vigencia de derechos	Internos: Asistente Médica
Asistente Médica	Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias" clave 2660-009-120	NOTA: La Asistente Médica recibe el formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias" clave 2660-009-120 (Anexo 1) y en paralelo efectúa las actividades propias del registro y consulta de vigencia de derechos del paciente. Apartado: Paciente Derechohabiente	Verificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente
Asistente Médica	Constancia de Vigencia ff-IMSS-012 Credencial ADIMSS Cartilla Nacional de Salud Sistema Consulta de la Vigencia SINDO	2.15.3 Recibe formato y consulta vigencia de derechos. Apartado: Registro del paciente 2.15.4 Recibe al paciente, solicita documentación que lo acredite como asegurado. 2.15.5 Consulta vigencia de Derechos a través del Sistema "Consulta de la	Verificación de la vigencia de derechos	Externos Paciente o acompañante

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

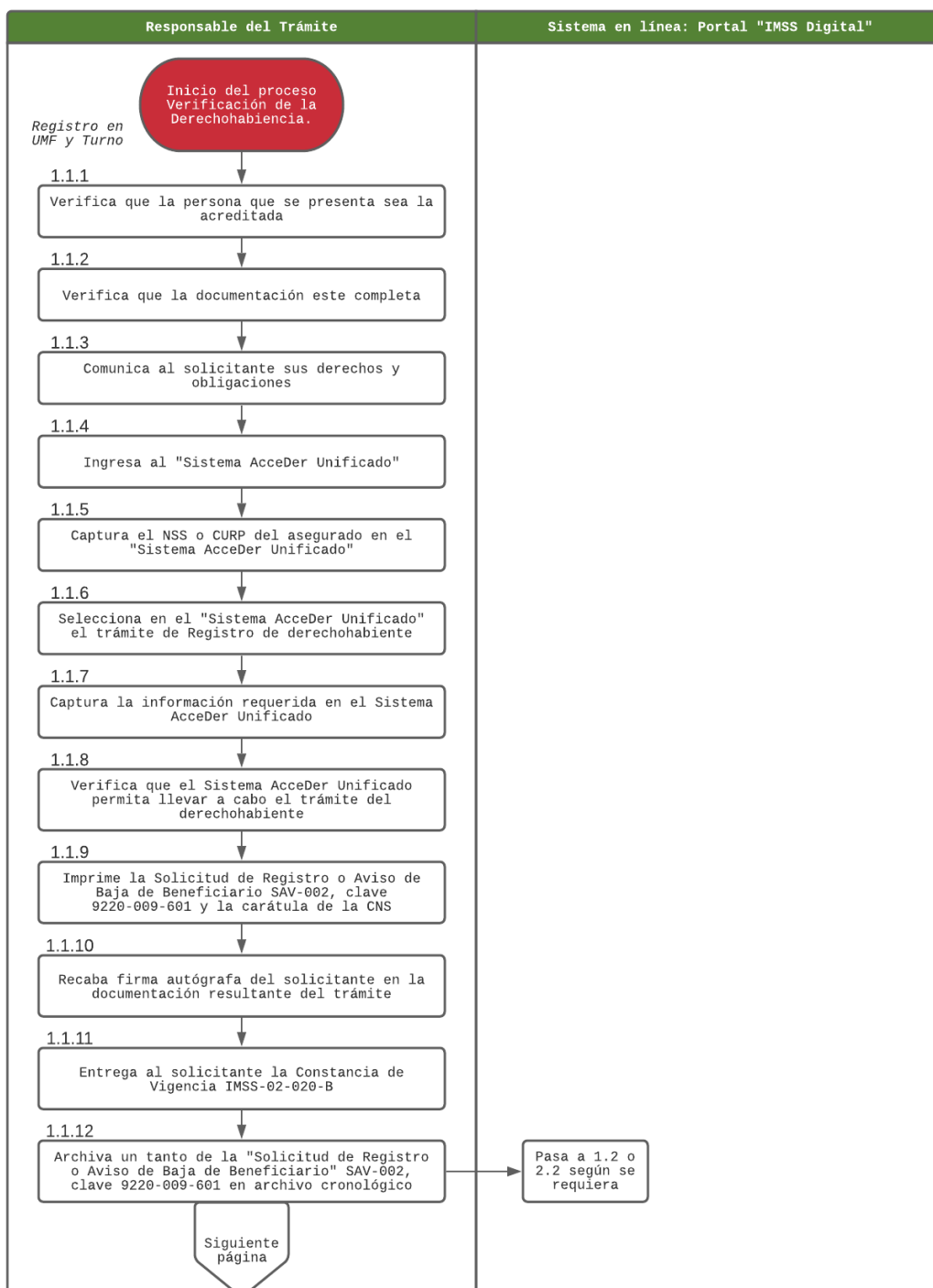
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		Vigencia" en caso de contingencia se podrá consultar el SINDO.		
Asistente Médica del servicio de Continua o urgencias	Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-111 Notas médicas y prescripción 4-30-128/72	<i>Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel, clave 2430-003-039</i> Apartado: En caso de que el paciente sea clasificado con color rojo o naranja se activa la alerta roja 2.16.1 Comprueba la vigencia de derechos del paciente en los formatos referidos.	Verificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	Formato "Solicitud de verificación de vigencia de derechos del paciente al ARIMAC 24-30-021-101 (anexo 11)"	<i>Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040</i> Apartado: Paciente lesionado en accidente automovilístico ocurrido en tramos carreteros administrados por la Red CAPUFE 2.17.1 Requisita "Solicitud de verificación de	Verificación de la vigencia de derechos	Externos: Paciente

Tabla AV.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia

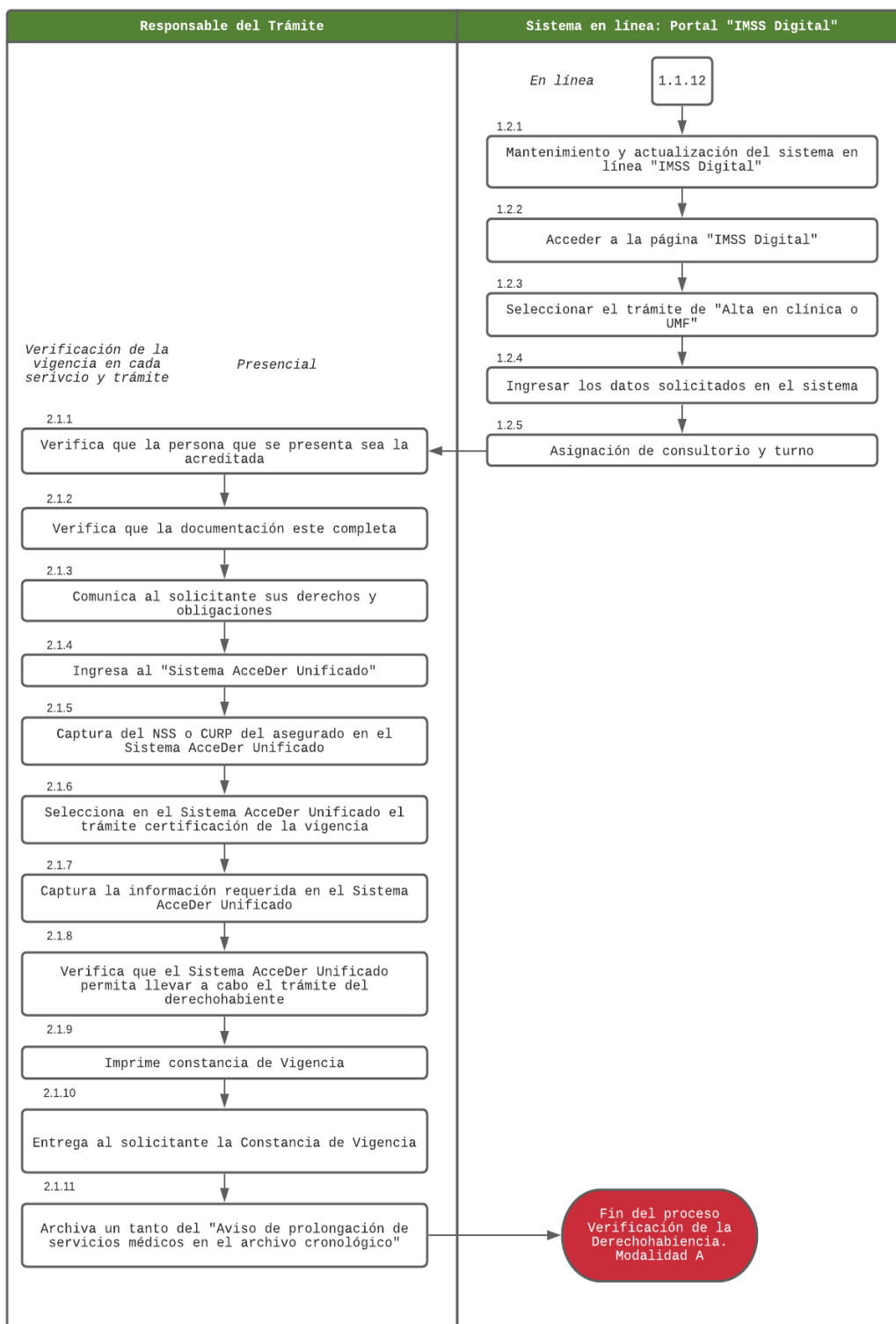
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Oficial de estadística o Auxiliar Universal de oficinas del ARIMAC	Solicitud de verificación de vigencia de derechos del paciente ARIMAC 2430-021-101	vigencia de derechos del paciente al ARIMAC” 2430- 021-101 (anexo 11). Apartado: Si el accidente no se encuentra registrado 2.17.2 Confirma la vigencia de derechos del paciente y la registra en el original del Formato “Solicitud de verificación de vigencia de derechos del paciente al ARIMAC 24-30-021-101 (anexo 11)”.		

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los Procedimientos y Trámites referidos en la Tabla.

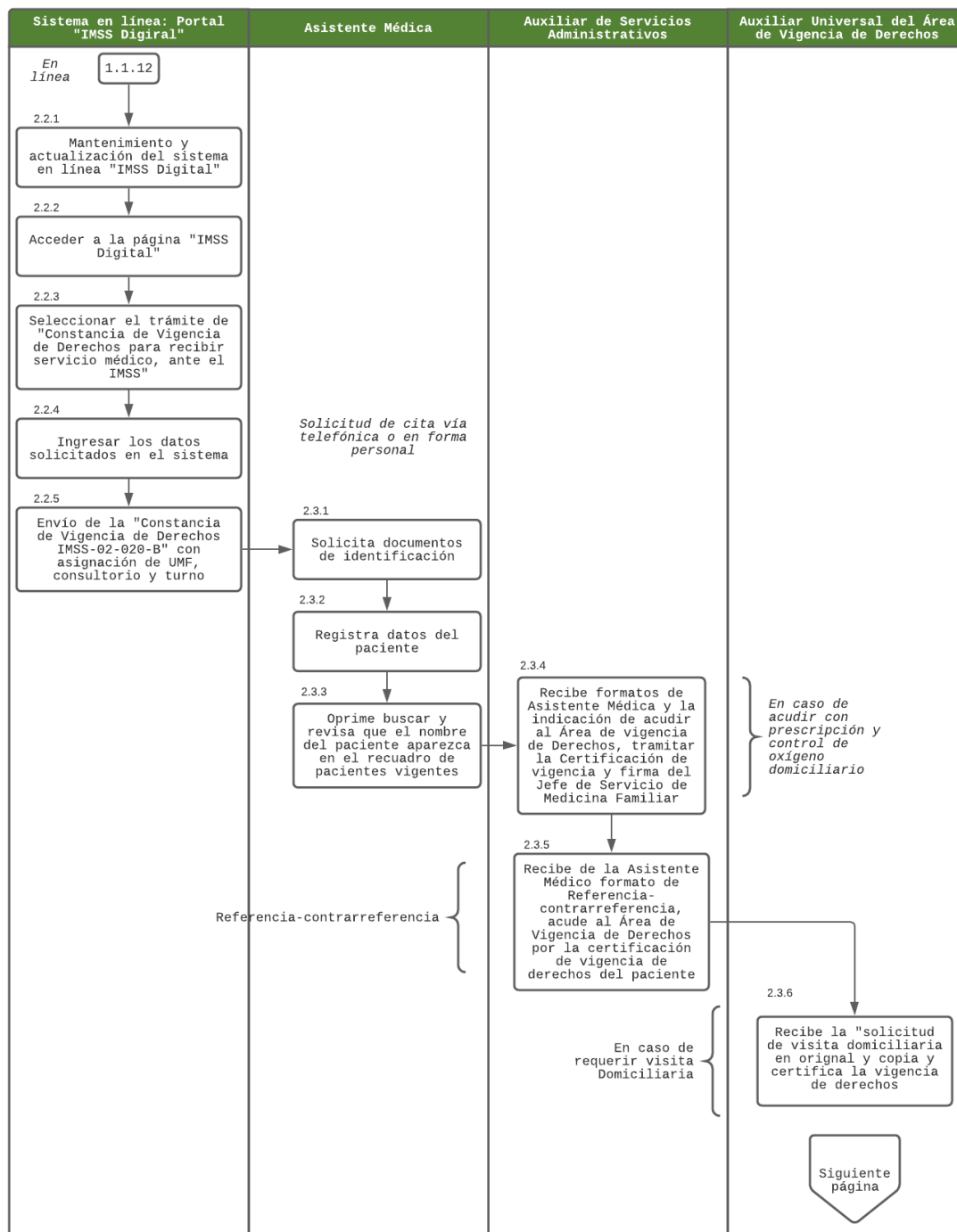
Esquema AV.4 Flujoograma del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia



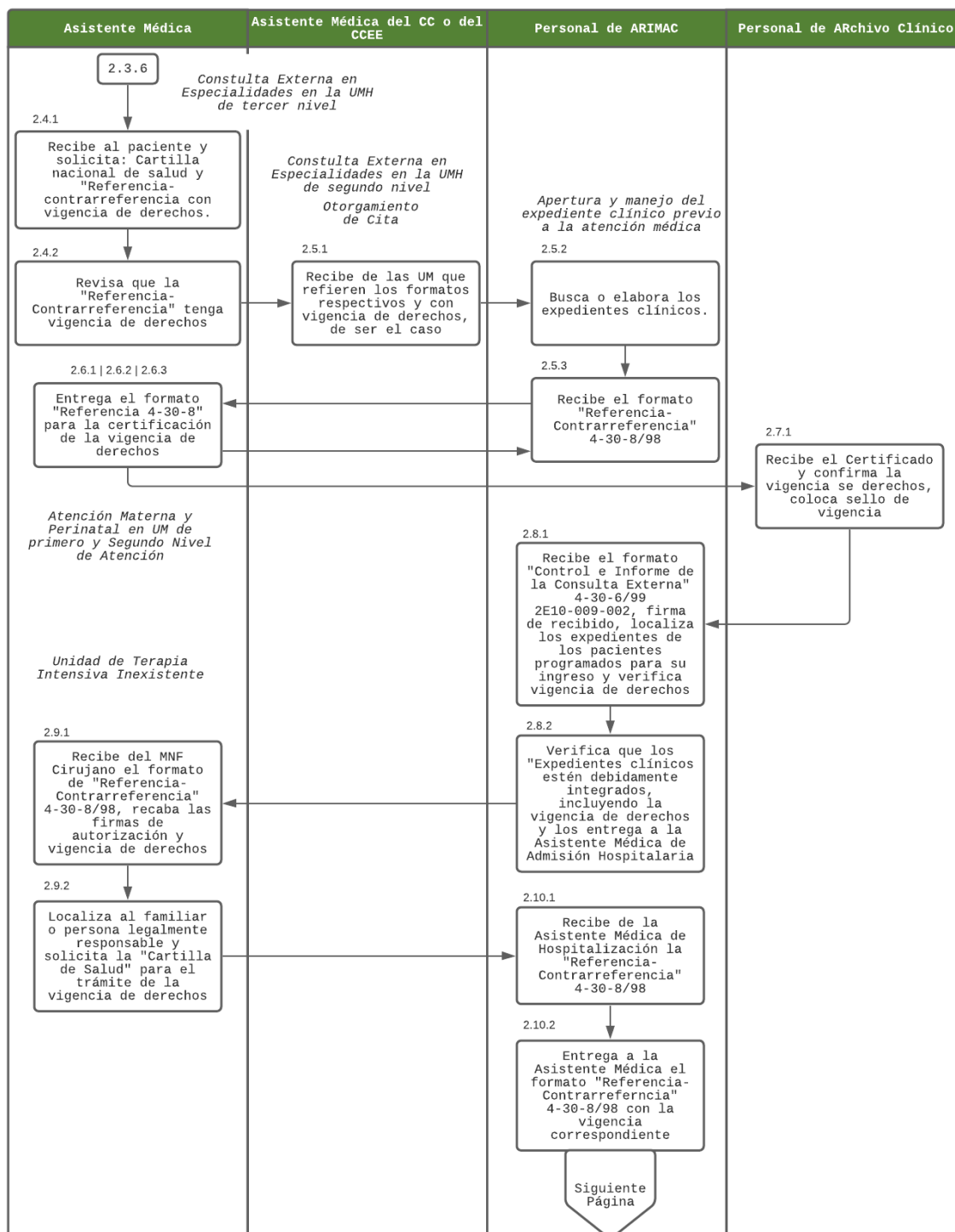
Esquema AV.4 Flujograma del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabencia



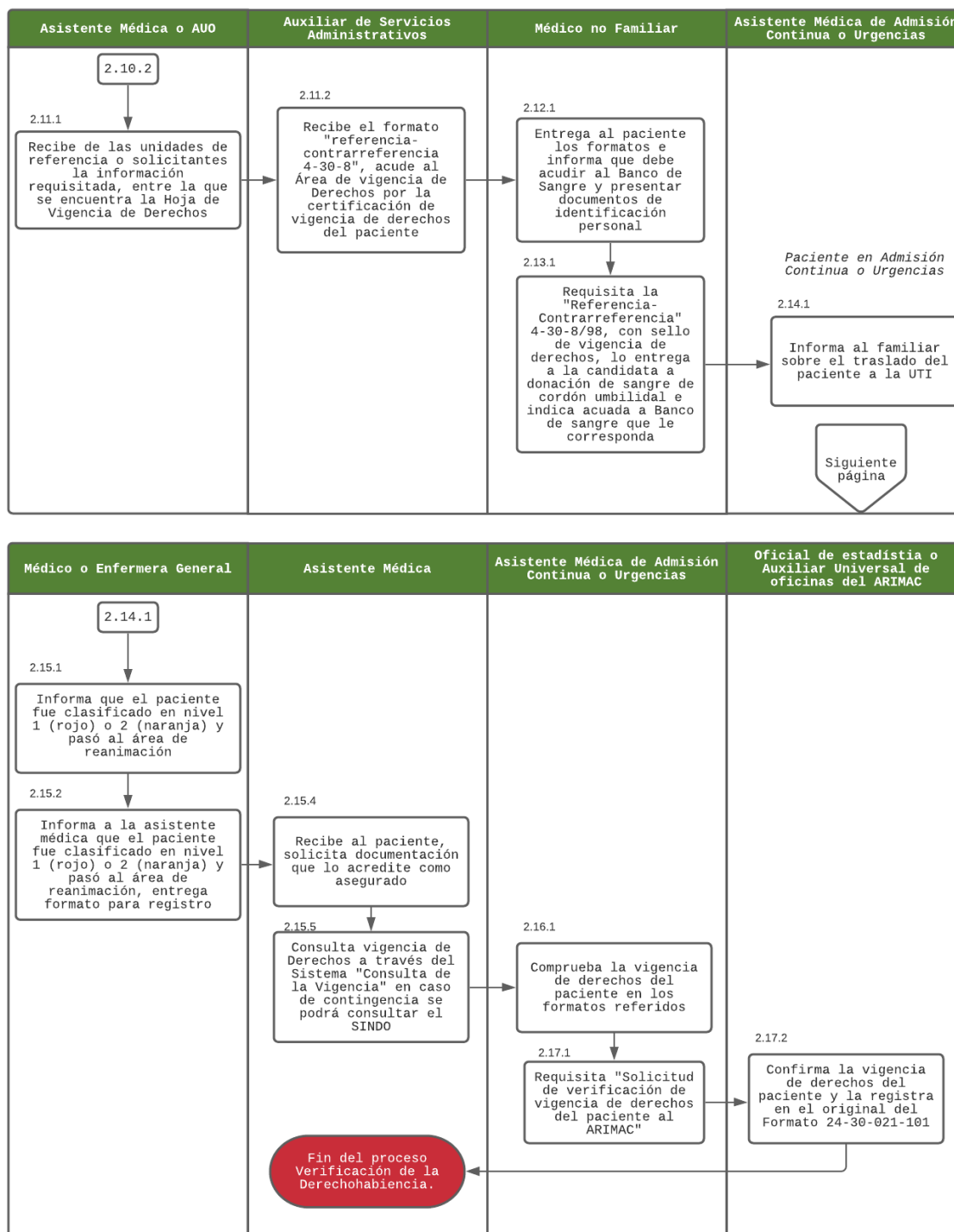
Esquema AV.4 Flujograma del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia



Esquema AV.4 Flujograma del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia



Esquema AV.4 Flujoograma del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Tabla AV.5.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Primer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
		material de curación. y/o "Reporte" del equipo con falla respectivamente y rotule el equipo. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 20 a 31)	Vale o Reporte	Jefe de conservación.				
Etapla 2. Solicitud de cita en forma personal, telefónica, a través de plataforma y/o aplicación IMSS Digital. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades específicas del siguiente procedimiento institucional:								
		<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.</td><td>Numerales: 32 a 42</td></tr></table>	Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 32 a 42		
Procedimientos base	Actividades							
1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 32 a 42							
Asistentes Médicas Jefe de servicios de medicina familiar.	Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave: 2640-003-002. Agenda de citas.	2.1. Verifica y confirma la vigencia de derechos y registro de asistencia a cita. 2.2. Envía a pacientes no vigentes a módulo de afiliación y vigencia. 2.3. Valora y autoriza la atención en casos especiales. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 32 a 42)	Cartilla nacional de salud, Credencial ADIMSS. Agenda de citas.	Externos Paciente Acompañante				
Etapla 3. Recepción del paciente: Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades específicas del siguiente procedimiento institucional:								
		<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.</td><td>Numerales: 43 a 60</td></tr></table>	Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 43 a 60		
Procedimientos base	Actividades							
1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 43 a 60							
Asistente médica o personal de enfermería.	Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave: 2640-003-002	3.1 Recibe al paciente e identifica: probable accidente de trabajo, probable enfermedad laboral o enfermedad general. 3.2. Somatometría y signos vitales. 3.3. Informa al médico familiar si de la presencia de pacientes que requieren atención médica prioritaria. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 43 a 60)	Aviso de atención médica con número de folio.	Internos Personal Asistente Médico Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General				
Etapla 4. Atención médica: Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades específicas del siguiente procedimiento institucional:								

Tabla AV.5.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Primer Nivel de Atención

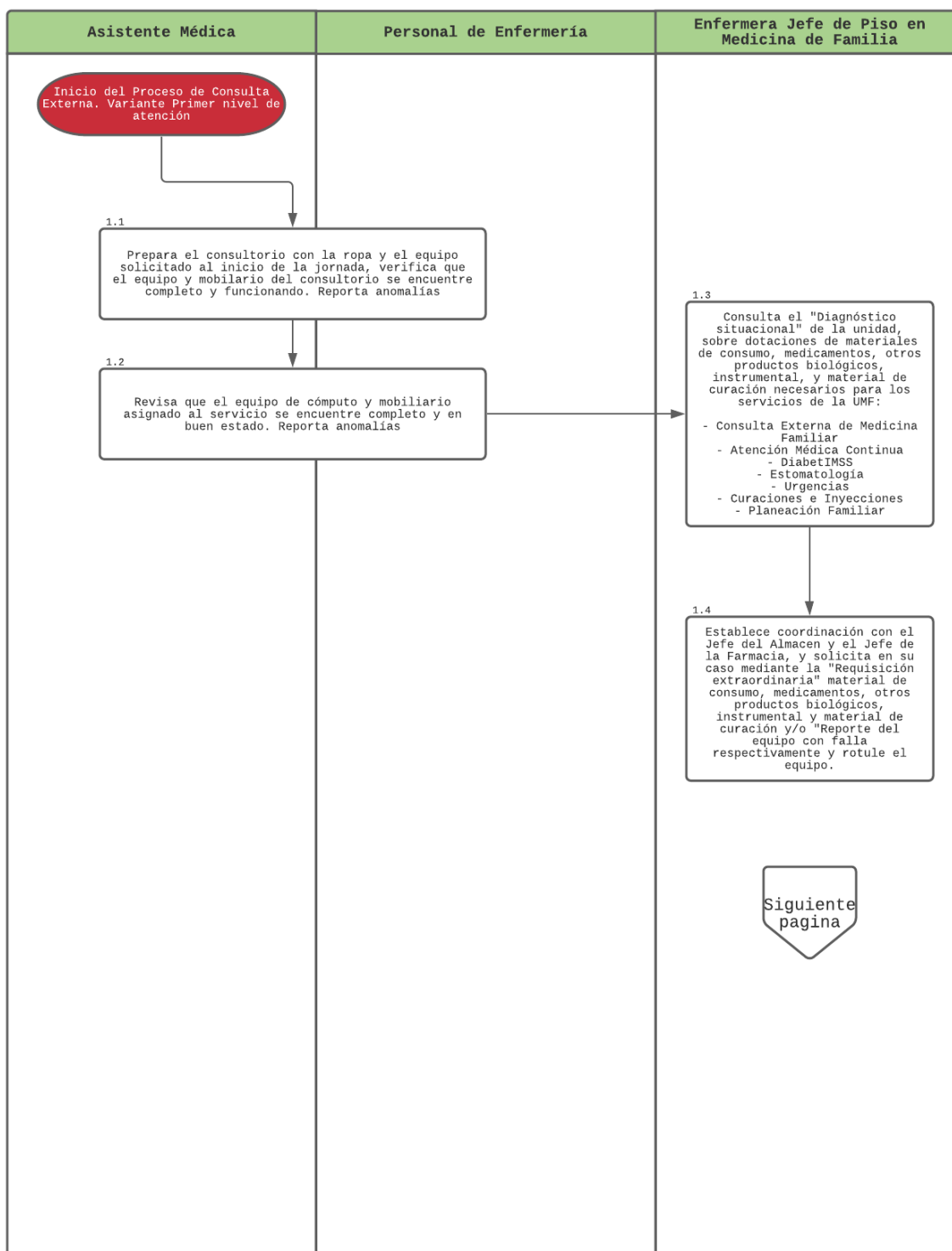
Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios						
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)						
<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.</td><td>Numerales: 73 a 98, 325-332, 354-372 y 373-388</td></tr><tr><td>2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave: 2650-003-001.</td><td>Numerales: 124-131, 132-135, 8-17, 18-29, 70-89, 70-89 y 30-42</td></tr></table>					Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 73 a 98, 325-332, 354-372 y 373-388	2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave: 2650-003-001.	Numerales: 124-131, 132-135, 8-17, 18-29, 70-89, 70-89 y 30-42
Procedimientos base	Actividades									
1. Procedimiento AM UMF. Clave: 2640-003-002.	Numerales: 73 a 98, 325-332, 354-372 y 373-388									
2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave: 2650-003-001.	Numerales: 124-131, 132-135, 8-17, 18-29, 70-89, 70-89 y 30-42									
Asistente médica o personal de enfermería. Médico familiar Jefe de servicio de medicina familiar o Subdirector médico o Director o encargado	Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave: 2640-003-002	4.1 Consulta médica (Recepción y verificación de paciente, consulta (inspección, interrogatorio, exploración, registro en expediente clínico). 4.2 Probable accidente de trabajo o enfermedad de trabajo. (acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 73 a 98). 4.3. Enfermedad general, establece y fundamenta diagnóstico, pronóstico, tratamiento y valora si requiere: envío a otro servicio, estudios de laboratorio e imagenología, requiere medicamento, requiere incapacidad temporal para trabajar. (acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 73 a 98) Si lo requiere: 4.3.1. Elabora referencia a segundo o tercer nivel. (Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 373-388). 4.3.2. Elabora solicitud de apoyos clínicos para el diagnóstico (laboratorio, gabinete). (Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 79-83) 4.3.3. Elabora receta médica electrónica o manual (Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 325-332). 4.3.4. Elabora incapacidad médica temporal para el trabajo (Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 354-372). 4.3.5. Asistente médica a tramitar próxima cita. 4.4. Probable embarazo. Confirmación de embarazo, inicio de control prenatal.	Agenda de citas. Expediente clínico electrónico Aviso de atención médica. Expediente clínico electrónico Referencia contrarreferencia Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete Receta médica Certificado de incapacidad temporal para el trabajo	Externos Paciente Acompañante Internos Personal Asistente Médico Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Jefe de servicio de medicina familiar o Subdirector médico o Director o encargado						

Tabla AV.5.1. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Primer Nivel de Atención

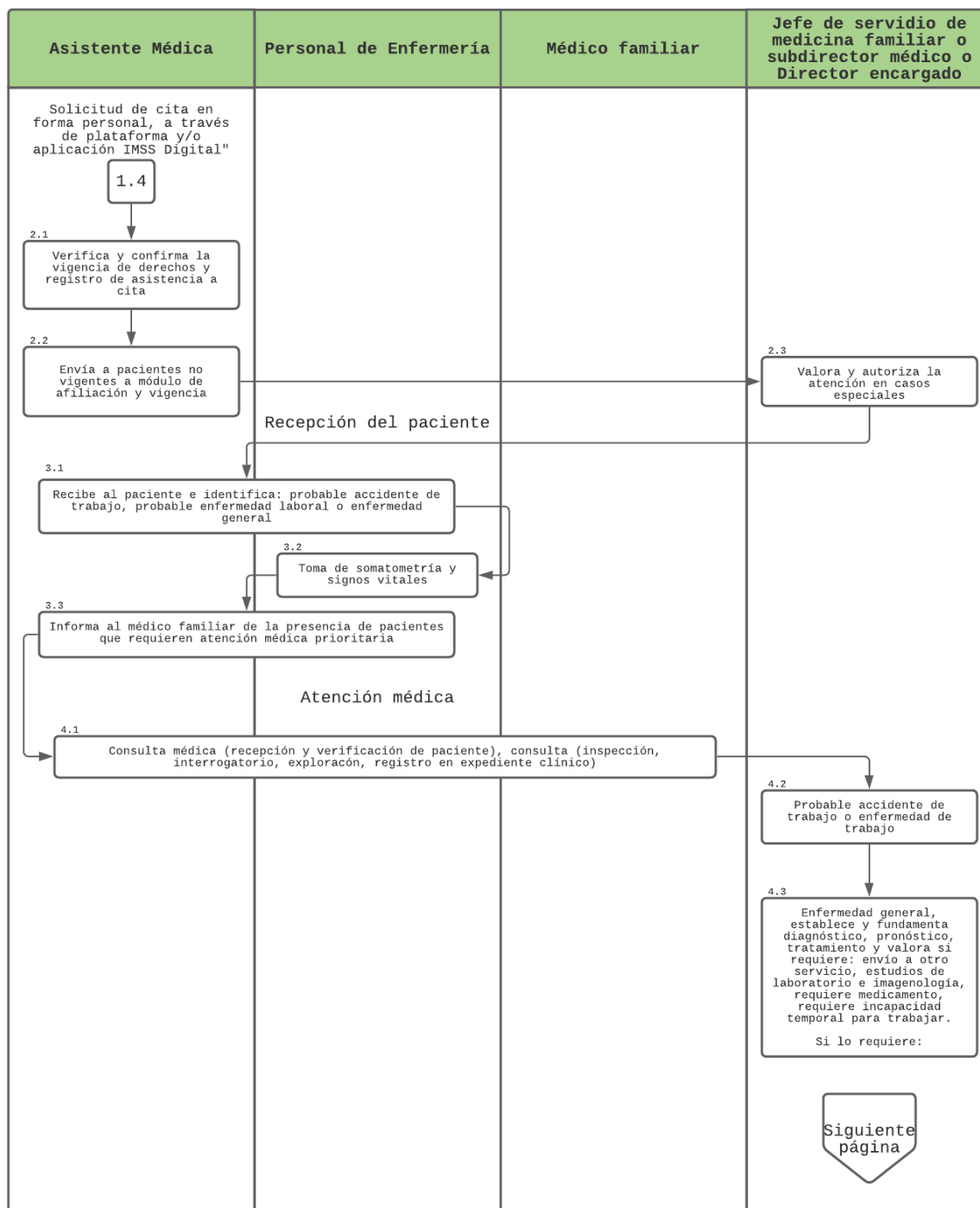
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. Clave: 2650-003-001.	(Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 124-131). 4.4.1 Hija beneficiaria embarazada menor de 16 años. Confirmación de embarazo inicio de control prenatal. (Acciones conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 132-135). 4.4.2 Identifica y valora factores de riesgo obstétrico. (Acciones conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 8-17). 4.4.3. En consulta subsecuente Recibe, valora y registra la evolución del embarazo y resultados de laboratorio. Valora riesgo obstétrico y refiere si es necesario. (Acciones conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 18-29). 4.4.4. Elabora pase a módulo de enfermera especialista en medicina familiar (EMF), para atención de: embarazadas sin riesgo, pacientes en edad fértil, menor de 5 años sano, adolescentes, diabéticos e hipertensos controlados, pacientes con enfermedades crónicas controladas, adulto mayor sin trastornos funcionales (si se requiere) 4.4.5. Elabora pase a módulo de enfermera especialista en Atención Materno Infantil (EMI) a: embarazadas de bajo riesgo, pacientes edad fértil para consejería y menor de 5 años sano. (Acciones conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 70-89). 4.4.6. Envío a otro nivel de atención, realiza la referencia. (Acciones conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 30-42). 4.5. Vigilancia puerperal en la UMF (113-127) FIN DEL PROCESO VERTIENTE CONSULTA EXTERNA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Cartilla nacional de salud. Confirmación de embarazo. Cartilla de embarazo seguro. MF-5/2000 Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico. ECE Referencia Referencia Referencia a otro nivel de atención.	

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con la consulta externa en unidades de medicina familiar; así como de atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención (IMSS/PAMUMF, 2012) (IMSS/PAMU 1° y 2° nivel, 2013).

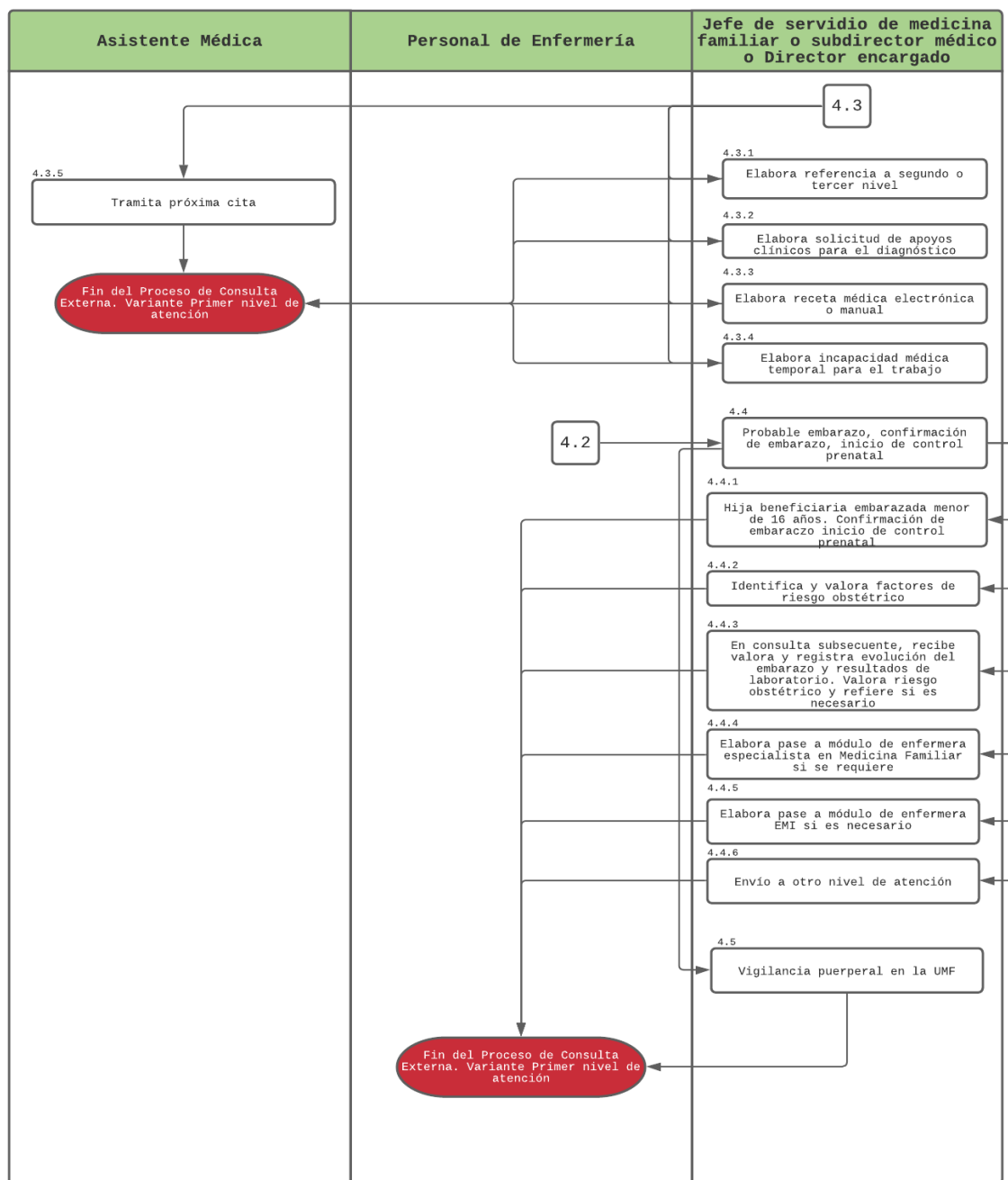
Esquema AV.5.1 Flujograma del Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Primer Nivel de Atención



Esquema AV.5.1 Flujograma del Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Primer Nivel de Atención



Esquema AV.5.1 Flujograma del Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Primer Nivel de Atención



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; Documentos; Requisitos; Sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; Bienes o servicios, Documentos)	(Usuarios internos, externos de proceso)

VERTIENTE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Etap 1. Otorgamiento de cita según modalidad. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:

Procedimientos base	Actividades
2. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 1 a 30
3. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 137 a 214

Asistente Médica de control central de la Consulta Externa de Especialidades (CEE) Coordinadora de Asistentes Médicas Director de Unidad Médica Hospitalaria Enfermera prenatal de hospital (EPH)	Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención. (Clave 2660-003-052) Relación de pacientes. Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98. Solicitud de servicios 4-30-200 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001 (Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles)	1.1. Trámite de cita (todas modalidades) A1. Convencional o por mensajero, A2. Por correo electrónico. A3. Automatizados. A4. Solicitud de interconsulta en la misma unidad B. Consulta subsecuente. 1.2. Identifica la especialidad solicitada y registra en la “agenda electrónica” o “agenda de citas”. 1.3. Entrega las citas a la Asistente Médica del Control que corresponda. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2660-003-052, numerales 1 a 30) ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL 1.4. Para atención materna y perinatal CEE, según modalidad (EPH) o Ginecoobstetricia. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 137 a 214)	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99. 2E10-009-001. Agenda electrónica. Agenda de citas 4-30-7. Relación de pacientes Nota de Vigilancia Prenatal Informe de Servicios Paramédicos” clave 4-30-6P/99	Internos: Coordinadora de Asistentes Médicas Director de Unidad Médica Hospitalaria Personal de ARIMAC. Médico no familiar de especialidad que corresponda.

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios						
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)						
	Nota de Vigilancia Prenatal. Informe de Servicios Paramédicos" clave 4-30-6P/99									
Etapa 2. Apertura y manejo del expediente clínico previo a la atención médica. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:										
		<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052</td><td>Numerales 31 a 37</td></tr><tr><td>2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.</td><td>Numerales 154 a 167</td></tr></table>	Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 31 a 37	2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 154 a 167		
Procedimientos base	Actividades									
1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 31 a 37									
2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 154 a 167									
Personal de ARIMAC	Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Clave: 2640-003-002. Agenda de citas. Control e informe de consulta externa 4-30-6-99 Expediente Clínico	2.1. Recibe con antelación de 24 a 48 horas, de la Asistente Médica original y dos copias del formato "Control e informe de consulta externa", o Formatos de "Referencia-contrarreferencia". 2.2 Búsqueda o elaboración de Expedientes clínicos en apego al "Procedimiento para la apertura, control, integración, depuración y recuperación del expediente, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de las Unidades Médicas Hospitalarias", 2E10-003- 003.	Cartilla nacional de salud, Credencial ADIMSS. Agenda de citas. Expediente Clínico Vale al Archivo Clínico 4-30-9 Notas médicas y prescripción 4-30-128/72	Externos: Paciente Acompañante						
Asistentes Médicas	Vale al Archivo Clínico 4-30-9	2.3. Recibe Expedientes clínicos, realiza procedimientos de seguridad del paciente en apego a la "Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente", clave 2660-006- 001. Toma Signos vitales y somatometría. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 31 a 37) (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 154 a 167)								
Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General										

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios						
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)						
Etapa 3. Atención Médica. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades específicas del siguiente procedimiento institucional:										
		<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052</td><td>Numerales 46 a 113</td></tr><tr><td>2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.</td><td>Numerales 172 a 214</td></tr></table>	Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 46 a 113	2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 172 a 214		
Procedimientos base	Actividades									
1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 46 a 113									
2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 172 a 214									
Médico No Familiar Auxiliar de Enfermería General o Enfermera General	Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 Historia clínica general 4-30-125/72 <									

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Ginecoobstetra Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General	Notas Médicas y Prescripción clave 4-30-128/72 Receta individual Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo	G.- Referencia a Unidad Homóloga o tercer nivel. (N. 90 a 113) (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 46 a 113) ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL 3.3. Para atención materna y perinatal CEE, Proporciona atención a la embarazada. Realiza el interrogatorio, la exploración general y la obstétrica, registra los datos clínicos y paraclínicos de la atención médica otorgada. Prescripción y documentación requerida. 3.4. Decide lugar en donde continuará la atención, según sea el caso: A. Consulta de Ginecoobstétrica (subsecuente) (N. 172 a 174) B. Unidad de Medicina Familiar de Adscripción (N. 175 a 179) C. Otro servicio de la Consulta Externa del mismo hospital (interconsulta o derivación) (N. 180 a 183) D. En la UTQ del mismo hospital (N. 184 a 190) E. Hospitalización en la misma unidad (N. 191 a 195) F. Referencia a otro hospital de 2do. o 3er nivel. (N. 196 a 214) 3.5. Coordinadora de Asistentes Médicas valida y entrega el formato "Control e informe de Consulta Externa" 4-30-6/99, la entrega al ARIMAC de acuerdo al "Procedimiento para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)", clave 2E10-003-002. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2650-003-001, numerales 172 a 214)	clave 4-30-128/72 Receta individual Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo Vale al archivo clínico" clave 4-30-9 Control e informe de Consulta Externa, clave 4-30- 6/99 Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98	Internos: Coordinadora de Asistentes Médicas Jefe de Servicio o Coordinador Clínico de Turno o Director o Subdirector Médico o Responsable
Coordinadora de Asistentes Médicas	Expediente Clínico Vale al Archivo Clínico 4-30-9			

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

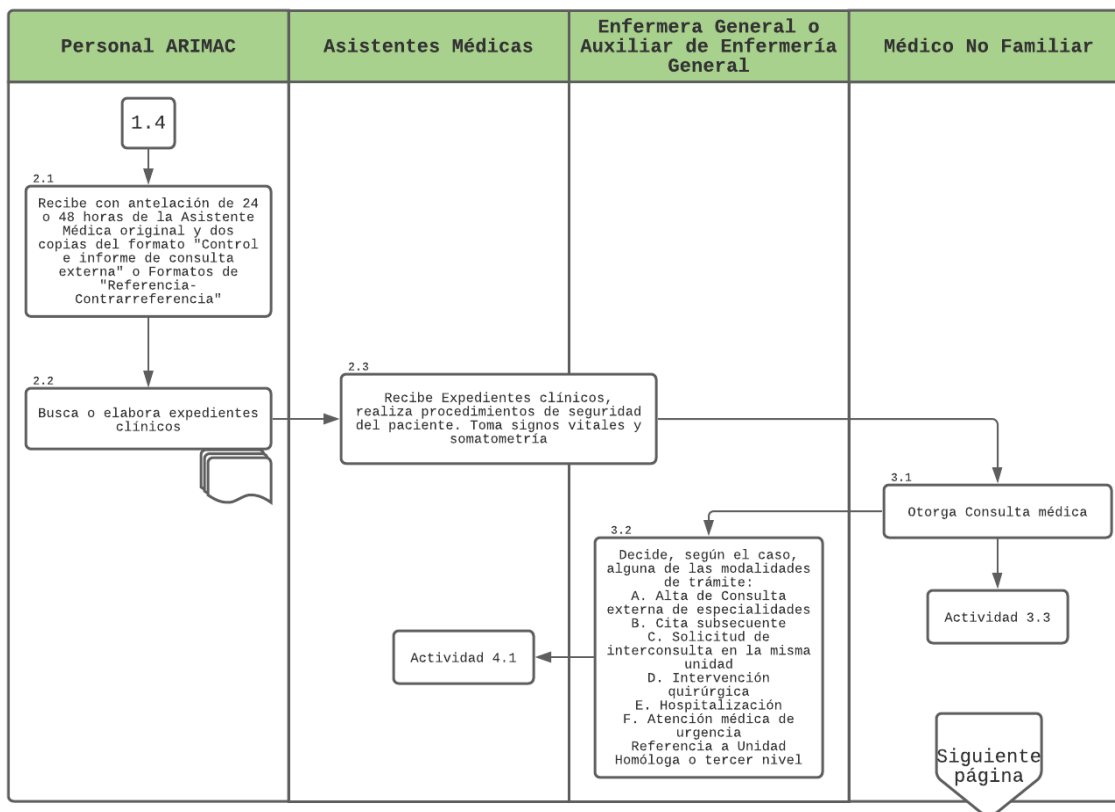
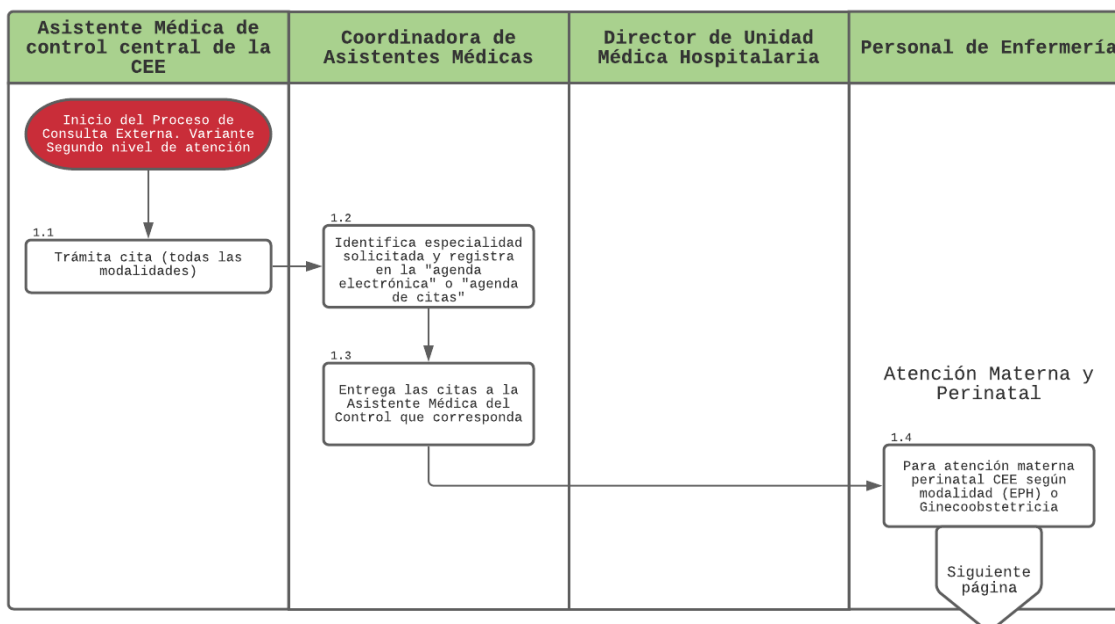
Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios						
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)						
Etapa 4. Fin de la Consulta Externa de Especialidades. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades específicas del siguiente procedimiento institucional:										
		<table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052</td><td>Numerales 114 a 122</td></tr><tr><td>2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.</td><td>Numerales 214</td></tr></table>	Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 114 a 122	2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 214		
Procedimientos base	Actividades									
1. Procedimiento AMCEE 2do. Nivel. Clave 2660-003-052	Numerales 114 a 122									
2. Procedimiento AMyP 1ro. y 2do. Niveles. Clave 2650-003-001.	Numerales 214									
Médico no familiar Auxiliar de Enfermería General o Enfermera General Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades (CCEE) Personal de ARIMAC Coordinadora de Asistentes Médicas	Control e informe de consulta externa 4-30-6-99, 2E10-009-001. Expedientes clínicos. Procedimiento para la apertura, control, integración, depuración y recuperación del expediente, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de las Unidades Médicas Hospitalarias. 2E10-003-003.	4.1. Verifica el llenado completo y correcto del informe de consulta externa, lo firma y entrega al personal de enfermería junto con los Expedientes clínicos, a su vez entrega a Asistente médica del Control de CE. 4.2. La Coordinadora de Asistente Médicas entrega a Personal de ARIMAC expedientes clínicos y los formatos “Control e informe de consulta externa 4-30-6-99”, 2E10-009-001, firma de recibido en la copia de dicha relación. 4.3. Separa y ordena Expedientes de acuerdo con el “Procedimiento para la apertura, control, integración, depuración y recuperación del expediente, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de las Unidades Médicas Hospitalarias” 2E10-003-003. (Actividades realizadas conforme a procedimiento 2640-003-002, numerales 114 a 122) 								

Tabla AV.5.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Segundo Nivel de Atención

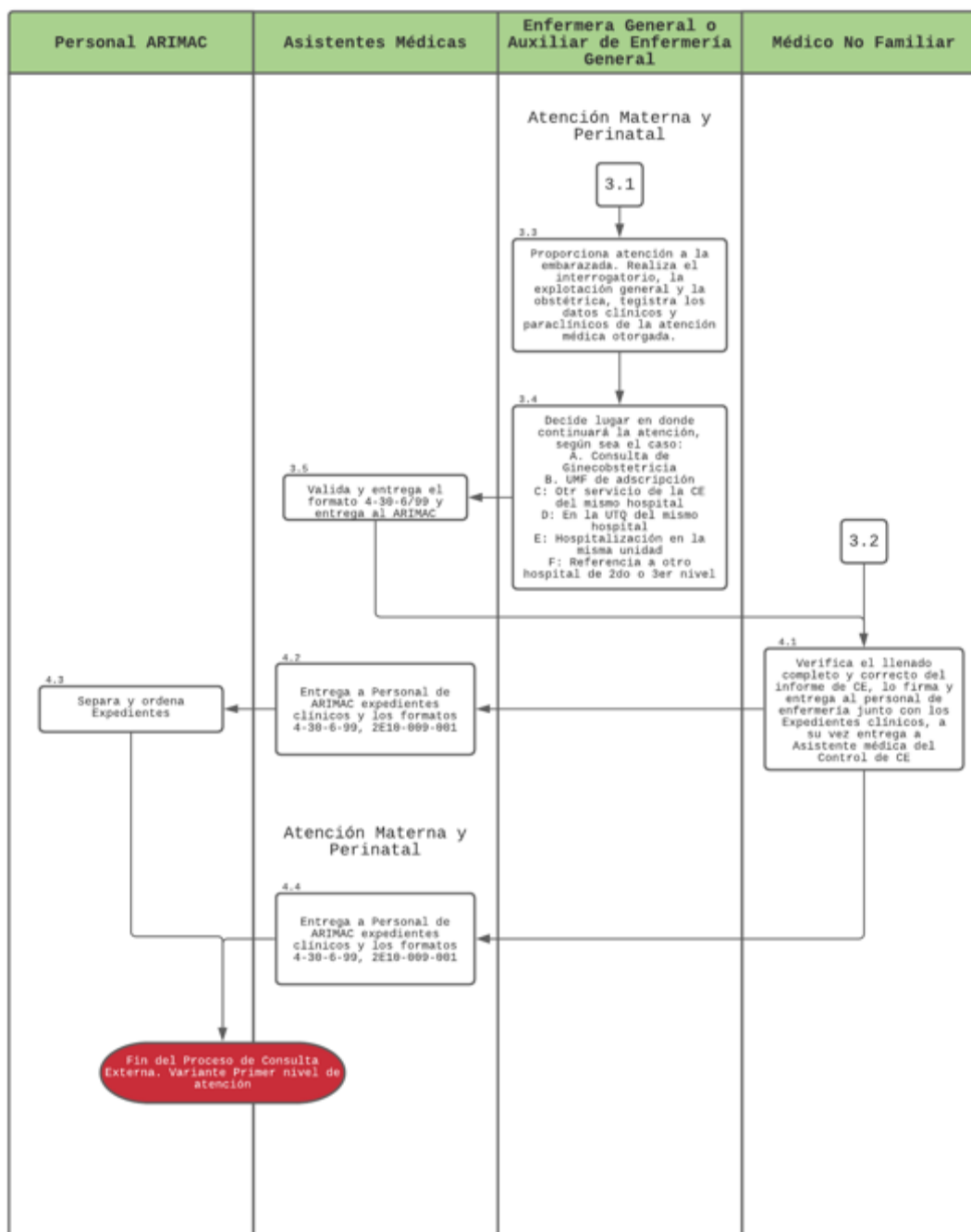
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		FIN DEL PROCESO VERTIENTE CONSULTA EXTERNA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		

Fuente: Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención. 2430-003-016. Validado el 10/10/2012 y Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001 (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012) (IMSS/PAMU 1º y 2º nivel, 2013) (IMSS/PAMCE 2do. nivel, 2017).

Esquema AV.5.2 Flujoograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Segundo Nivel de Atención



Esquema AV.5.2 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Segundo Nivel de Atención



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos; organismos, ciudadanos)	(Insumos; Documentos; Requisitos; Sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; Bienes o servicios, Documentos)	(Usuarios internos, externos del proceso)

VERTIENTE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Etapa 1. Consulta y análisis (Planeación previa a la consulta). Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:

Procedimiento	Actividades
Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención 2430-003-016 (PRCAM CEE 3er.nivel)	1 - 56

Personal Directivos de los servicios del área médica, enfermería, asistentes médicos, trabajo social	- Plantilla nominal - Plantilla teórica - Balance de plazas -2E10-009-001 - Recursos materiales del inventario físico de unidades 4-30-13a/2009-18 2E10- 009-001 - Resguardos del equipo - Programa anual de vacaciones - Distribución de personal médico y de enfermería, por consultorios, especialidad y turno 4-30-6/99 4-30-7 - Programa descansos, guardias y vacaciones. - Agenda de citas 4-30-7 - Agenda electrónica (SICEH) - Control e informe de	1.1 Planeación de los servicios de consulta externa de tercer nivel, a partir de la morbi- mortalidad, infraestructura disponible por especialidad, recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos. N. 1 y 22	- Capacidad instalada - Infraestructura por especialidad - Metas de consulta por especialidad - Tiempos y movimientos - Ausentismo programado - Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades semanal 2430-021-119 - Solicitud de cobertura para los conceptos 08 - Programa de capacitación - Programa anual de trabajo de la UMH - Cronograma de actividades - Cronograma de reuniones - Programa de capacitación operativa	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Personal asistente médico Personal de Trabajo Social Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	consulta externa 4 30 6/99 - Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez 2430- 021-118 - Licencias con y sin sueldo por médico		- Cronograma de actividades y reuniones - Agenda de cumplimiento de compromisos para seguimiento	
Directivo de la Consulta Externa de Especialidades Personal del ARIMAC o DIMAC Enfermera Directiva de la Consulta Externa de Especialidades	- Memorándum interno - Listado de los productos del SIMO - Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27 - Recetas individuales - Guías de práctica clínica - Cuadro Básico Institucional de Medicamentos - Criterios técnico médicos	DETERMINACIÓN DE DOTACIONES FIJAS Medicamentos 1.2. Evaluación semestral de productividad de los servicios de consulta especializada, con base en indicadores técnico-médicos, de enfermería, infraestructura y consumo de medicamentos y elaboración, ratificación o rectificación de dotaciones de medicamentos. N. 23 al 28	- Perfil demográfico y epidemiológico de la población que atiende - Catálogo local de medicamentos por especialidad - Demanda de atención por especialidad - Recetas otorgadas - Consumo de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares	Internos Personal Médico Personal de ARIMAC o ADIMAC Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Director de UMAE o de UMH - Directivo de la Consulta Externa de Especialidades - Directivo Administrativo - Responsable de Farmacia	Determinación de dotaciones fijas de medicamentos 2430-021-166	1.3. Requisición de dotaciones fijas de medicamentos, validación firmada por autoridades de los servicios, Director de UMAE o de UMH y Director administrativo. N. 29 al 39	- Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas 2430-021-169	Internos Directivos de UMAE o UMH Personal Médico Personal de farmacia Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Directivo de la Consulta Externa de Especialidades - Personal del ARIMAC	- Memorándum interno - Listado de los productos del SIMO - Cuadro Básico Institucional de Material de Curación - Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico - Catálogo local de material a servicios	Material a servicios 1.4. Tramite y autorización de reaprovisionamiento de material y medicamento a los servicios, para el año. N. 40 al 52	- Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94	Internos Personal Médico Personal de ARIMAC o ADIMAC Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Directivo de la Consulta Externa de Especialidades	- Guías de práctica clínica - Criterios técnico-médicos - Solicitudes de interconsultas no justificadas por Unidad - Índice de subsecuencia prolongado -Quejas de usuarios - Inicio tardío de la consulta - Mal trato o Calidad deficiente en la atención médica	1.5 Identificación de áreas de oportunidad en la Consulta Externa de Especialidades con criterios de calidad, propuestas de solución, aplicación y medición periódica. N. 53 al 56	- Minuta de trabajo	Internos Directivo de la Consulta Externa Personal médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Etapas 2. Recepción central o control de consultorios de Consulta Externa de Especialidades

Conforme a las actividades del procedimiento:

Procedimiento	Actividades
PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	57 - 78

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Asistente Médico - Personal Directivo de la Consulta Externa - Director de la Unidad - Personal Directivo de Conservación y Servicios Generales	- Equipo de cómputo - Agenda impresa - Agenda electrónica	2.1. Preparación de equipo, material y agendas para recepción del paciente, con reporte de equipo anómalo y seguimiento de solución. N. l 57 al 62	Agenda electrónica (SICEH) 4-30-7 Memorándum interno Bitácora de reportes del equipo de cómputo	Internos Personal Asistente Médico Personal Directivo de Consulta Externa Directivo de Conservación y Servicios Generales Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Asistente Médico - Personal Directivo de la Consulta Externa - Personal Directivo del ARIMAC	- Fax T90 2430-021-109 - Cartilla nacional de salud 2430-021-109 - Agenda electrónica (4-30-7 SICEH) - Credencial ADIMSS - Identificación oficial	Recepción Central Recepción de Referencia - contrarreferencia 2.2. Trámite de referencia para cita de primera vez, cita subsecuente y notificación de diferimiento de citas de primera vez al Responsable de Consulta Externa. 2.3. Coordinación de Asistentes Médicas con ARIMAC, para búsqueda de Expedientes clínicos. N. 63 al 78	- Control e informe de consulta externa 4-30-6/99 - Diferimiento de consulta de primera vez - Ausentismo médico no programado	Internos Personal Asistente Médico Personal Directivo de la Consulta Externa Personal Directivo de ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Etap 3. Inicio de la Consulta Externa de Especialidades. Conforme a las actividades del procedimiento:				
Procedimiento			Actividades	
1. PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016			79 - 121	
- Personal Asistente Médico - Personal de ARIMAC o DIMAC	- Agenda electrónica 4-30-7 (SICEH) - Expediente clínico	3.1. Preparación minuciosa de agendas de citas y entrega de expedientes clínicos a los consultorios.	- Expedientes clínicos - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Internos Personal Asistente Médico Personal de ARIMAC o DIMAC

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	- Vale colectivo			Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Directivo de Enfermería, o - Personal Directivo de la Consulta Externa	- Rol de asistencia del personal de enfermería 2430-021-036	3.2. Organización y distribución de personal de enfermería, valoración de funcionalidad de equipo, limpieza, orden y recepción del material y equipo correspondiente. N. 88 al 90	- Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería 2430-021-036	Internos Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Personal Directivo de la Consulta Externa Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Directivo de Enfermería	- Vale a la CEyE por material, equipo e instrumental 2430-021- 041	Servicio con Área de SubCEyE 3.3. Determina equipo descompuesto, reporta al área de Conservación. Supervisa entrega- recepción de equipo e insumos y sus consumos. Enlaza con Urgencias cuando se requiere atención médica urgente. N. 94 al 98	-Monitoreo de la esterilización 2430-021-037 -Reporte de descompostura de equipos electromédicos 2430-021-038 - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Internos Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Directivo de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal operativo de enfermería	- Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería - Vale a la CEyE por material, equipo e instrumental	3.4. Registra asistencia, realiza somatometría, signos vitales y verifica equipo para la atención, reporta faltantes, solicita y recibe insumos, equipo y material de CEyE. Recibe expedientes clínicos y formatos de informe.	- Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Internos Personal Operativo de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	2430-021- 041	N. 99 al 108		representante legal
- Personal Asistente Médico - Personal de Enfermería - Personal Responsable del ARIMAC o DIMAC	- Expediente clínico - Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete	Expedientes completos/ incompletos 3.5. Coordinación del Personal Asistente Médico, Enfermería y del ARIMAC o DIMAC para contar con los expedientes clínicos, resultados de sus estudios y resolver los problemas que se deriven. N. 111 al 117	- Expedientes clínicos completos - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Internos Personal Asistente Médico Personal operativo de Enfermería Personal de ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Etapas 4. Recepción y atención médica. Conforme a las actividades del procedimiento:				
		Procedimiento	Actividades	
		PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	122 al 158	
- Personal Asistente Médico	- Cartilla nacional de salud 2430-021-109 Anexo 5 - Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98 - Expediente clínico - Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viático TP 01/94 - Vale al archivo clínico 4-30-9	Recepción de pacientes citados/ paciente foráneo 4.1. Recibe al paciente. Identifica si es local o foráneo. Verifica documentación y registro, informa mecanismos para emisión de satisfacción por atención recibida. Con paciente foráneo solicita traslado. Excepcionalmente, en caso de no localizar el expediente clínico 4.2. Avisa al paciente, se coordina con ARIMAC para búsqueda del expediente y notifica al Jefe de la Especialidad. N. 122 al 126	- Expediente Clínico - Trámite de traslado de pacientes foráneos	Internos Personal Asistente Médico Personal del ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Directivo de la Consulta Externa de Especialidades	- Agenda electrónica 4-30-7 (SICEH)	Atención médica en la Consulta Externa de Especialidades	- Puntualidad en la atención	Internos Personal Directivo de área Médica

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

[illegible]

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
	2430-005-012 (Anexo 15) - Instrucciones para determinar el peso 2430-005-028 (Anexo 16) - Instrucciones para determinar la estatura 2430-005-029 (Anexo 17) - Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Historia clínica 2430-021-148 (Anexo 18) - Consentimiento informado para procedimientos invasivos en consultorio 2430-021-129 (Anexo 19) - Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico - Cintilla de identificación							
Etapas 5. Egreso del paciente de la Consulta Externa de Especialidades. Conforme a las actividades del procedimiento:								
		<table><tr><th>Procedimiento</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016</td><td>158 al 186</td></tr></table>	Procedimiento	Actividades	PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	158 al 186		
Procedimiento	Actividades							
PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	158 al 186							
Personal Médico Personal de Enfermería	- Expediente Clínico -Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Referencia - Contrarreferencia a 4-30- 8/98	5.1. Determina egreso del paciente y necesidad de transcripción de medicamentos, requisita contrarreferencia y resumen clínico. N. 159 a 161 De acuerdo con característica del paciente:	-Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Referencia – Contrarreferencia - Receta individual	Internos Personal Médico Personal de Enfermería Personal Asistente Médico				

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico Personal de Enfermería Personal Médico	2430-021-109 (anexo 5) - Receta individual - Guías de Práctica Clínica y del Subcomité de Infecciones Nosocomiales y/o Antimicrobianos local	Envío del paciente a su UMF u HGZ Paciente citado de primera vez 5.1.a. Determina egreso del paciente y necesidad de transcripción de medicamentos, requisita contrarreferencia y resumen clínico, entrega a Personal asistente médico para trámite. (continúa con la actividad 363 del procedimiento). N. 159 a 161 Paciente subsecuente 5.1b. Determina egreso del paciente, elabora nota médica de egreso, requisita contrarreferencia, integra al expediente, elabora receta y entrega al paciente. N. del 162 al 165	Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Referencia – Contrarreferencia - Receta individual - Expediente Clínico Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Referencia – Contrarreferencia - Receta individual	Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal de Enfermería Personal Directivo Médico o Responsable Personal Médico	- Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos 2450-003- 011	5.2. Personal de enfermería orienta a paciente sobre cuidados específicos, rehabilitación y plan de alta, asesora para procedimiento en su UMF y tramita autorización de Referencia – Contrarreferencia. 5.3. Médico recibe contrarreferencia autorizada, entrega al paciente con receta para un mes y define necesidad de medicamentos del Catálogo II. Requiere de la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II.	- Referencia - Contrarreferencia a 4-30-8/98 2430-021- 109 (anexo 5) 2430-021-109 Anexo 5 Receta individual	Internos Personal de Enfermería Personal Directivo Médico Personal Médico Personal de COBCIR Externos Pacientes Familiar o tutor o

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico	Formato Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viáticos TP 01/94	5.3a. Inicia procedimiento para indicación de medicamentos del Catálogo II.	- Autorización de Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viáticos	representante legal
Personal Médico		No requiere de la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II.		Internos Personal Médico Personal Responsable de COBCIR
		5.3b. Determina si es paciente foráneo.		
		Es paciente foráneo		
		5.3c. Valida traslado y lo entrega al paciente o familiar.	- Certificado de incapacidad temporal para el trabajo - Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
		No es paciente foráneo		
		5.3d. Determina si paciente requiere incapacidad temporal		
		Si requiere de incapacidad temporal para el trabajo.		
Responsable del Control de Blocks de Colectivos, Incapacidades y Recetarios (COBCIR)		5.4. Elabora y entrega incapacidad temporal al paciente, registra en informe de consulta, entrega original de incapacidad al personal del COBCIR. N. 166 a 183	- Certificado de incapacidad temporal para el trabajo	
		En caso de que se requieran días adicionales de incapacidad temporal para el trabajo.		
		5.4a. Inicia procedimiento para la prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo.		
		No requiere de incapacidad temporal para el trabajo.		
Personal Médico	- Procedimiento para la dictaminación y prevención de los accidentes de trabajo 2320-003-009	5.4b. Determina si el paciente requiere de dictamen de accidente o enfermedad de trabajo.	- Dictamen de accidente de trabajo o enfermedad de trabajo.	
		Si se requiere dictaminación de accidente o enfermedad de trabajo.		
		5.4.b.1. Envía resultados de estudios a valoración de Medicina del Trabajo, Medicina Física y Rehabilitación e inicia el procedimiento para dictamen.		
Personal Médico		Si el caso no requiere dictaminación de accidente o enfermedad de trabajo.		

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

[illegible]

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico	radioinmuno-análisis o administración de material radioactivo para tratamiento en los servicios de medicina nuclear del Instituto Mexicano del Seguro Social 2430-003-021.	recaba firma de consentimiento informado e integra al expediente. El caso no requiere de estudios de gabinete con procedimientos invasivos 6.1.b. Determina si el paciente requiere algún estudio de Medicina Nuclear. El paciente requiere de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento. 6.1.c. Inicia procedimiento para estudio de gammagrafía o radioinmunoanálisis. El paciente no requiere de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento. 6.1.d. Determina existencia o sospecha de hemofilia u otras alteraciones hereditarias de la coagulación.	invasivos en consultorio 2430-021-129 (anexo 19) - Expediente clínico - Solicitud de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis	Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Médico	Procedimiento para el diagnóstico y tratamiento del paciente con hemofilia y otras alteraciones hereditarias de la coagulación 2430-003-025	Existe sospecha o diagnóstico de hemofilia u otras alteraciones hereditarias de la coagulación. 6.1.e. Inicia procedimiento para diagnóstico y tratamiento del paciente con alteraciones hereditarias de la coagulación. No existe sospecha o diagnóstico de hemofilia u otras alteraciones hereditarias de la coagulación. 6.1.f. Envía paciente con Asistente Médica a trámite de cita subsecuente. N. del 194 al 200	Inicia estudio para diagnóstico de alteraciones hereditarias de la coagulación.	
	- Cartilla nacional de salud 2430-021-126 Anexo 23	Otorgamiento de cita subsecuente 6.2. Recibe al paciente, solicita documentos y tramita cita	- Cita en Agenda Electrónica (SICEH) 4-30-7	Internos Personal Asistente Médico

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Asistente Médico Personal Directivo de Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica Personal Directivo del ARIMAC o DIMAC	- Formatos de laboratorio y gabinete - 4-30-7 Agenda Electrónica (SICEH) - Volante para solicitar cita en la Consulta Externa Especialidades	subsecuente. Registra en cartilla de salud y entrega a paciente. En caso de pacientes foráneos 6.2.a. Verifica datos del Médico en formato de traslado de pacientes con viáticos. Envía paciente a OTEF para trámite de viáticos. N. 201 al 207 Paciente referido para la realización de estudios de laboratorio y /o gabinete 6.2.b. Orienta, informa preparación del paciente para estudios, entrega instructivo y aclara dudas. N. 208 al 210 Recepción de documentos para glosar en el expediente clínico 6.2.c. Vigila requisitado completo de solicitudes de laboratorio y gabinete y sus resultados, envía al ARIMAC para pega y glosa en expediente. N. 211 al 213	- Cita en Cartilla nacional de salud 2430-021-126 Anexo 23 - Cita para estudios de laboratorio y gabinete - Expediente clínico - Memorándum interno - Resultados de estudios de laboratorio y Gabinete	Personal Directivo de Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica Personal Directivo del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Médico Personal Médico	- Expediente clínico - Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200 2430-021-117 (anexo 24)	Paciente subsecuente 6.3. Recibe al paciente, otorga consulta, revisa estudios, define plan terapéutico a seguir como: interconsulta a otra especialidad, programación de cirugía, hospitalización urgente, hospitalización programada, egreso de Consulta Externa. Solicitud de interconsulta a otra(s) especialidad(es) en la misma unidad. 6.3.a. Informa al paciente necesidad de valoración por otra especialidad, requisita solicitud de interconsulta y lo entrega al paciente para trámite. N. del 216 al 217 Solicitud de interconsulta con Trabajo Social. 6.3.b. Requisita interconsulta, entrega al paciente y envía con Personal	- Expediente clínico - Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200 2430-021-117 (anexo 24)	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico		Asistente Médico de especialidad requerida para trámite de cita. Médico continúa en la actividad 257 del procedimiento 2430-003-016	- Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200 2430-021-117 (anexo 24)	
Personal Asistente Médico	- Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200 2430-021-117 (anexo 24) - Agenda de citas 4-30-7 o Agenda Electrónica (SICEH) - Cartilla nacional de salud	6.4. Recibe al paciente, pide solicitud de interconsulta, lo envía al área correspondiente según especialidad y solicita que regrese para otorgar cita subsecuente. N. 218 al 224 Solicitud de la especialidad interconsultada 6.5. Recibe paciente, agenda cita y registra en Cartilla de salud del paciente y envía al control de donde lo mandaron para registro de cita subsecuente. N. 225 al 234	- Cita en especialidad requerida - Cita subsecuente	Internos Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Médico de la especialidad interconsultada.		Otorgamiento de la atención médica por la especialidad interconsultada Día de la cita.		
Personal de Enfermería.		6.6. Realizan las actividades 132 a la 224 del procedimiento 2430-003-016, de acuerdo con el ámbito de su competencia y al caso.		
Etapas 7. Paciente requiere tratamiento quirúrgico. Conforme a las actividades del procedimiento:				
		Procedimiento	Actividades	
		PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	235 al 257	
Personal Médico	- Guías de práctica clínica - Protocolos de diagnóstico y tratamiento - Expediente clínico - Consentimiento	7.1. Recibe paciente, identifica necesidad quirúrgica, cumplimiento de criterios quirúrgicos, informa al paciente, explica riesgos y complicaciones. Requisita autorización y anexa a expediente. N. 225 al 238	- Valoración preoperatoria - Consentimiento informado autorizado	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	informado para la realización de procedimientos quirúrgicos 2430-021-128 (anexo 25)	Continúa en la actividad 250 del procedimiento. 2430-003-016.		representante legal
Personal Médico Personal de Almacén de material de osteosíntesis Personal de Enfermería	- Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis 2430-021-131 (anexo 26)	En el caso que se requiera de material de osteosíntesis y endoprótesis 7.2. Requisita solicitud de material de osteosíntesis o endoprótesis, tramita con Almacén de material de osteosíntesis y entrega a Enfermería de CEyE. 7.3. Participa en programación quirúrgica diaria, vigila requerimientos, existencia y falta de material de osteosíntesis e informa afectación a programa de cirugías. N. del 239 al 246	Tramite de solicitud de material de osteosíntesis o endoprótesis suficiente y oportuno - Programa diario de operaciones 4-30- 1Q-1/87 2430-021-068 (anexo 27) - Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" 4-30-59/72" 2430- 021-132 (anexo 28)	Internos Personal Médico Personal de Enfermería Personal Responsable del Almacén de osteosíntesis Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Responsable del almacén de material de osteosíntesis Personal de Enfermería	- Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis 2430-021-131 (anexo 26)	7.4. Entrega a personal de enfermería el material de osteosíntesis y endoprótesis solicitado, para su preparación e identificación. N. 247 al 249	Material de osteosíntesis y endoprótesis preparado para cirugía	Internos Personal de Enfermería Personal Responsable del Almacén de osteosíntesis Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Médico	- Orden de internamiento	Programación del internamiento al área de hospitalización 7.5. Elabora orden de internamiento, entrega al paciente para trámite.		Internos Personal Médico

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
Personal de Enfermería Personal Asistente Médico	2430-021-071 (anexo 29) - Notas médicas y prescripción 4-30-128/72	7.6. Registra acciones preoperatorias de enfermería y avisa del internamiento al Personal Asistente Médico. N. 250 al 253 7.7. Programa ingreso hospitalario. Concientiza para intervención quirúrgica. Envía a Trabajo Social para orientación sobre donación de sangre y continúa en la actividad 296 del procedimiento 2430-003-016. N. 254 al 257	- Cita de ingreso hospitalario en Cartilla nacional de salud	Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Etapas 8. Trabajo Social en la Consulta Externa de Especialidades. Conforme a las actividades del procedimiento:				
		Procedimiento	Actividades	
		PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	257 al 301	
Personal de Trabajo Social	- Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200 2430-021-117 (anexo 24) - Cartilla nacional de salud 4-30-7 - Agenda de citas 4-30-7 - Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000	8.1. Recibe al paciente, revisa solicitud de interconsulta, define necesidad de atención social, acuerda y registra cita en Cartilla de Salud. Día de la cita 8.2. Recibe al paciente, confirma cita en agenda, registra en libreta de Trabajo Social. Entrevista Inicial o Diagnóstica 8.3. Identifica factores de riesgo familiar. Registra diagnóstico, plan de intervención y/o educativo y cita subsiguiente en formatos correspondientes. 8.4. Pide y devuelve a ARIMAC el expediente, anexa notas de trabajo	- Cita en Cartilla Nacional de Salud - Cita en agenda de citas 4-30-7 - Registro en Libreta de actividades programadas de trabajo social - Informe de servicios paramédicos 4-30- 6p 2430-021-102 Anexo 30	Internos Personal de Trabajo Social Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal del ARIMAC o DIMAC Personal de Trabajo Social Personal del ARIMAC o DIMAC	- Libreta de actividades programadas de trabajo social. - Vale al archivo clínico 4-30-9	social, informa al Médico tratante problemática social identificada. N. del 256 a 278 Sesión Educativa de Trabajo Social 8.5. Integra grupos educativos y sus medidas preventivas, requisita autorización, registra cita sesión en cartilla de salud y acciones y resultados en formatos correspondientes. Realiza las actividades 272, 273 y 276 a 278 y Personal de ARIMAC realiza las actividades 274 y 275 de este procedimiento 2430-003-016. Entrevista subsecuente de Trabajo Social 8.6. Prepara e imparte sesión educativa con equipo de salud, con objetivos educativos de acuerdo con necesidades detectadas. Invita a siguiente sesión. 8.7. Recibe al paciente, continúa atención, registra notas de trabajo social, elabora informes, anexa a expediente e informa a médico avances y resultados y mensualmente a Directivo de Trabajo Social.	- Cartilla nacional de salud 4-30-7 - Actualización de Libreta de actividades programadas de trabajo social. - Consentimiento informado para participar en el grupo educativo - Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000 2430-021-102 (anexo 30) - Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72 2430-021-105 (anexo 31) - Informe de servicios paramédicos 4-30-6p	Internos Personal de Trabajo Social Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Trabajadora Social	- Procedimiento para la atención de donantes de sangre total, aféresis y donación autóloga de predepósito en los bancos de sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social 2430-003-001	Paciente programado para cirugía 8.8. Recibe paciente programado a cirugía, sensibiliza sobre donación de sangre, informa Reglamento del Hospital y realiza visita guiada por las áreas de la UMH con el paciente. N. 279 al 301	- Conocimiento del Reglamento del Hospital - Donación altruista de sangre - Recorrido del Hospital	Internos Personal de Trabajo Social Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	- Reglamento interno de la Unidad Médica Hospitalaria” 2430-021- 072” (anexo 32)			
Etapas 9. Paciente de la Consulta Externa de Especialidades que requiere hospitalización de urgencia. Conforme a las actividades del procedimiento:				
Procedimiento			Actividades	
PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016			301 al 332	
Personal Médico	- Consentimiento para hospitalización 2430-021-070 (anexo 33) - Expediente clínico - Cartilla nacional de salud - Credencial ADIMSS - Identificación oficial - Expediente clínico	9.1. Recibe al paciente, identifica necesidad de hospitalización urgente, se comunica a Urgencias presenta y aceptan caso. 9.2. Informa al paciente, diagnóstico y necesidad de hospitalización urgente y explica riesgos y posibles complicaciones. 9.3. Elabora nota médica completa, registra diagnóstico, requisita autorización para hospitalización, compila documentos e integra a expediente clínico. 9.4. Envía al familiar a trámites con documentación del paciente, registra atención, avisa traslado, realiza entrega - recepción del paciente y expediente a Urgencias. 9.5. Comunica al equipo, registra traslado y notifica a Personal de Intendencia para traslado del paciente con acompañamiento del Personal de Enfermería.	- Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Firma del Consentimiento para hospitalización 2430-021-070 (anexo 33) - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	Internos Personal Médico Personal de Enfermería Personal Asistente Médico Personal de Servicios de Intendencia Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal de Enfermería		9.6. Personal de Enfermería y Asistente Médico reciben paciente en Urgencias. Se coordinan con Personal del ARIMAC o DIMAC para el traslado del expediente a Urgencias con acuse de recibo.		
Personal Asistente Médico		9.7. Entrega – recepción del paciente entre Personal de Enfermería e instalación en cama de Urgencias.		
Personal de Servicios de Intendencia				
Personal de Enfermería				

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Asistente Médico Personal del ARIMAC o DIMAC Personal de Enfermería	- Expediente clínico 4-30-6/99 - Vale al archivo clínico 4-30- 9 4-30-6/99	N. del 323 al 332	Expediente clínico 4-30-6/99	
		NOTA: Este proceso se vincula con el Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención. 2430-003-034 en los siguientes puntos: Fase 1: Paciente procedente de los Departamentos Clínico de Admisión Continua o Urgencias, quirófano u hospitalización. N. del 1 - 8 Modalidad A, Paciente en Admisión Continua o Urgencias. N. del 9 – 21 Modalidad B, Paciente en quirófano. N. del 22 – 23 Modalidad C Paciente en hospitalización. N. del 24 - 27		
Etapas 10. Paciente que requiere Hospitalización programada. Conforme a las actividades del procedimiento:				
		Procedimiento	Actividades	
		1. PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016	333 al 348	
		2. Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001.	Etapas 2: Modalidad E: 191 – 195 Modalidad F: 196 – 201 Y 137 – 245 Fase 3: Hospitalización K: 340 a 375	
Personal Médico	- Guías de práctica clínica - Protocolos de diagnóstico y tratamiento	10.1. Recibe al paciente, identifica necesidad de hospitalización electiva, verifica cumplimiento de criterios de las Guías de práctica clínica o Protocolos de diagnóstico y tratamiento normados. 10.2. Informa al paciente, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, necesidad de hospitalización y explica riesgos y eventuales complicaciones N. 333 al 335	- Expediente clínico - Estudios de laboratorio y gabinete	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico Personal Médico de Enfermería Personal Asistente Médico	- Procedimiento para la toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las unidades médicas hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social 2430-003-004 - Consentimiento informado para hospitalización 2430-021-070 (anexo 33) - Cartilla nacional de salud	En caso de paciente obstétrica 10.3. Informa a embarazada sobre donación de sangre de cordón umbilical e inicia procedimiento, requisita autorización de hospitalización y anexa a expediente. 10.4. Elabora orden de internamiento, registra en notas médicas acciones de enfermería, para ingreso de paciente a hospitalización y anexa al expediente clínico. 10.5. Orienta y aclara dudas al paciente, envía con Personal Asistente Médico, se programa ingreso hospitalario, anota en registro de pacientes hospitalizados y en Hoja de alta hospitalaria. 10.6. Envía a Trabajo Social para información de donación de sangre y otros programas, realiza enlace de turno e identifica trámites pendientes para dar continuidad. N. del 336 al 348	- Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 - Orden de internamiento 2430-021-071 (anexo 29) - Firma de Consentimiento informado para hospitalización 2430-021-070 (anexo 33) - Cita en Cartilla nacional de salud 2430-021-071 - 4-30-7 Agenda electrónica (SICEH) - Registro de pacientes hospitalizados 2430-021-110 (Anexo 34) - Hoja de alta hospitalaria Alta 1/98 2430- 021-111 (anexo 35)	Internos Personal Médico Personal de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal del ARIMAC o DIMAC Personal Asistente Médico	- Vale de archivo	10.7. Un día antes se coordina con Responsable del ARIMAC, localizan expedientes de pacientes programados para internamiento. 10.8. Recibe de ARIMAC los expedientes solicitados, verifica que estén debidamente integrados y acusa de recibo. N. del 349 al 357	- Registro de pacientes hospitalizados 2430-021-110 (Anexo 34) - Hoja de alta hospitalaria Alta 1/98 2430- 021-111 (anexo 35) 4-30-9 Expediente clínico	Internos Personal Asistente Médico Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
		NOTA: Otro Proceso vinculado al de Consulta Externa es el Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001, en los siguientes puntos: Sección:		

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		Referencia a otro nivel de atención, N. 30 -34; 35 – 38; 54 -58 y 59 -62. Etapa 2. Unidad Hospitalaria. Modalidad E: Misma Unidad Hospitalaria. N. 191 – 195. Modalidad F: Referencia a otro Hospital de Segundo o Tercer Nivel. N. 196 – 201 y 203 – 214		
Etapa 11. Finalización de la Consulta Externa de Especialidades. Conforme a las actividades del procedimiento:				
Procedimiento			Actividades	
1. Procedimiento PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016			349 al 376	
Personal Médico	- Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	11.1. Manejo adecuado de los RPBI o tóxico-peligrosos generados en la atención médica del paciente. Requisita el control e informe de consulta. 11.2. Recibe el control e informe de consulta externa y documentos de los pacientes egresados del servicio, los ordena, verifica que estén completos y entrega a Personal Asistente Médico. Puntos del 358 al 363 No se encuentran completos 11.3. Personal Asistente Médico informa a Enfermería la falta del expediente clínico, quién requisita vale al archivo y lo entrega a Personal Asistente Médico. 364 al 366.	- Expediente clínico - Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-109 (anexo 5) - Historia clínica 2430-021-148 (anexo 18) 4-30-128/72 - Vale al archivo clínico 4-30- 9	Internos Personal Asistente Médico Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal de enfermería				
Personal Asistente Médico				
Personal de Enfermería	- Control e informe de consulta externa 4- 30-6/99	Se encuentran completos 11.4. Registra expedientes en el control e informe de consulta externa, procesamiento de material, instrumental y equipo. Solicita limpieza y orden de consultorios. Supervisión de productividad, consumo de insumos y medicamentos en registros de enfermería.	- Control e informe de consulta externa 4- 30-6/99 - Expedientes y documentación de pacientes requisitados y resguardados - Registro de la productividad diaria de enfermería 2430-021-122 (anexo 22) - Registro del consumo de medicamentos	Internos Personal Asistente Médico Personal del ARIMAC o DIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal del ARIMAC o DIMAC	- Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	11.5. Coordinación con ARIMAC o DIMAC para entrega de expedientes y documentación de los pacientes egresados del servicio y sus vales al archivo. 11.6. Personal Asistente Médico Recibe y entrega control e informe de consulta externa y resguarda por periodos		

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Asistente Médico Coordinadora de Asistentes Médico		mensuales, la relaciona y entrega al día siguiente a su Coordinación. Puntos de 364 al 376	de alto costo o de psicotrópicos 2430- 021-121 (anexo 20) - Registro del consumo diario de medicamentos o material de curación y equipo 2430-021-124 (anexo 21)	
Etap 12. Gestión y supervisión de la Consulta Externa de Especialidades. Conforme a las actividades del procedimiento:				
Procedimiento			Actividades	
1. Procedimiento PRCAM CEE 3er. Nivel. 2430-003-016			377 al 474	
Directivos Médicos Directivos de Enfermería Directivos de Trabajo Social Directivos de Asistentes Médicos	- Información gerencial institucional - Expediente clínico - Guías de práctica clínica. - Normativa institucional - 4-30-7 Agenda electrónica (SICEH) - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99 - SIMO - Programa de supervisión	12.1. Supervisión técnica y administrativa de infraestructura, recursos humanos, materiales y de equipamiento con la periodicidad que se requiere. 12.2. Coordinan, dirigen, participan en el diseño, elaboración y actualización de la Carpeta gerencial y formatos de control interno, según normatividad vigente. 12.3. Evaluación periódica de las actividades en cada área y reingeniería de procesos para alcanzar metas.	- Servicios, supervisados y evaluados - Detección oportuna de fallas y anomalías - Oportunidad en la atención - Actualización de plantillas de personal - Informe de resultados de la supervisión del personal operativo - Evaluación de la productividad - Carpeta gerencial - Métodos específicos de trabajo - Formatos de control interno	Internos Personal Directivo Médicos Personal Directivo de Enfermería Personal Directivo de Trabajo Social Personal Directivo de Asistentes Médicos Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Directivos Médicos Directivos de Enfermería Directivos de Trabajo Social	- Encuesta de satisfacción para la consulta externa de especialidades 2430-021-127 (anexo 36)	12.4. Vigilancia permanente de la Calidad de la atención en cada área, medición periódica de la satisfacción de personal, identificación de áreas de oportunidad y aplicación de estrategias para mejora continua de la calidad.	- Mejora de la calidad de la atención	Internos Personal Directivo y operativo Médico Personal Directivo y

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Directivos de Asistentes Médicos	- Información gerencial institucional - Control e informe de consulta externa 4-30-6/99 - SIMO	12.5. Participan en elaboración del Diagnóstico situacional y Programa anual de trabajo de la UMH. 12.6. Elaboran y entregan anualmente, el Programa de trabajo de la Consulta Externa de Especialidades. N. del 377 al 409	- Diagnóstico Situacional - Programa anual de trabajo de la UMH - Programa anual de trabajo de la Consulta Externa de Especialidades	operativo de Enfermería Personal Directivo y operativo de Trabajo Social Personal Directivo y operativo de Asistentes Médicos Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Directivo de Enfermería	- Bitácora de mantenimiento - Reporte de descompostura de equipos electromédicos 2430-021-038 (anexo 8) - Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27 - Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos Farmacia-Servicio 2430-021-167 (anexo 38) - Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27 24-30-021-167 Anexo 38 - Registro de la productividad diaria de	12.7. Supervisa infraestructura, recursos humanos, materiales y de equipamiento con la periodicidad necesaria. Existe problemática 12.8. Detecta y resuelve situaciones de falta de insumos, anomalías en entregas. 12.9. Se coordina con las diferentes áreas, de acuerdo a problemáticas que surjan como descomposturas de equipos, faltantes de insumos y caducidad de medicamentos, entrega de pedidos incompletos, entre otros, para su reparación y solución. 12.10. Elabora los informes correspondientes al área con la periodicidad requerida. 12.11. Evalúa periódicamente las actividades del área de Enfermería, retroalimenta al personal, establece acciones de mejora, Puntos del 410 al 457	- Memorándum interno - Autorización de solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27 - Equipo reparado y funcional	Internos Personal Directivo y operativo de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

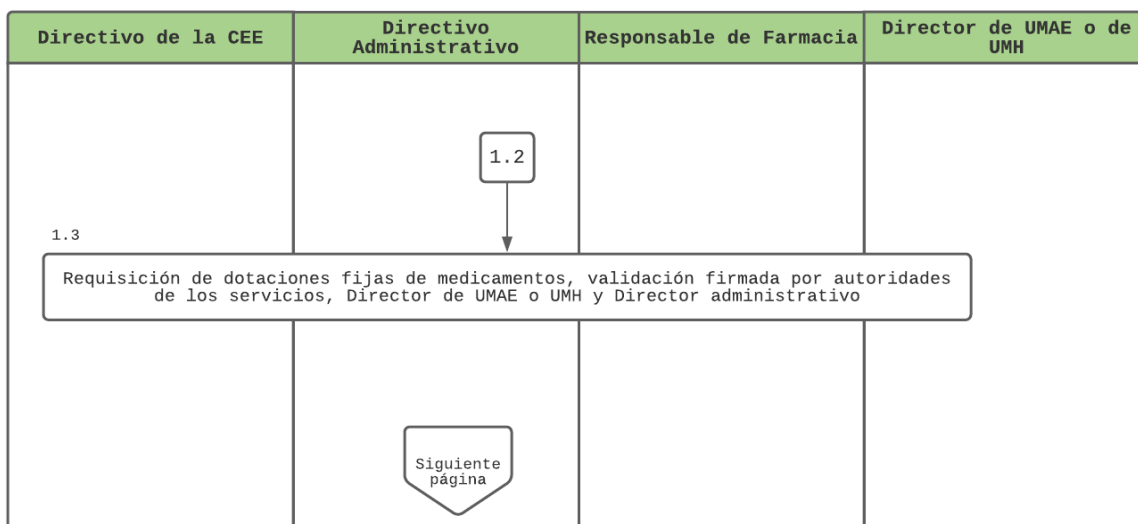
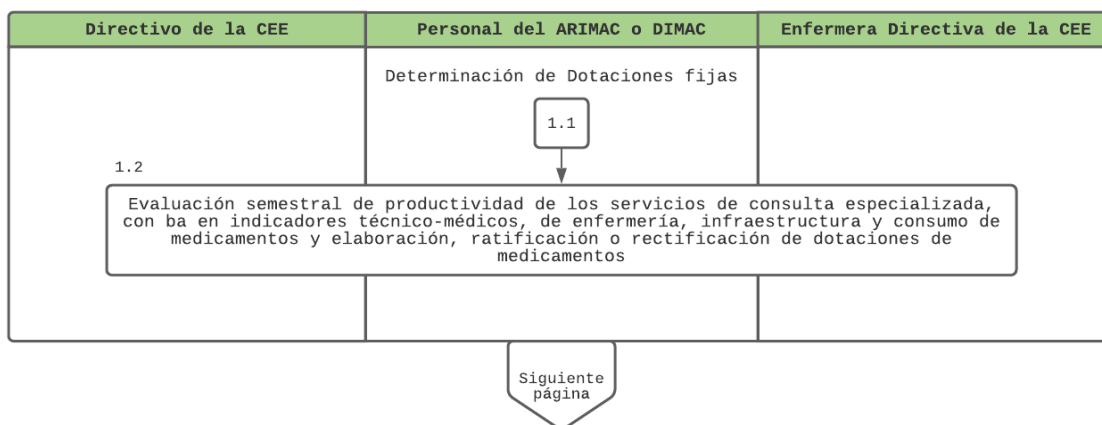
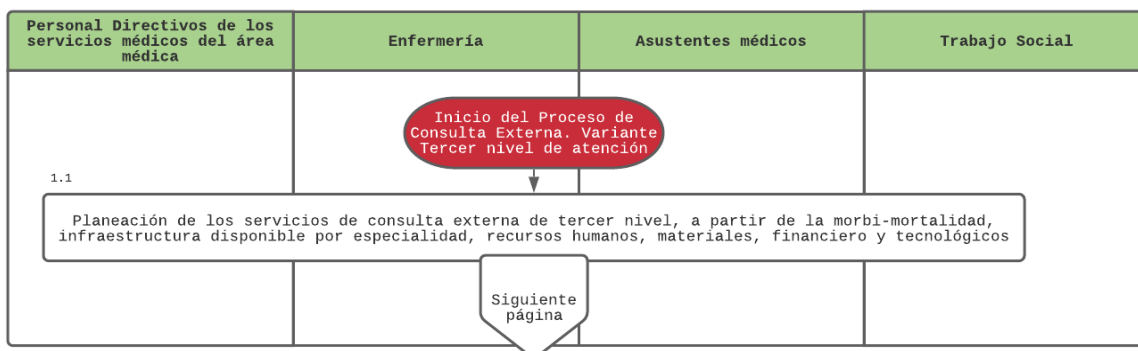
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	enfermería 2430-021-122 (anexo 22).			
Personal Directivo de Trabajo Social	Bitácora de mantenimiento - Reporte de descompostura de equipos electrónico Directorio de las instituciones Informes de actividades del Servicio de Trabajo Social Informes de evaluación y supervisión	12.12. Supervisa infraestructura, recursos humanos del área de Trabajo Social, recursos materiales y de equipamiento con la periodicidad necesaria. 12.13. Supervisa interrelación de Trabajo Social con el equipo de salud y se coordina con otras áreas para la atención médica según le corresponda. Mantiene actualizado Directorio de Instituciones que otorgan apoyo social. 12.14. Evalúa mensualmente actividades programadas del área, resultados de la supervisión e impacto de actividades educativas. 12.15. Elabora Informe consolidado de actividades de Trabajo Social. N. 458 al 465	- Directorio de las instituciones actualizado - Informe consolidado de actividades del Servicio de Trabajo Social	Internos Personal Directivo y operativo de Trabajo Social Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Personal Directivo de Asistentes Médicos	-Agenda Electrónica (SICEH)	12.16. Supervisa, coordina y asesora al personal Asistente Médico en manejo de las Agendas de citas, vigila diferimiento de consulta, elabora Informe de la oportunidad de la atención médica e informa a responsable de las Especialidades. 12.17. Elabora los informes establecidos por las normativas y la unidad médica hospitalaria. Al término del año, cuando reciben las Agendas de citas 4-30-7 12.18. Registra en agendas el ausentismo programado del personal médico N. del 458 al 470	- Informe mensual del Informe de la oportunidad de atención médica - Adecuada logística operativa en las citas de los DH	Internos Personal Directivo y operativo de Asistentes Médicos Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Jefe de la División de Calidad	- Información institucional con práctica médica. - Guías de Práctica clínica	12.19. Evalúa concordancia de información institucional con práctica médica y apego a las Guías de práctica clínica aplicables.	Guías de práctica clínica	Internos Personal Directivo y operativo Médico

Tabla AV.5.3 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 5. de Consulta Externa. Vertiente relacionada con el Tercer Nivel de Atención

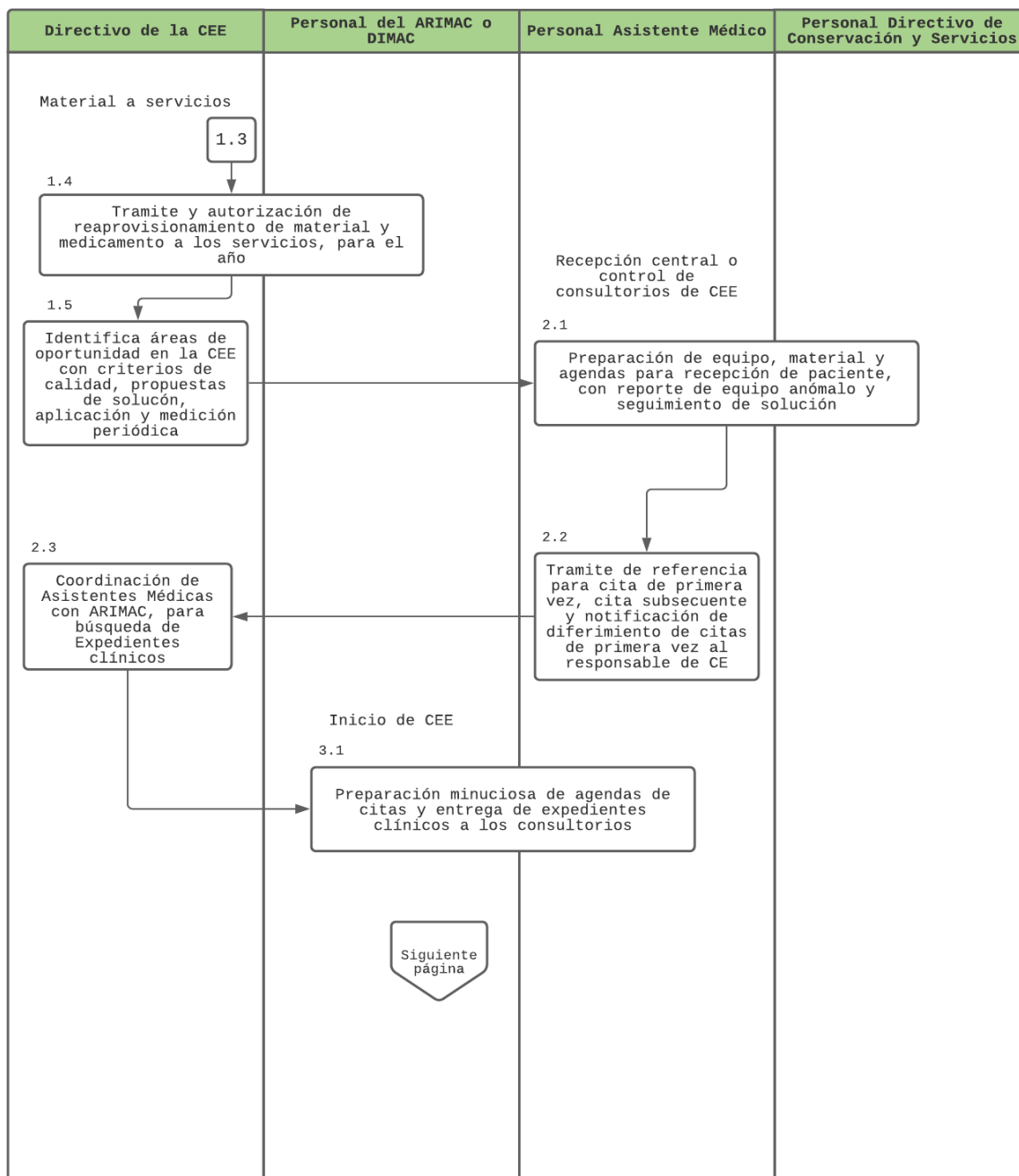
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		12.20. Evalúa y analiza quejas derivadas del proceso de atención en la Consulta Externa de Especialidades, instala acciones de mejora y participa en elaboración del calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local y su cumplimiento. N. 471 al 472	Calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local	Personal Directivo y operativo de Enfermería Personal Directivo y operativo de Trabajo Social Personal Directivo y operativo de Asistentes Médicos Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Cuerpo de gobierno del hospital	- Referencia – Contrarreferencia a 4-30-8/98 2430-021-109 (anexo 5)	12.21. Supervisa requisitado de Referencia – Contrarreferencia, transcripción de medicamentos, analiza e identifica causas de inoportunidad en citas de primera vez y determina acciones para cumplir normativa. N. 473 al 474 FIN DEL PROCESO VERTIENTE CONSULTA EXTERNA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	- Correcto llenado de formato de Referencia-Contrarreferencia - Adecuada transcripción de medicamentos - Cumplimiento de la normativa	Internos Personal Directivo y operativo Médico Personal Directivo y operativo de Enfermería Personal Directivo y operativo de Trabajo Social Personal Directivo y operativo de Asistentes Médicos Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Fuente: Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención. 2430-003-016. Validado el 10/10/2012 (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012) y Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001 (IMSS/PAMU 1º y 2º nivel, 2013).

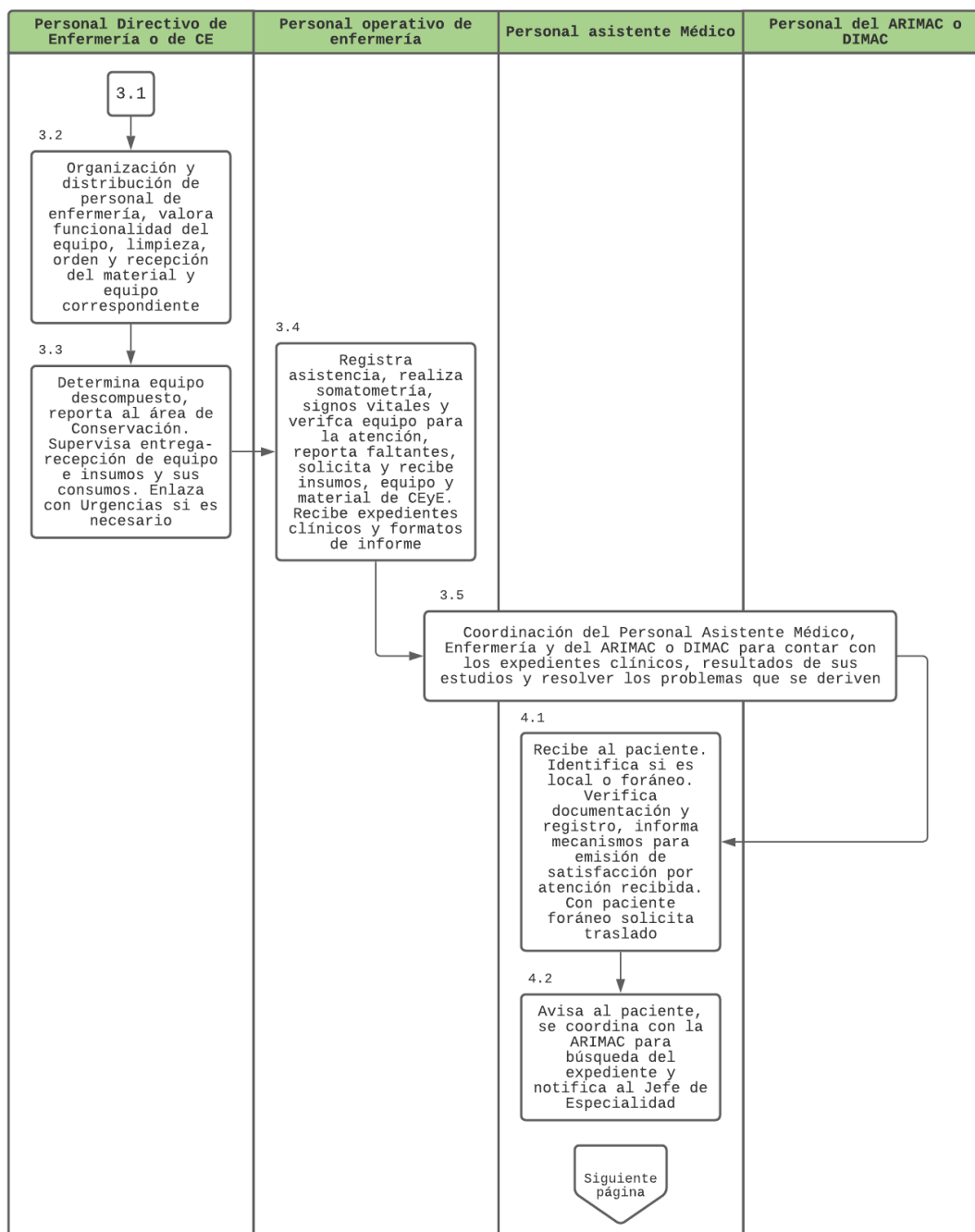
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



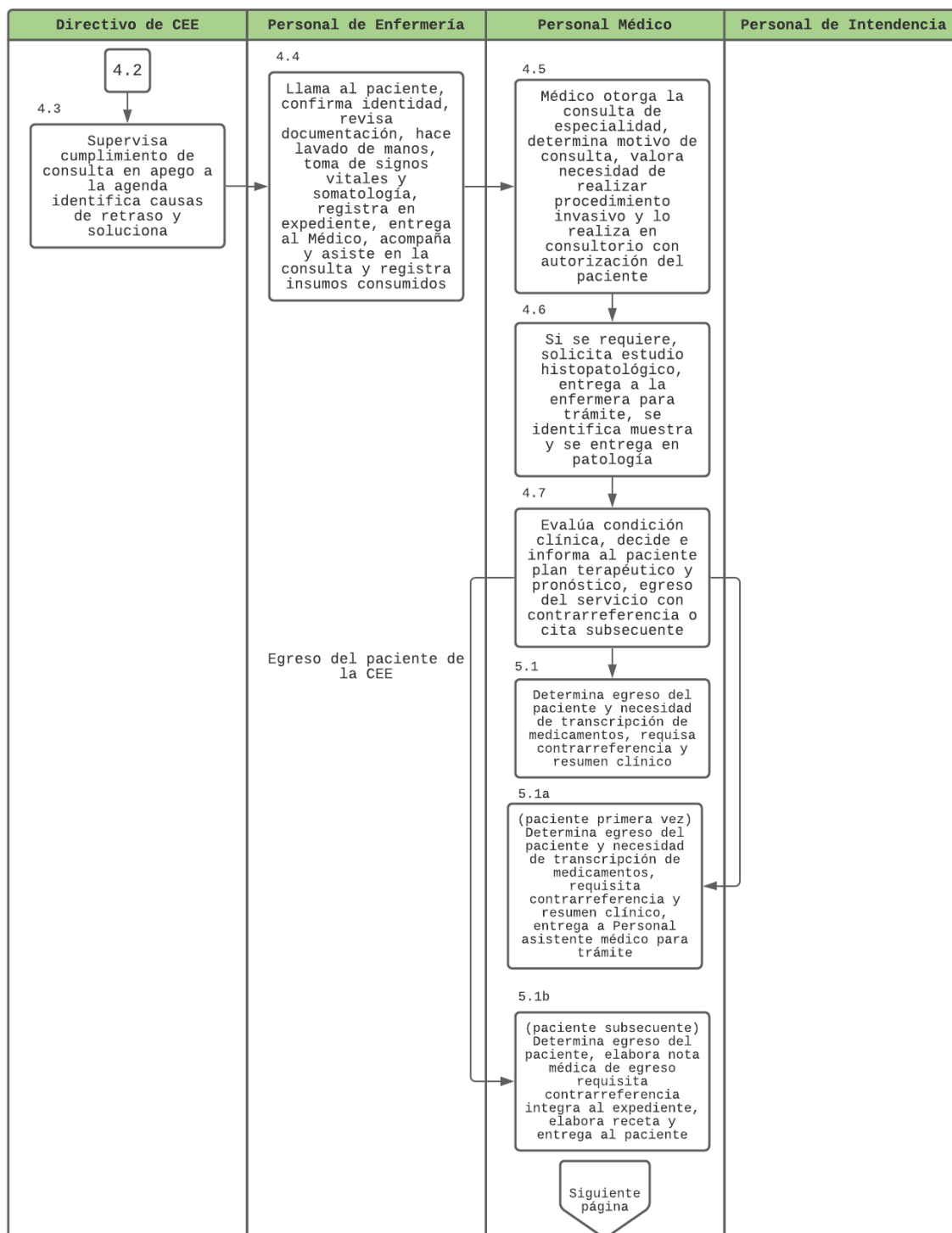
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



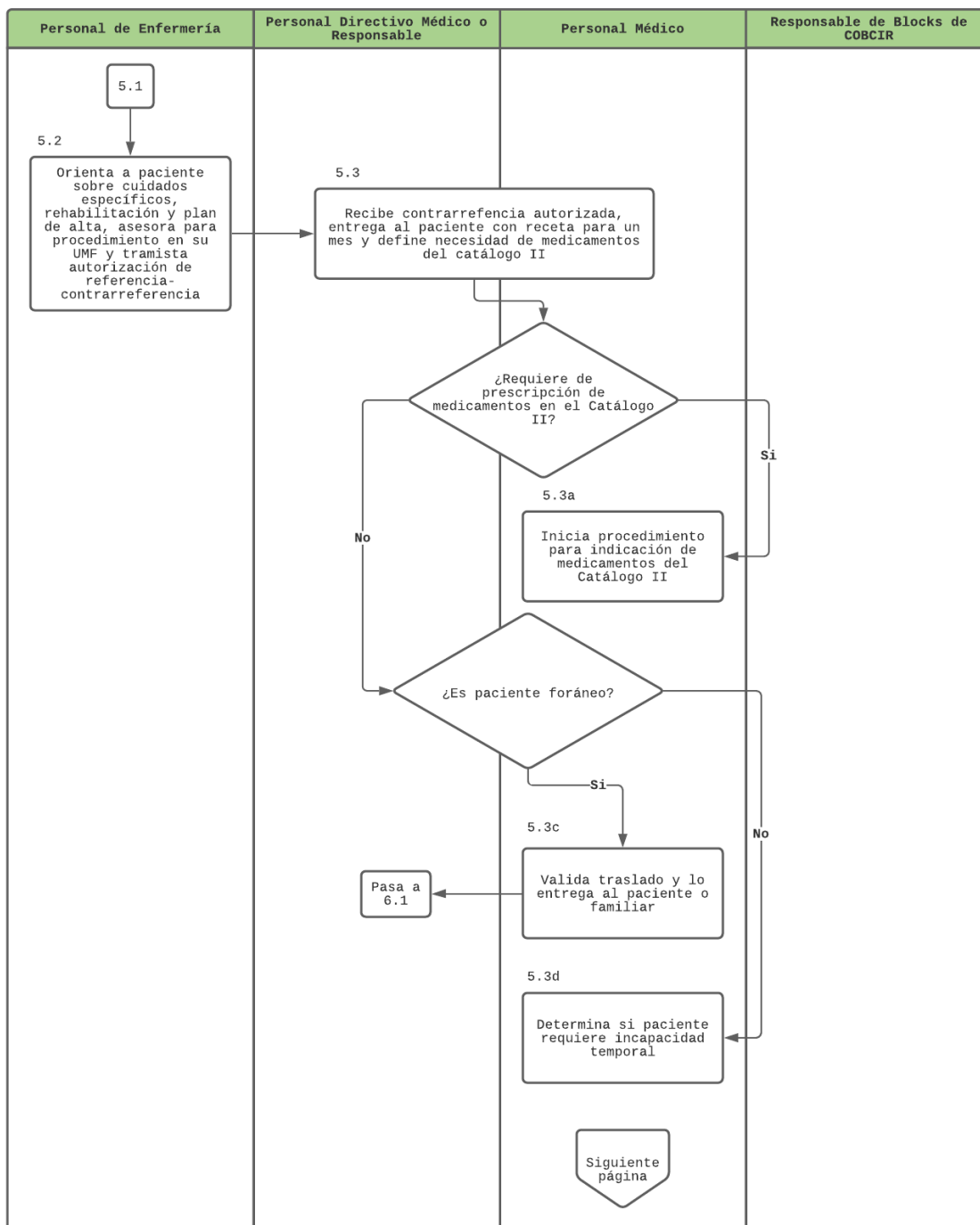
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



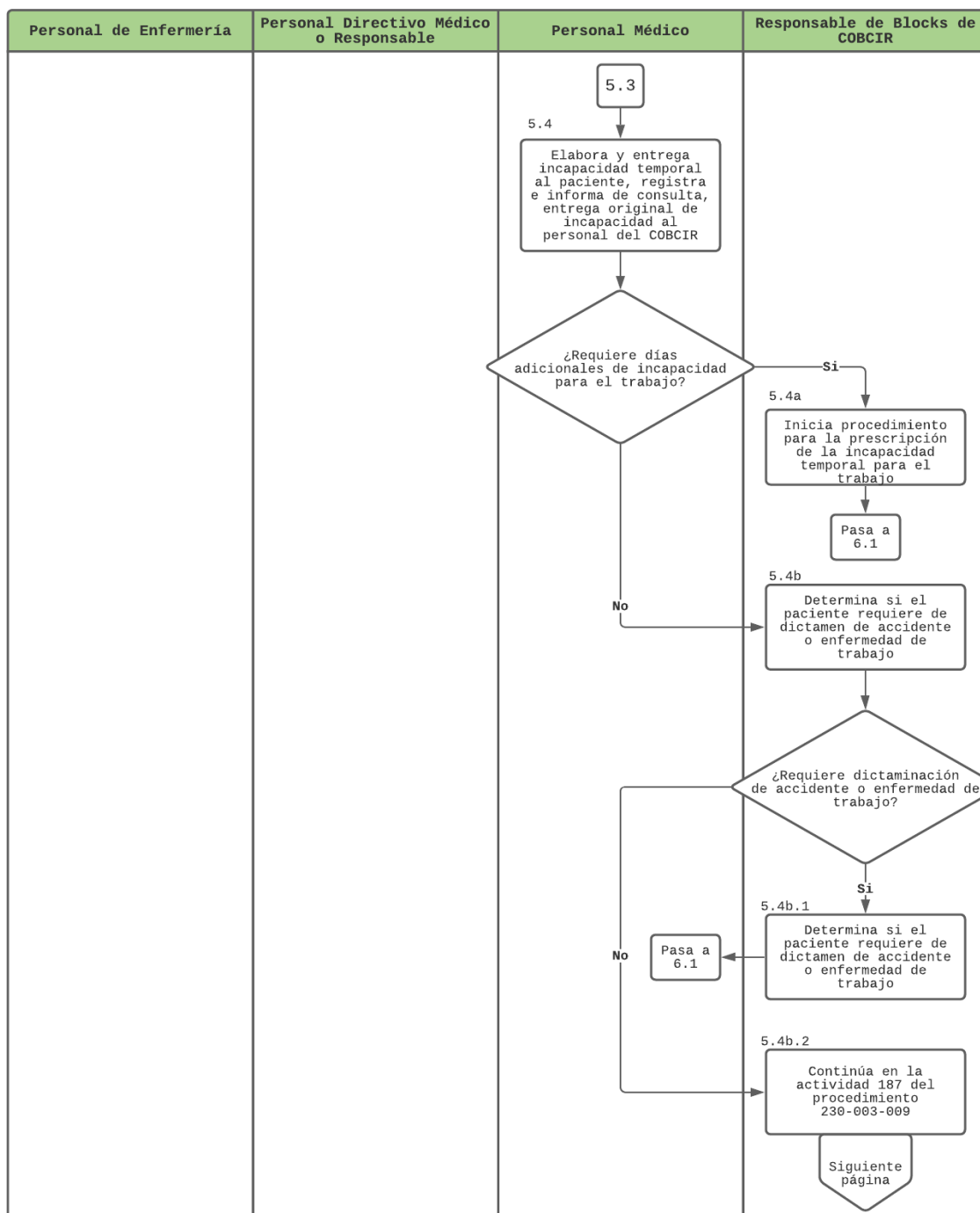
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



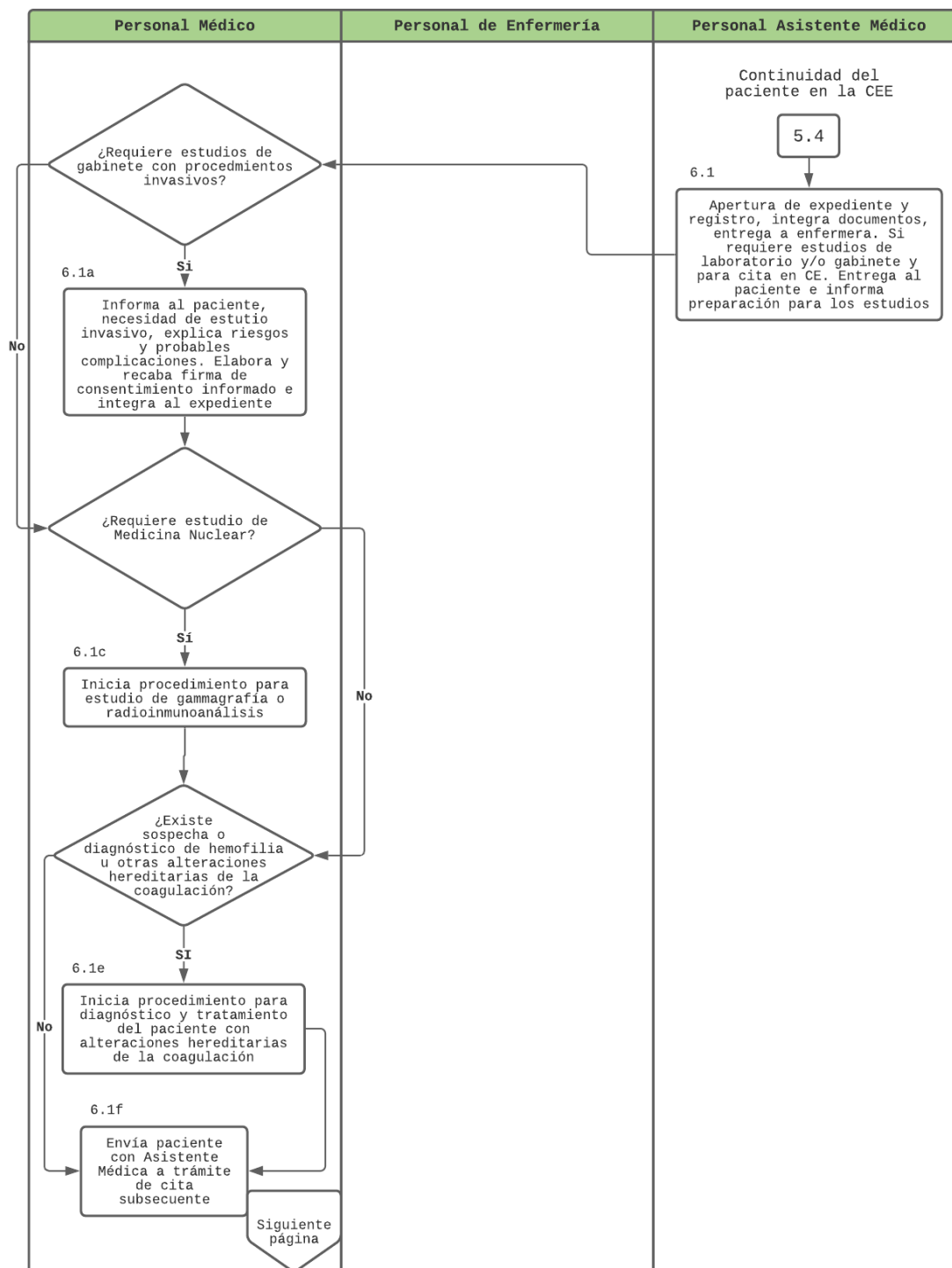
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



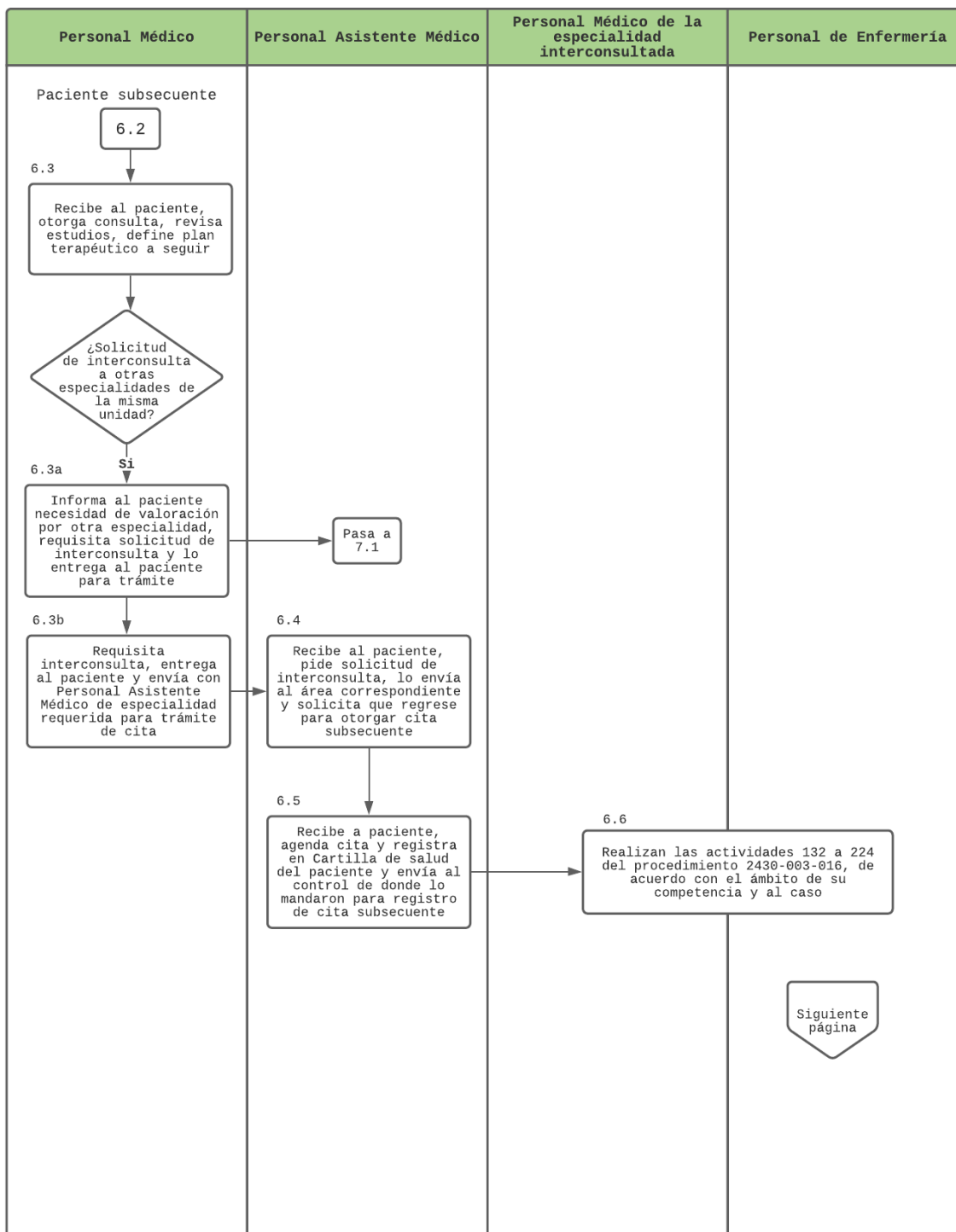
**Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa.
Variante Tercer Nivel de Atención**



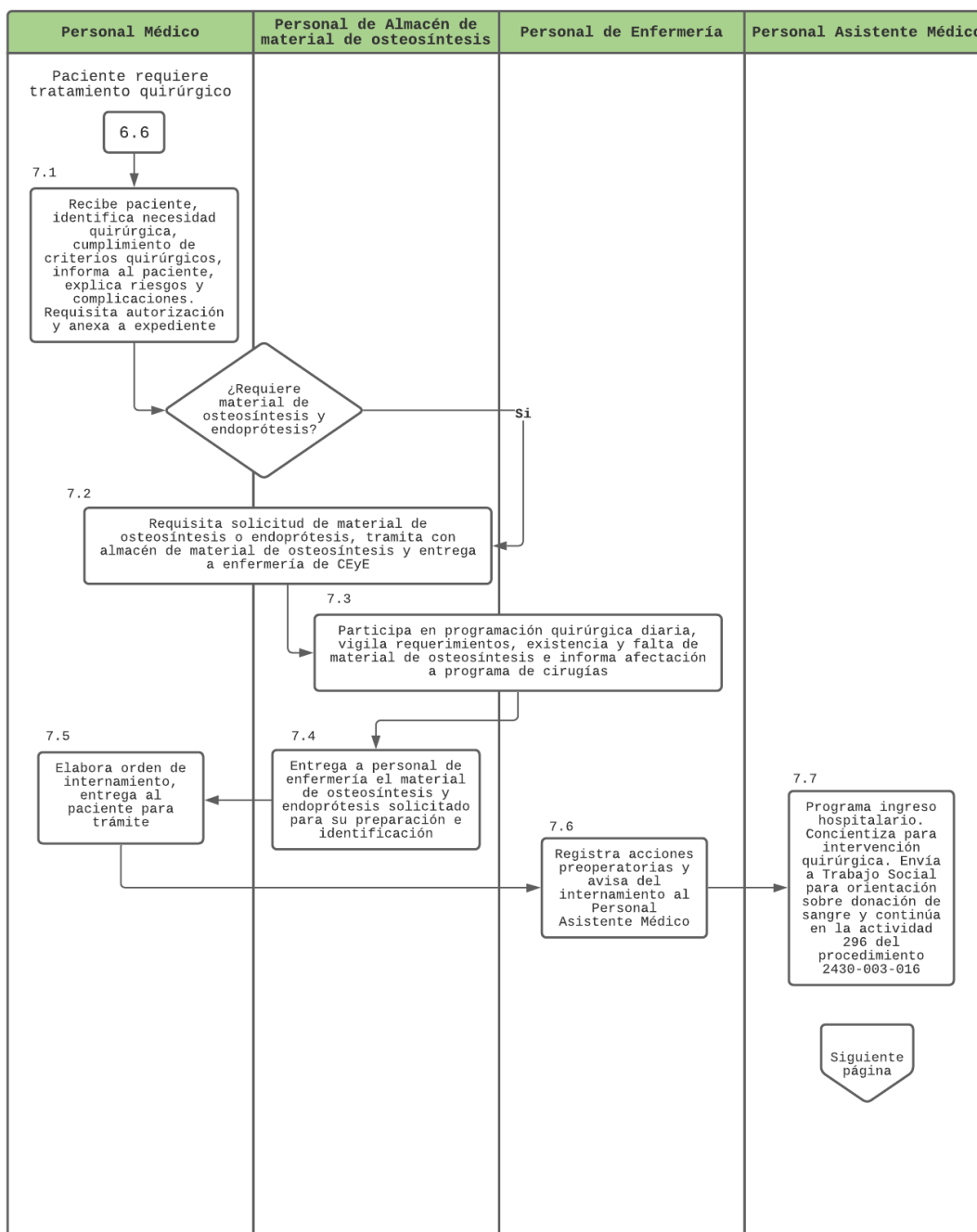
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



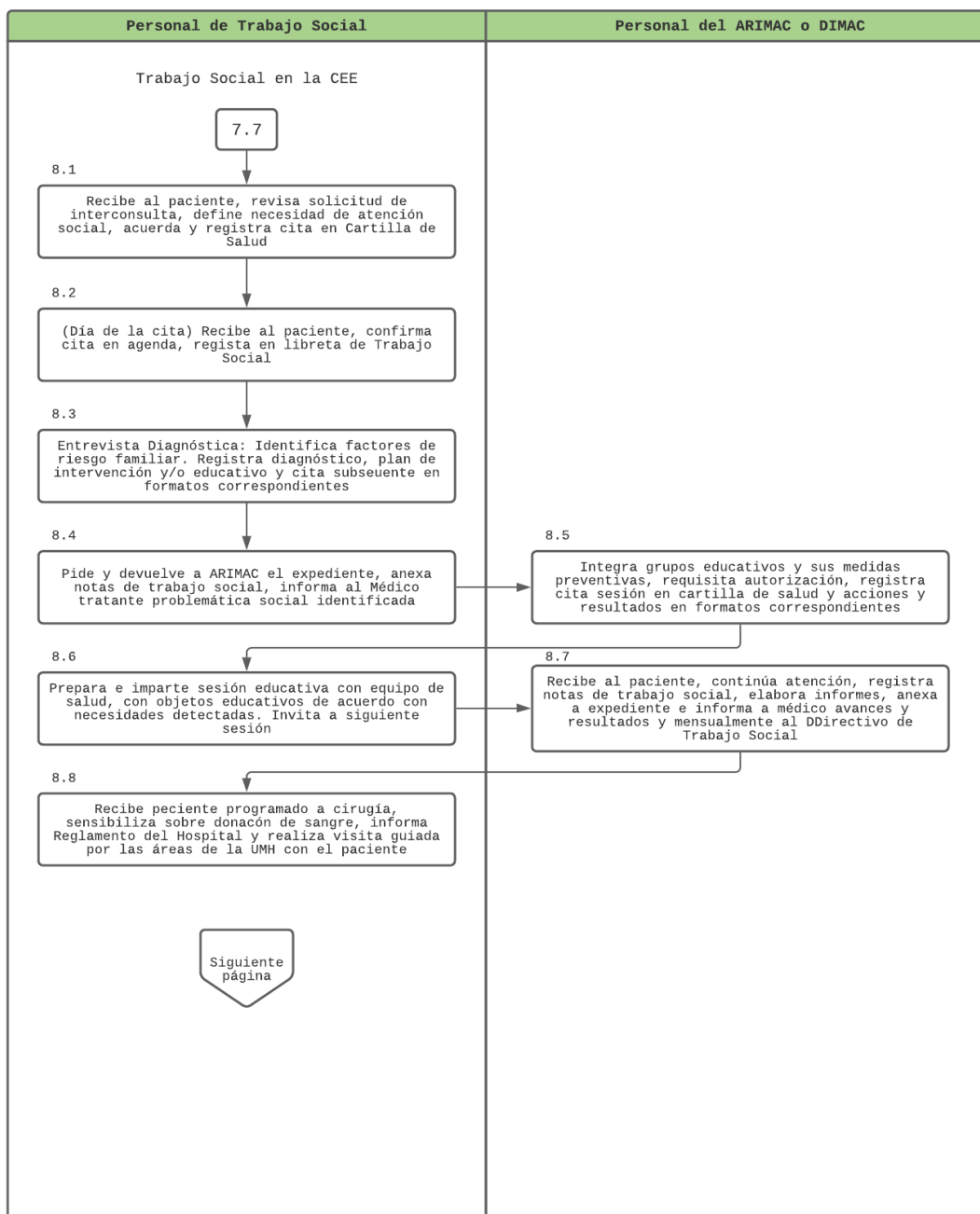
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



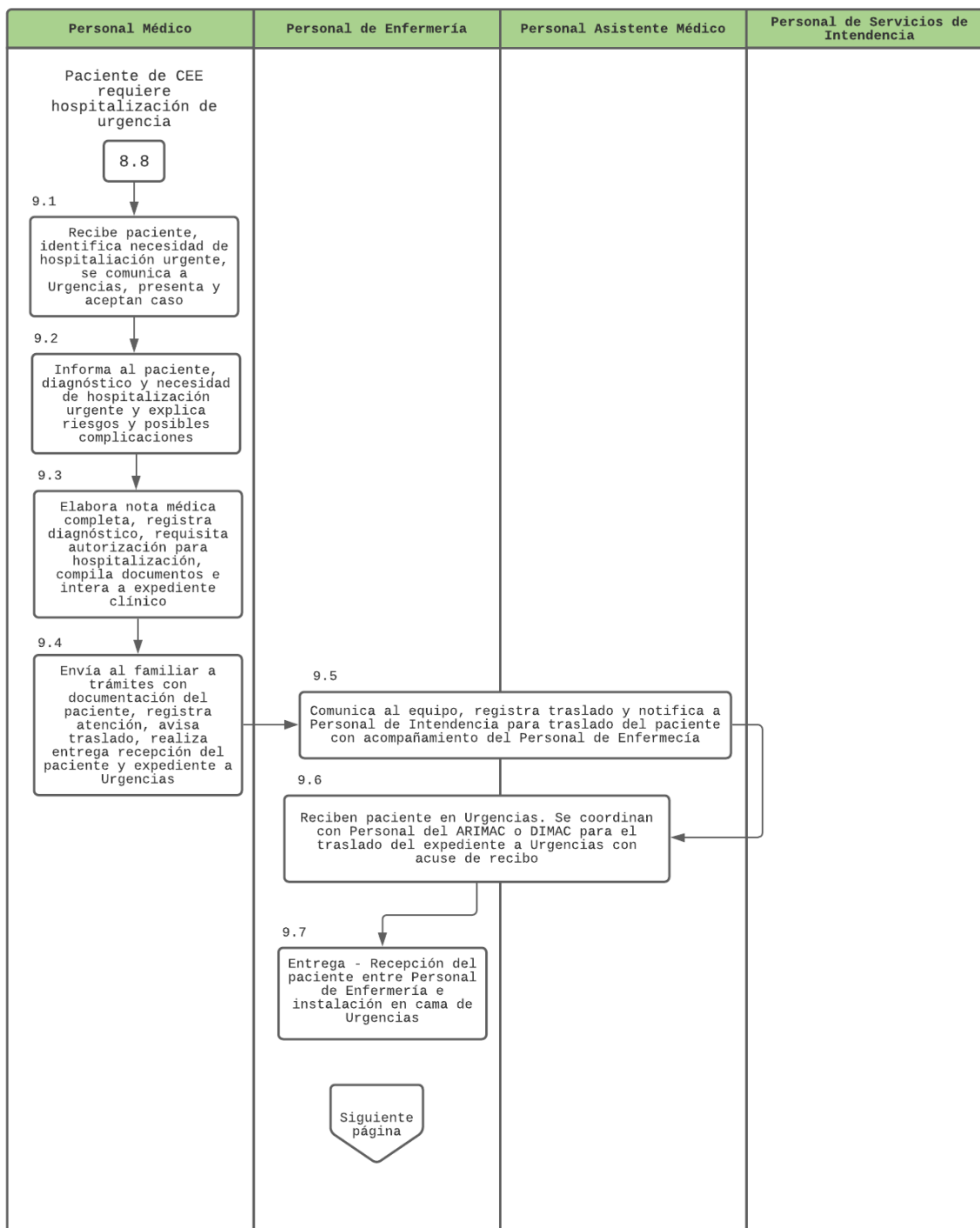
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



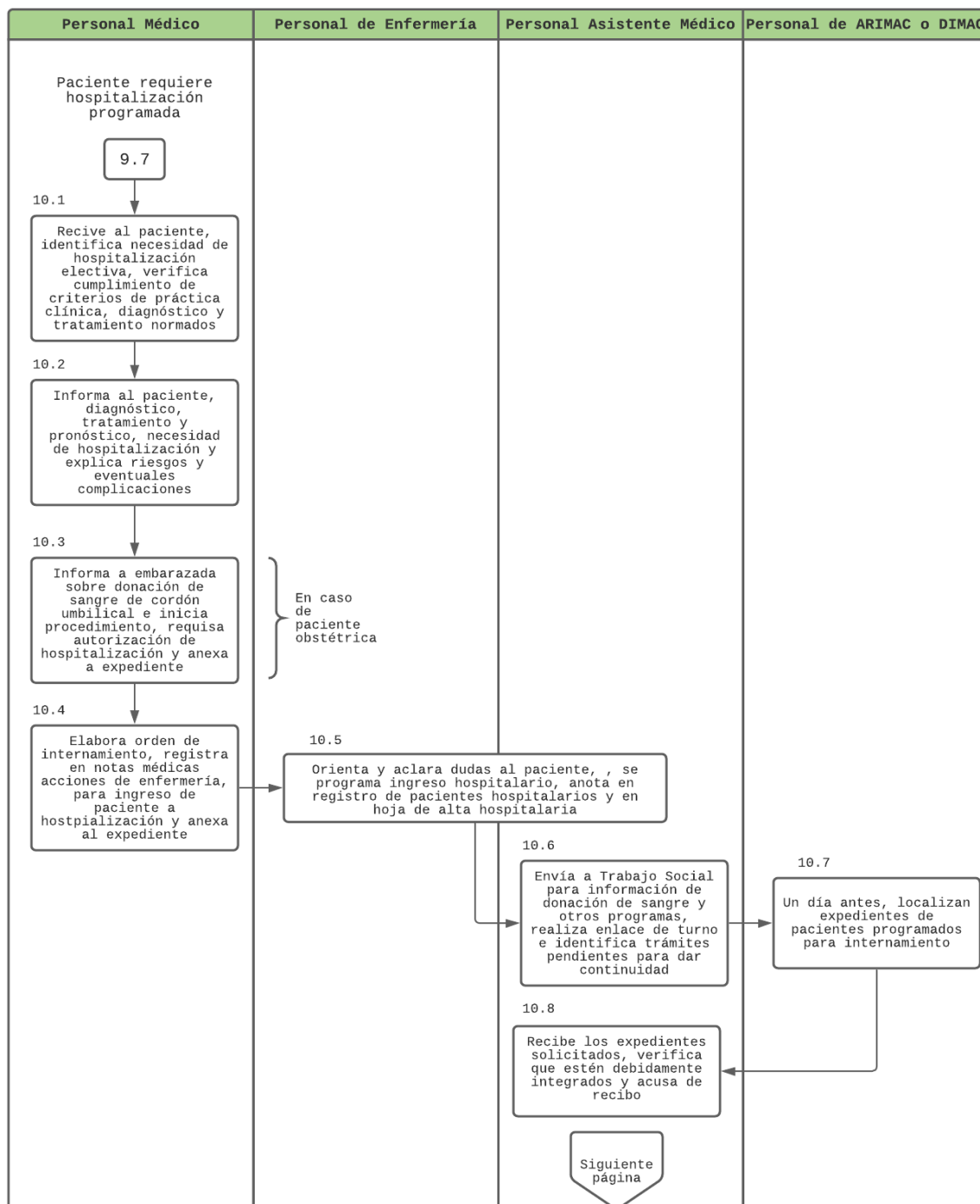
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



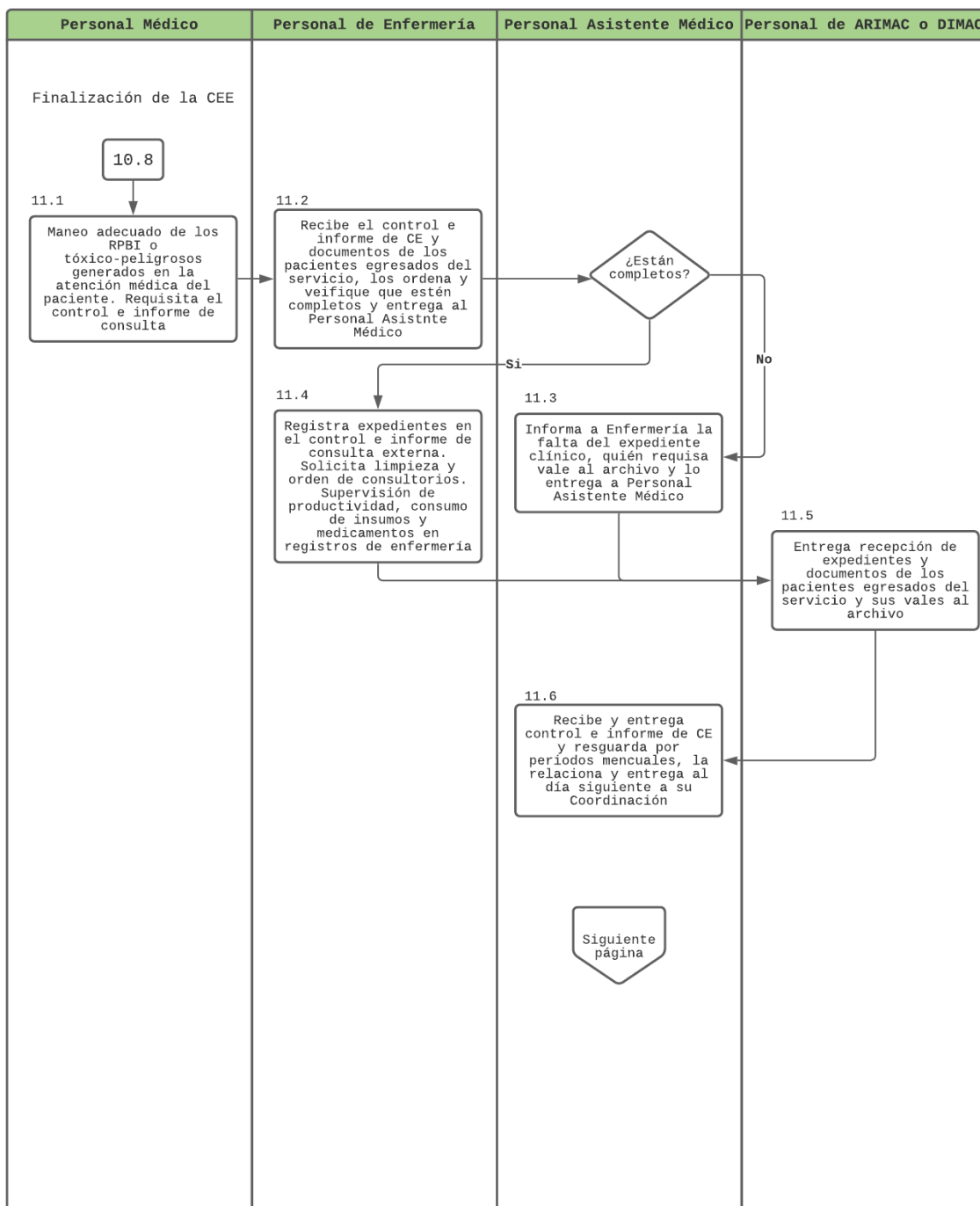
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



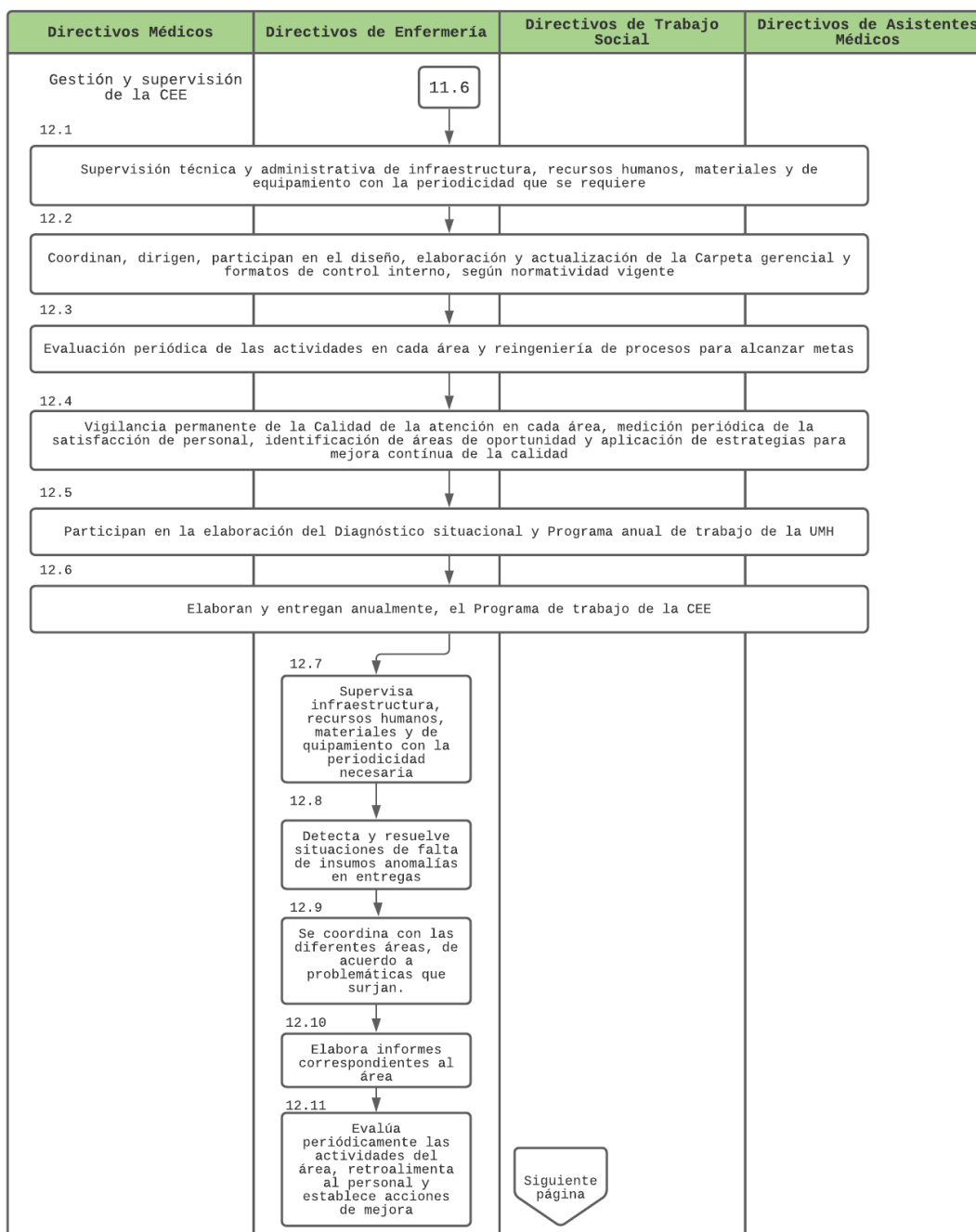
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



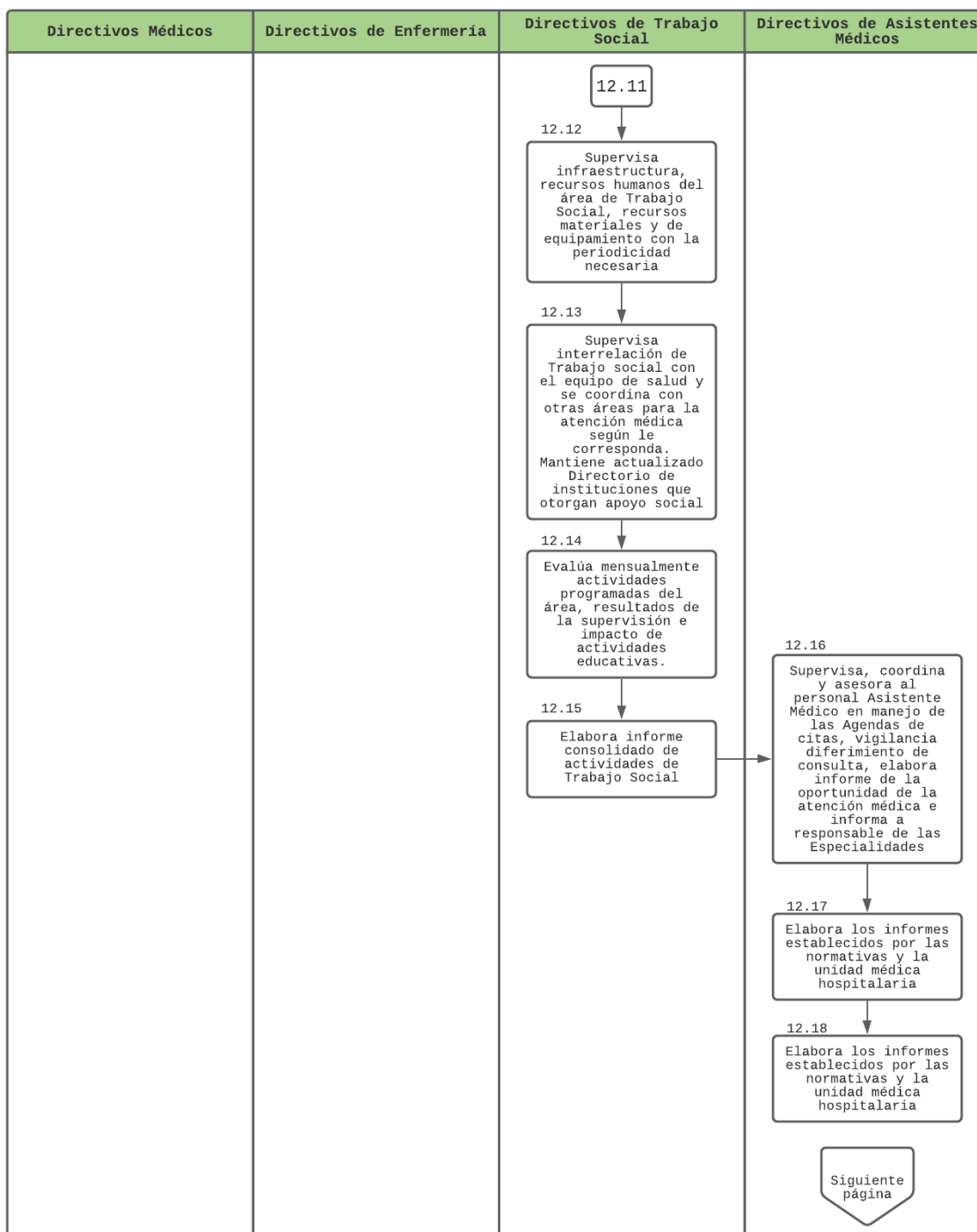
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



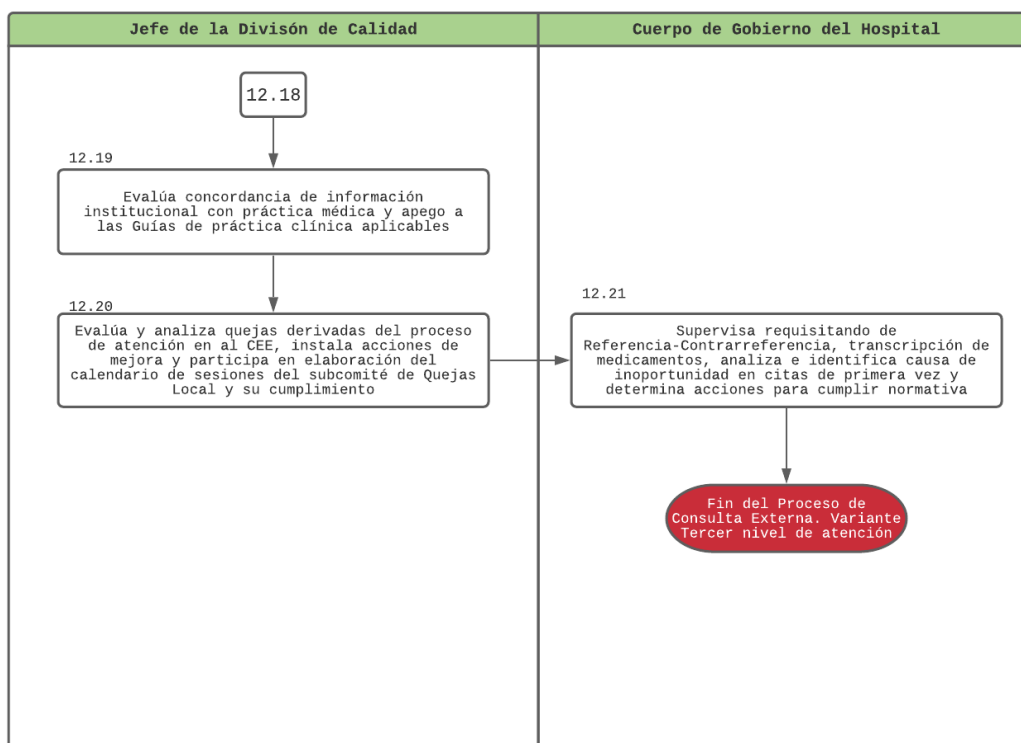
Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



**Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa.
Variante Tercer Nivel de Atención**



Esquema AV.5.3 Flujograma Proceso 5. de Consulta Externa. Variante Tercer Nivel de Atención



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.6 Proceso de Urgencias

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa institucional; en los casos que corresponden se detallaron *las actividades específicas referidas*, dentro de cada evidencia.

1. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, clave 2640-003-002 (**Proceso AM UMF**): *actividades 577 a 738*.
2. Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045 (Procedimiento ASU 2do. Nivel): *todas las actividades*.
3. Procedimiento para la atención médica en el Área de Primer Contacto en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel, clave 2430-003-040 (**Procedimiento AAC/U 3er. Nivel**): *todas las actividades*.
4. Procedimiento para la clasificación de pacientes (Triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel (**Procedimiento Triage 3er. Nivel**): *todas las actividades*.
5. Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, clave 2650-003-001 (Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles): *actividades 215-227; 237-245; 246-323 y 376-409*.⁹⁰
6. Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes al IMSS beneficiadas por el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”, clave 2660-003-060 (Procedimiento EONDH: *actividades 1-7; 16-53*).

⁹⁰ Cabe mencionar que la CAISN, refiere que, la normatividad del Proceso de Atención Materna en primero y segundo nivel, se encuentra en etapa de revisión por las autoridades correspondientes, entre los cambios que se implementarán se encuentra que el Proceso abarcará al primero, segundo y tercer niveles, para hacerse transversal, se actualizarán las nuevas categorías de personal, los formatos fuente, los criterios para otorgar y facilitar el otorgamiento de los servicios, incluso de la incapacidad por maternidad, entre otros (IMSS-CAISN/Comentario, 2020).

7. Procedimiento para solicitar, autorizar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro social, clave 2650-A03-004 (Procedimiento AOM16): *actividades 39-56*.
8. Procedimiento para referir a los hospitales de régimen obligatorio del IMSS a las mujeres no derechohabientes clasificadas en las unidades médicas de IMSS Oportunidades como embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica" (Procedimiento AMnoDH IMSS Oportunidades), clave 2660-003-055: *actividades 42-76*.

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)

INICIO DEL PROCESO

VERTIENTE URGENCIAS EN GENERAL

Etap 1. Acceso al servicio de urgencias.

Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:

Procedimientos base	Actividades
4. Procedimiento AM UMF	589-593
5. Procedimiento ASU 2do. Nivel	1-3
6. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel	10-13

Personal Asistente Médico	Paciente Cartilla Nacional de Salud. Credencial ADIMSS. Identificación oficial con fotografía.	1.1 Registro de paciente.	Paciente registrado en:	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General
	1er. Nivel Expediente Clínico Electrónico (ECE).		ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120.	
				Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)										
	Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72.	1.2 Dirige al área de Triage, al paciente y acompañante; personal paramédico en caso de que el arribo sea en ambulancia.	Formato "Notas médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Paciente y acompañante en espera de atención en área de Triage.	Acompañante: familiar, acompañante, tutor o representante legal Personal paramédico										
Etapas 2. Aplicación del Triage. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales: <table><tr><th>Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento AM UMF</td><td>594-606</td></tr><tr><td>2. Procedimiento ASU 2do. Nivel</td><td>4-8</td></tr><tr><td>3. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel</td><td>52-54</td></tr><tr><td>4. Procedimiento Triage 3er. Nivel</td><td>1-4</td></tr></table>					Procedimientos base	Actividades	1. Procedimiento AM UMF	594-606	2. Procedimiento ASU 2do. Nivel	4-8	3. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel	52-54	4. Procedimiento Triage 3er. Nivel	1-4
Procedimientos base	Actividades													
1. Procedimiento AM UMF	594-606													
2. Procedimiento ASU 2do. Nivel	4-8													
3. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel	52-54													
4. Procedimiento Triage 3er. Nivel	1-4													
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	Algoritmo "Índice de Gravedad de Urgencia". 1er. Nivel	2.1 Identifica correctamente al paciente.	Paciente con signos vitales y somatometría tomados; identificado y clasificado de acuerdo al Triage registrados en: ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no	Internos Personal Asistente Médico Personal Médico										
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	Expediente Clínico Electrónico (ECE). Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).	2.2 Toma de signos vitales y somatometría.		Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General										

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico	Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si hay falla en el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120.	2.3 Realiza interrogatorio y exploración física al paciente y clasifica el nivel de gravedad.	funciona el ECE/SIMF. Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091.	Externos Paciente Acompañante Personal paramédico
Personal Médico	3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72.	2.4 Informa al paciente y acompañante, el área y tiempo estimado para su atención y procede conforme al nivel o color asignado: 2.4.1 Nivel 1 (Rojo) o 2 (Naranja): pasa a la actividad 3.1. 2.4.2 Nivel 3 (Amarillo), pasa a la actividad 3.7. 2.4.3 Nivel 4 (Verde) o Nivel 5 (Azul): pasa a la actividad 3.21.	Paciente y acompañante informados sobre el área y tiempo estimado para su atención.	

Etapas 3. Atención prioritaria por nivel de gravedad. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:

Procedimientos base	Modalidad A Nivel 1 (Rojo) Nivel 2 (Naranja)	Modalidad B Nivel 3 (Amarillo)	Modalidad C Nivel 4 (Verde) Nivel 5 (Azul)
1. Procedimiento AM UMF	607-627; 677-717	No especificado	No especificado
2. Procedimiento ASU 2do. Nivel	9-12; 23; 25-37	13; 38-69; 85-262.	14-21
3. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel	56-58; 59-96; 179-207	91-96; 179-207	59-90
4. Procedimiento Triage 3er. Nivel	5-26	27-31	27-31

Personal Médico Personal de Enfermería General o	1er. Nivel ECE/SIMF. Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-	Modalidad A. Paciente clasificado en nivel 1 (rojo) o 2 (naranja) 3.1 Activa código azul (2do. Nivel) o Alerta Roja o Naranja (1er. Nivel) y solicita traslado inmediato y	Paciente trasladado y entregado.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Personal Camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas	008, si hay falla en el ECE/SIMF. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería", clave 2640-009-027. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	entrega del paciente al área de reanimación.		General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente Acompañante
Personal médico	1er. Nivel ECE/SIMF. Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si hay falla en el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes	3.2 Realiza interrogatorio directo o indirecto y exploración física y ratifica nivel de gravedad. 3.2.1 Ratifica nivel 1 (rojo) o 2 (naranja). Pasa a la actividad 3.3. 3.2.2 Reclassifica al paciente a nivel 3 (amarillo), nivel 4 (verde) o nivel 5 (azul). Pasa a la actividad 3.7.	Paciente valorado, con clasificación Triage ratificada.	Internos Personal Médico Externos Paciente Acompañante

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	(Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".			
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería", clave 2640-009-027. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/18". 3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72". Formato "Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de	3.3 Estabiliza al paciente, establece diagnóstico presuntivo y plan de tratamiento.	Paciente estabilizado, con diagnóstico presuntivo y tratamiento.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	enfermería 4-30-61/86" 2430-021-107			
Personan médico	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120: - Nota médica inicial de urgencias. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72". - Notas de evolución necesarias. "Carta de Consentimiento Informado" o "Carta de Disentimiento Informado". 3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.4 Integración del expediente clínico.	Expediente clínico integrado.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Personal Asistente Médico	Expediente Clínico integrado.	3.5 Monitoreo de la evolución del paciente.	Paciente monitoreado.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/18". 3er. Nivel Formato "Clasificación de pacientes (Triage)", clave 2430-021-091. Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.6 Informa al paciente y/o acompañante la gravedad, condiciones, pronóstico y propone el tipo de alta del paciente. 3.6.1 Alta al área de consultorios. Pasa a la actividad 3.7. 3.6.2 Alta al área de observación. Pasa a la actividad 3.14. 3.6.3 Alta a su domicilio. Pasa a la actividad 4.1.	Paciente y familiar informados la gravedad, condiciones y tipo de alta.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente
		Modalidad B. Paciente clasificado en nivel 3 (amarillo):		Internos

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Paciente Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Personal Camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/18". 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.7 Pasa al área de consultorios, para recibir atención médica.	Paciente en espera para recibir consulta.	Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente Acompañante
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Personal Médico	1er. Nivel ECE/SIMF. 1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Auxiliares de diagnósticos necesarios en	3.8 Llama e identifica al paciente y toma signos vitales 3.9 Identifica al paciente, realiza interrogatorio directo o indirecto y exploración física. 3.10 Establece diagnóstico presuntivo. 3.11 Elabora nota médica inicial de urgencias. 3.12 Solicita de exámenes de laboratorio y de imagenología en caso necesario.	Paciente diagnosticado.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Externos Paciente Acompañante

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico	formato "Exámenes Básicos de Laboratorio" MF-8/93. Formato "Consulta Radiológica" 4-30-2. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.13 Con base en condiciones clínicas del paciente, decide si requiere o no: 3.13.1 Ingreso al área de corta estancia y preparación o al área de observación. Pasa a la actividad 3.14. 3.13.2 Envío a UMF o UH de segundo o tercer nivel de atención. Pasa a la actividad 4.1.	Paciente derivado al área necesaria.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante
Personal Médico	Carta de Consentimiento Informado.	Atención en el área de corta estancia y preparación o en el área de observación. 3.14 Solicita al paciente autorización para ingreso al área de corta estancia y preparación o al área de observación.	Carta de Consentimiento Informado firmada.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante
Personal médico	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Indicaciones médicas en el formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72".	3.15 Informa ingreso y condiciones del paciente y entrega documentos.	Documentos entregados.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Carta de Consentimiento Informado firmada. Auxiliares de diagnósticos necesarios en formato "Exámenes Básicos de Laboratorio" MF-8/93. Formato "Consulta Radiológica" 4-30-2. 3er. Nivel Nota médica de envío para el área de Observación e indicaciones en formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72". 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".			
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General Personal Camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Indicaciones médicas en el formato "Notas médicas y	3.16 Prepara al paciente y lo traslada al área de observación.	Paciente preparado y trasladado al área de observación. "Tarjeta de identificación" clave 2660-009-002 elaborada.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas	prescripción, clave 4-30-128/72". Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Carta de Consentimiento Informado firmada. "Tarjeta de identificación" clave 2660-009-002. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".			Paciente
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Indicaciones médicas en el formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72". Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Carta de Consentimiento Informado firmada.	3.17 Ingreso del paciente, realización de actividades de enfermería.	Paciente ingresado al área de observación. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/18", requisitado. Estudios auxiliares de diagnóstico realizados en caso necesario.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	"Tarjeta de identificación", clave 2660-009-002. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, 4-30-61/18". Procedimiento ASU 2do. Nivel 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".			
Personal médico	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Indicaciones médicas en formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72". Carta de Consentimiento Informado. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-	3.18 Realiza interrogatorio directo o indirecto y exploración física y revisa notas médicas e indicaciones entregadas.	Paciente valorado. Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120, revisada. Indicaciones médicas en formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72", revisadas.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	128/72".			
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Indicaciones médicas en formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72" 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.19 Elabora plan de estudio del paciente.	Plan de estudio del paciente elaborado.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Indicaciones médicas en formato "Notas médicas y	3.20 Realiza los estudios o intervenciones que requiere el paciente.	Estudios o intervenciones requeridas por el paciente realizados.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	prescripción, clave 4-30-128/72" 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".			
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Nota médica inicial en formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. Indicaciones médicas en formato "Notas médicas y prescripción, clave 4-30-128/72" 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.21 Monitorea al paciente hasta lograr su mejoría. Pasa a la actividad 4.1.	Paciente monitoreado	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Paciente
Personal médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel	Modalidad C. Paciente clasificado en nivel 4 (verde) o 5 (azul): 3.22 Informa al paciente y acompañante que el motivo de solicitud de atención no pone en riesgo la vida, un órgano o la función por lo que su atención puede otorgarse en primer nivel de atención.	Paciente y acompañante informados.	Internos Personal Médico Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	¿El paciente es derechohabiente? Sí. Pasa a la actividad 3.23 No. Pasa a la actividad 3.24		Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante
Personal Asistente Médico.	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.23 Envía al paciente a la UMF para su atención. Fin del procedimiento. Vertiente Atención de Urgencias en General	Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120, requisitado y entregado al paciente.	Internos Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante
Personal Asistente Médico.	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato "Nota de atención médica", clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do. Nivel Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72".	3.24 Informa al paciente no derechohabiente y acompañante que puede acudir al primer nivel para su atención en la institución de su elección o recibir la atención de urgencia con el pago de la cuota de recuperación. ¿Acepta pago para atención en urgencias? Sí. Regresa a la actividad 3.7 No. Se solicita al paciente o acompañante que elabore nota en la que deslinda de toda responsabilidad al personal médico, paramédico y	Paciente atendido en el área de consultorios. Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias", clave 2660-009-120, con nota de deslinde elaborada por el paciente.	Personal Asistente Médico Externos Paciente Acompañante

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		administrativo de salud de la unidad médica. FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN DE URGENCIAS EN GENERAL		

Etapas 4. Alta del servicio de urgencias. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:

Procedimientos base	Modalidad A Nivel 1 (Rojo) Nivel 2 (Naranja)	Modalidad B Nivel 3 (Amarillo)	Modalidad C Nivel 4 (Verde) Nivel 5 (Azul)
1. Procedimiento AM UMF	627-676; 717-738	627-676	627-676
2. Procedimiento ASU 2do. Nivel	183-262	183-262	14-22
3. Procedimiento AAC/U 3er. Nivel	58-69	58-69	58-69

Personal Médico Personal de Enfermera General Personal Asistente médico	1er. Nivel ECE/SIMF o Formato “Nota de atención médica”, clave 2640-022-008, si no funciona el ECE/SIMF. 2do Nivel Formato “Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias”, clave 2660-009-120. 3er. Nivel Formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.	4.1 Define y realiza trámite administrativo del tipo de alta del paciente a: • Quirófano • Hospitalización • Traslado a otra unidad de mayor capacidad resolutive • Voluntaria • A domicilio • Defunción FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN DE URGENCIAS EN GENERAL		

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios															
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)															
VERTIENTE DE ATENCIÓN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS																			
Etapa 5. Atención de emergencia obstétrica. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de los siguientes procedimientos institucionales:																			
<table><tr><th colspan="2">Procedimientos base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1.</td><td>Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles</td><td>215-325</td></tr><tr><td>2.</td><td>Procedimiento EONDH</td><td>1-7; 16-53</td></tr><tr><td>3.</td><td>Procedimiento AOM16</td><td>39-56</td></tr><tr><td>4.</td><td>Procedimiento AMnoDH IMSS Oportunidades</td><td>42-63</td></tr></table>					Procedimientos base		Actividades	1.	Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles	215-325	2.	Procedimiento EONDH	1-7; 16-53	3.	Procedimiento AOM16	39-56	4.	Procedimiento AMnoDH IMSS Oportunidades	42-63
Procedimientos base		Actividades																	
1.	Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles	215-325																	
2.	Procedimiento EONDH	1-7; 16-53																	
3.	Procedimiento AOM16	39-56																	
4.	Procedimiento AMnoDH IMSS Oportunidades	42-63																	
Personal Asistente Médico	Según sea el caso los siguientes documentos: Formato "Referencia-Contrarreferencia, clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica.	Admisión en la Unidad de Tococirugía (UTQ). 5.1 Recepción y paso inmediato de la paciente.	Paciente admitida en UTQ para su atención inmediata. Documentos entregados, según sea el caso: Formato "Referencia-Contrarreferencia, clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica.	Interno Personal Asistente Médico Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermera Especialista, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente Acompañante: Pareja o Acompañante															
Personal Asistente Médico	Paciente Credencial para votar del IFE/INE. Pasaporte vigente. Credencial con fotografía Cartilla Nacional de Salud	5.2 Registra a la paciente y solicita documentos.	Paciente registrada. Documentos entregados, según sea el caso: Formato "Referencia-Contrarreferencia, clave 4-30-8/98.	Interno Personal Asistente Médico Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra															

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Según sea el caso los siguientes documentos: Formato "Referencia-Contrarreferencia, clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Formato de "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.		Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" por alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Formatos requisitados con los datos de la paciente: Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.	Personal de Enfermería Especialista, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente Acompañante: Pareja, Familiar o Acompañante
Personal de Enfermería General o Auxiliar de Enfermería General	Según sea el caso los siguientes documentos: Formato "Referencia-Contrarreferencia, clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración	5.3 Recibe a la paciente y los formatos entregados, mide y registra signos vitales.	Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72 con signos vitales registrados.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especialista, General o Auxiliar de Enfermería

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Formato de "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.			
Personal Asistente Médico Personal del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) / Oficina de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC)	Según sea el caso los siguientes documentos: Formato "Referencia-Contrarreferencia", clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Formato de "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.	5.4 Integración del expediente clínico.	Expediente clínico integrado con documentos, según sea el caso: Formato "Referencia-Contrarreferencia", clave 4-30-8/98. Formato "Solicitud de servicio en la unidad", clave 4-30-200. "Nota de Referencia" de alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Formato de "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar Personal Asistente Médico Externo Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra	Expediente clínico. Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.	Atención médica. 5.5 Realiza el interrogatorio directo o indirecto, la exploración física general y obstétrica.	Paciente valorada.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra	Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72.	5.6 Establece el diagnóstico y el plan de tratamiento.	Paciente con diagnóstico y plan de tratamiento registrado en el Formato "Notas Médicas y Prescripción" clave 4-30-128/72. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72, con hallazgos registrados, si es el caso.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico	Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. Formato "Referencia-Contrarreferencia", clave 4-30-8/98.	5.7 Determina el destino de la paciente, realiza los trámites administrativos respectivos e informa a paciente y acompañante: 5.7.1 Envío a domicilio. 5.7.2 Envío UMF de adscripción. 5.7.3 Envío a la Consulta Externa de Ginecoobstetricia. 5.7.4 Traslado a otra unidad hospitalaria de mayor capacidad resolutive. Fin del procedimiento	Paciente informada y enviado. Formatos requisitados: Formato "Notas Médicas y Prescripción" clave 4-30-128/72. Formato "Referencia-Contrarreferencia", clave 4-30-8/98.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Externo

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

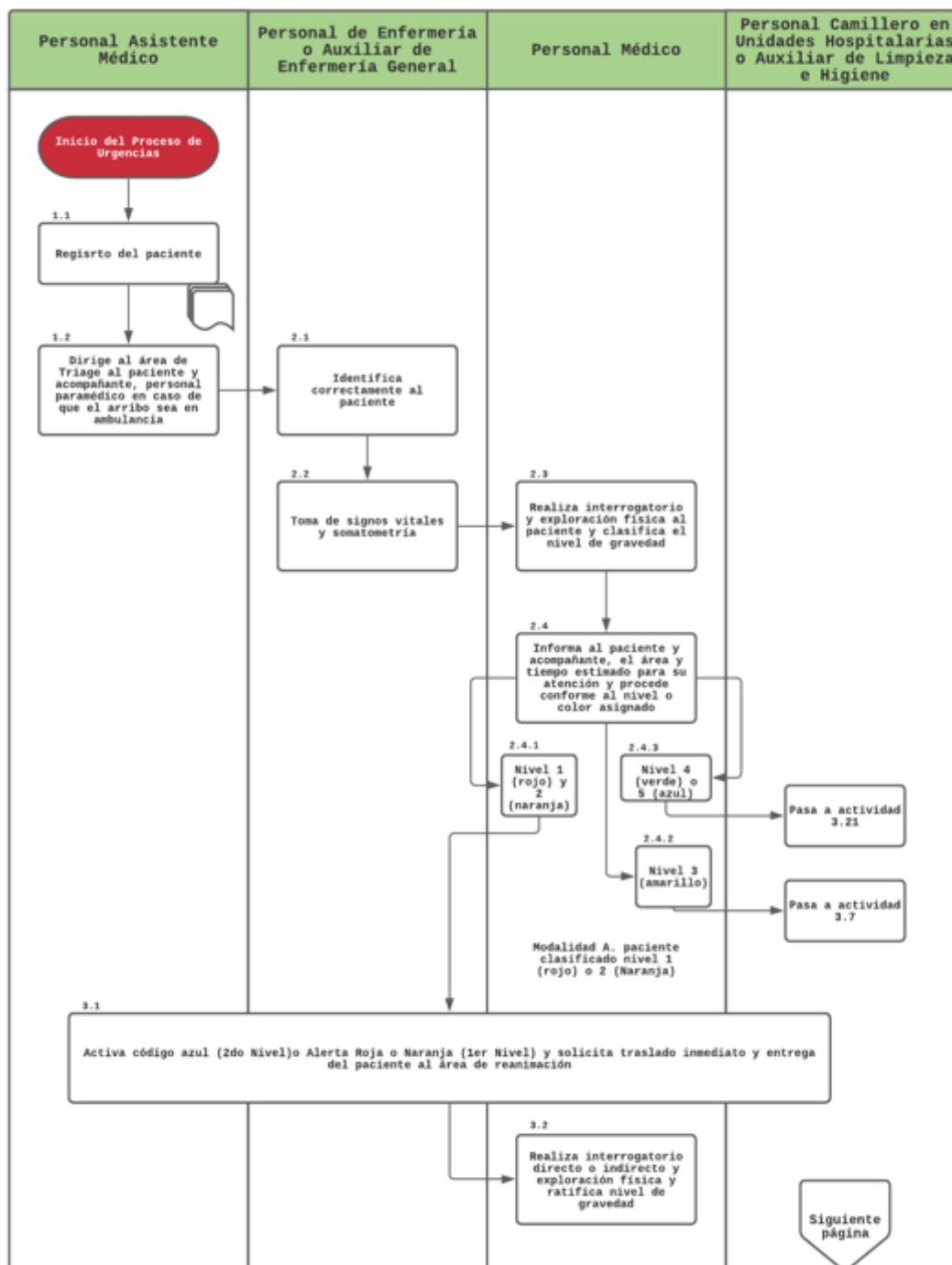
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		Vertiente Atención de urgencia/emergencia obstétrica 5.7.5 Requiere ingresar a otra área de la UTQ. Pasa a la actividad 5.8.		Paciente Personal médico, paramédico y administrativo de la UMF o de la Consulta Externa de Especialidades
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra	Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. "Solicitud de Exámenes de Laboratorio", clave MF-8/2000. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72. Carta de Consentimiento Informado.	5.8 Informa a la embarazada y acompañante razones de ingreso a otra área de la UTQ y solicita autorización.	Paciente y acompañante informados. Carta de Consentimiento Informado firmada.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente Acompañante
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia	Expediente Clínico Formato "Notas Médicas y Prescripción", clave 4-30-128/72. "Solicitud de Exámenes de Laboratorio", clave MF-8/2000. Formato "Vigilancia y Atención del Parto" clave 4-30-112/72. Carta de Consentimiento Informado. Formato "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de	5.9 Atención de la paciente en el área de la UTQ asignada, conforme a actividades 246 a 325, establecidas en el Procedimiento AMP 1ro. y 2do. Niveles: • Sala de Labor. • Sala de Expulsión. • Quirófano en UTQ o Central. • Área de recuperación UTQ o Central.	Paciente atendida. Formatos requisitados, según sea el caso.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente

Tabla AV.6. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 6. de Urgencias

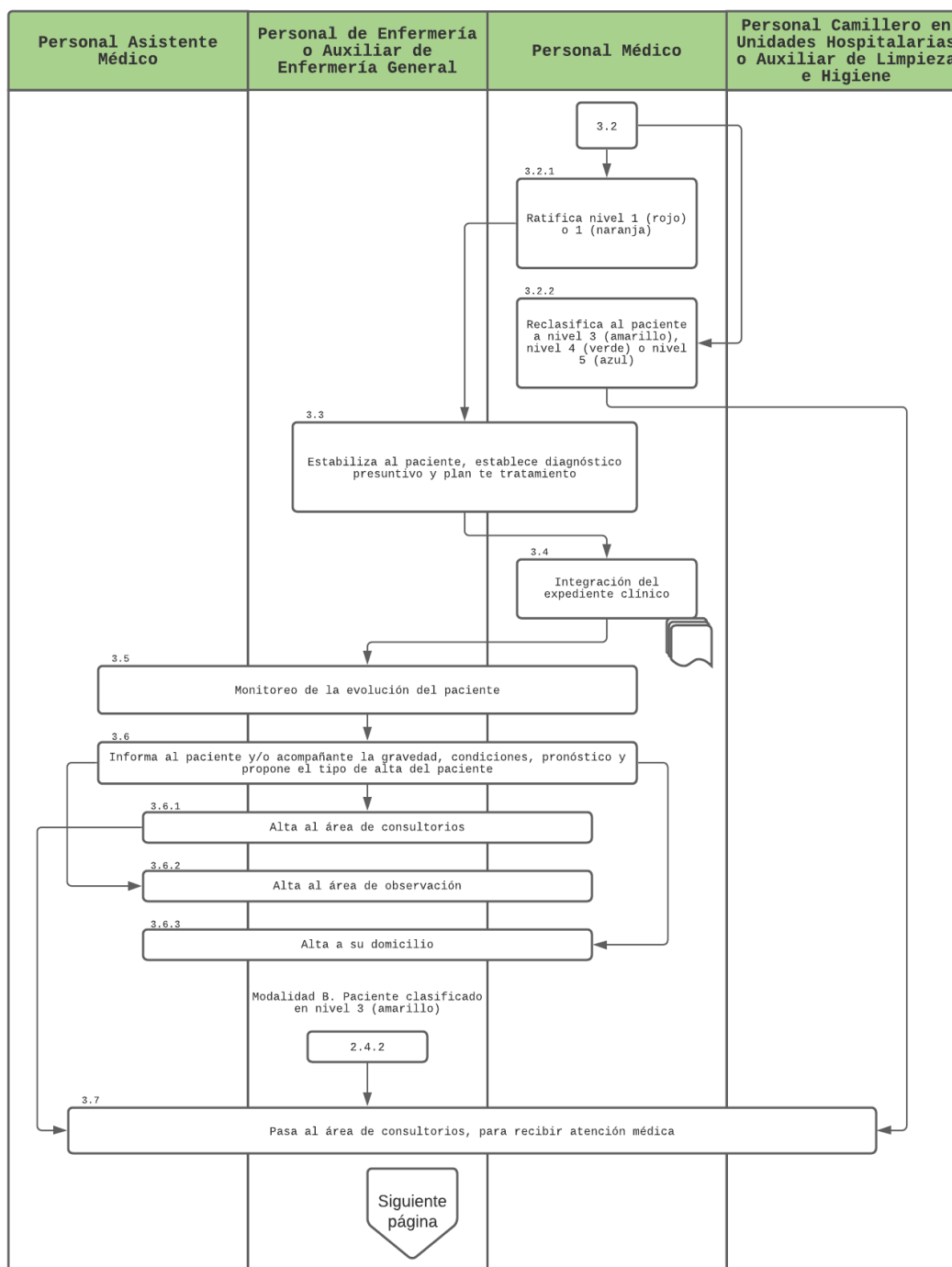
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	enfermería", clave 2660-021-002. Formato "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica", clave 2660-009-074. Formato "Registro de Anestesia y Recuperación", clave 4-30-60/72.			
Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Anestesiólogo Pediatra Neonatólogo Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Personal Asistente Médico	Expediente clínico Nota de egreso.	5.10 Determina de acuerdo con las condiciones clínicas de la paciente, su alta del área de recuperación: • Al domicilio • Puerperio fisiológico • Hospitalización (Internamiento o UCI). FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN DE URGENCIA/EMERGENCIA OBSTÉTRICA	Paciente dada de alta del área de recuperación.	Interno Personal Médico no Familiar Ginecoobstetra Personal de Enfermería Especializada, General o Auxiliar de Enfermería Externo Paciente Acompañante

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con la atención de urgencias en los tres niveles de atención; así como la atención de emergencias obstétricas en el segundo y tercer niveles de atención.

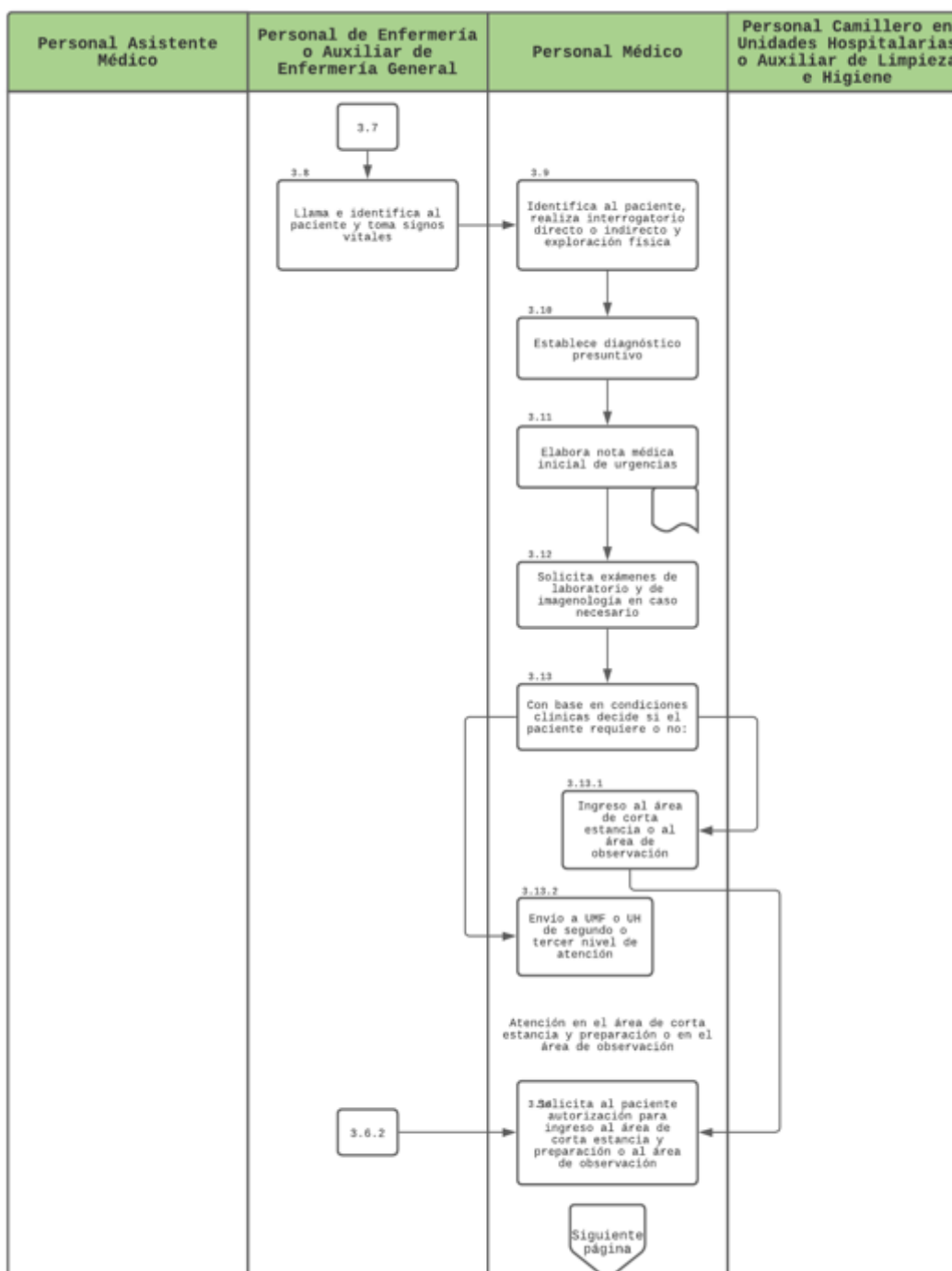
Esquema AV.6.1 Flujograma Proceso 6. de Urgencias. Vertiente Atención de Urgencias en General



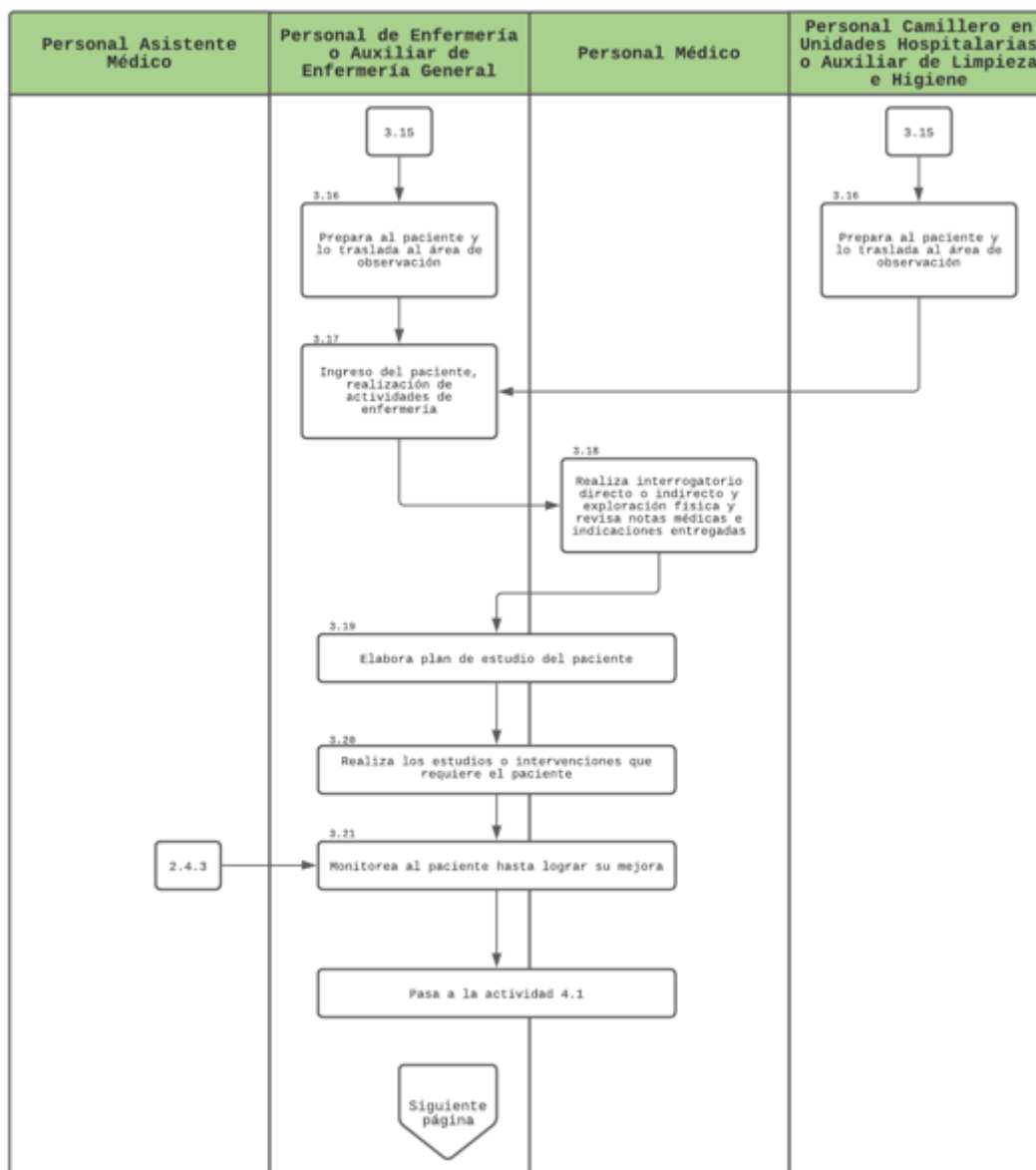
Esquema AV.6.1 Flujograma Proceso 6. de Urgencias. Vertiente Atención de Urgencias en General



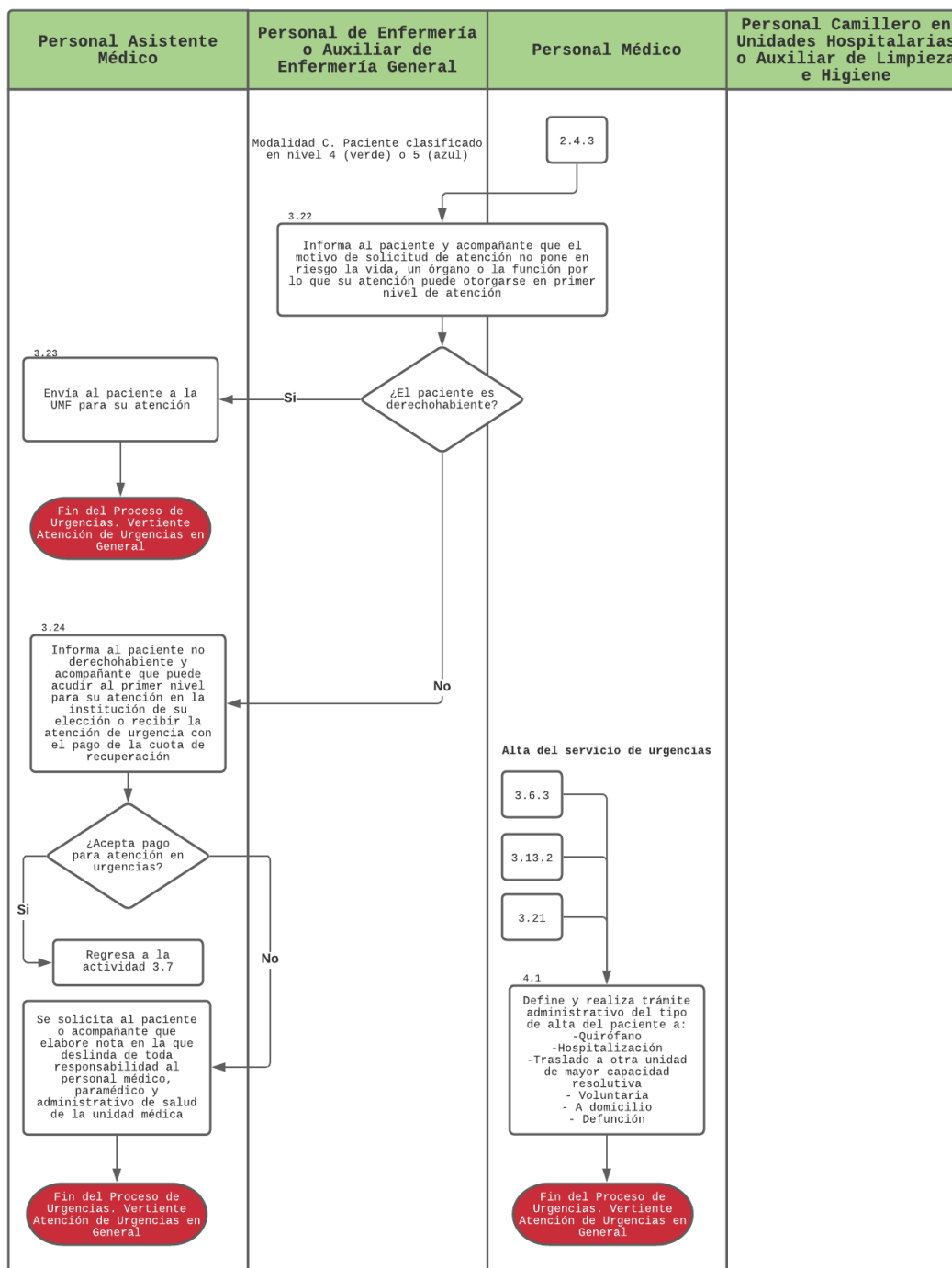
Esquema AV.6.1 Flujograma Proceso 6. de Urgencias. Vertiente Atención de Urgencias en General



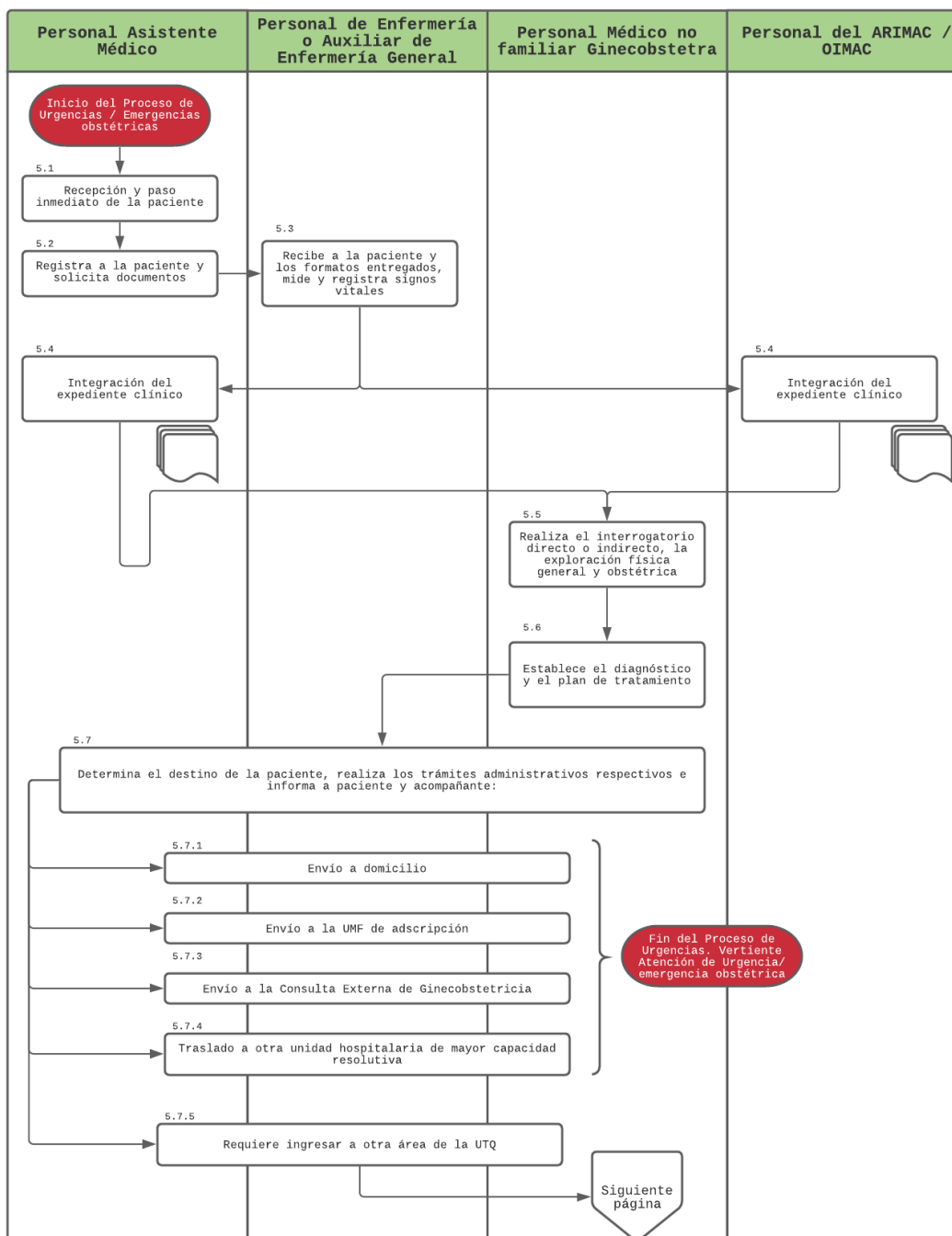
**Esquema AV.6.1 Flujograma Proceso 6. de Urgencias.
Vertiente Atención de Urgencias en General**



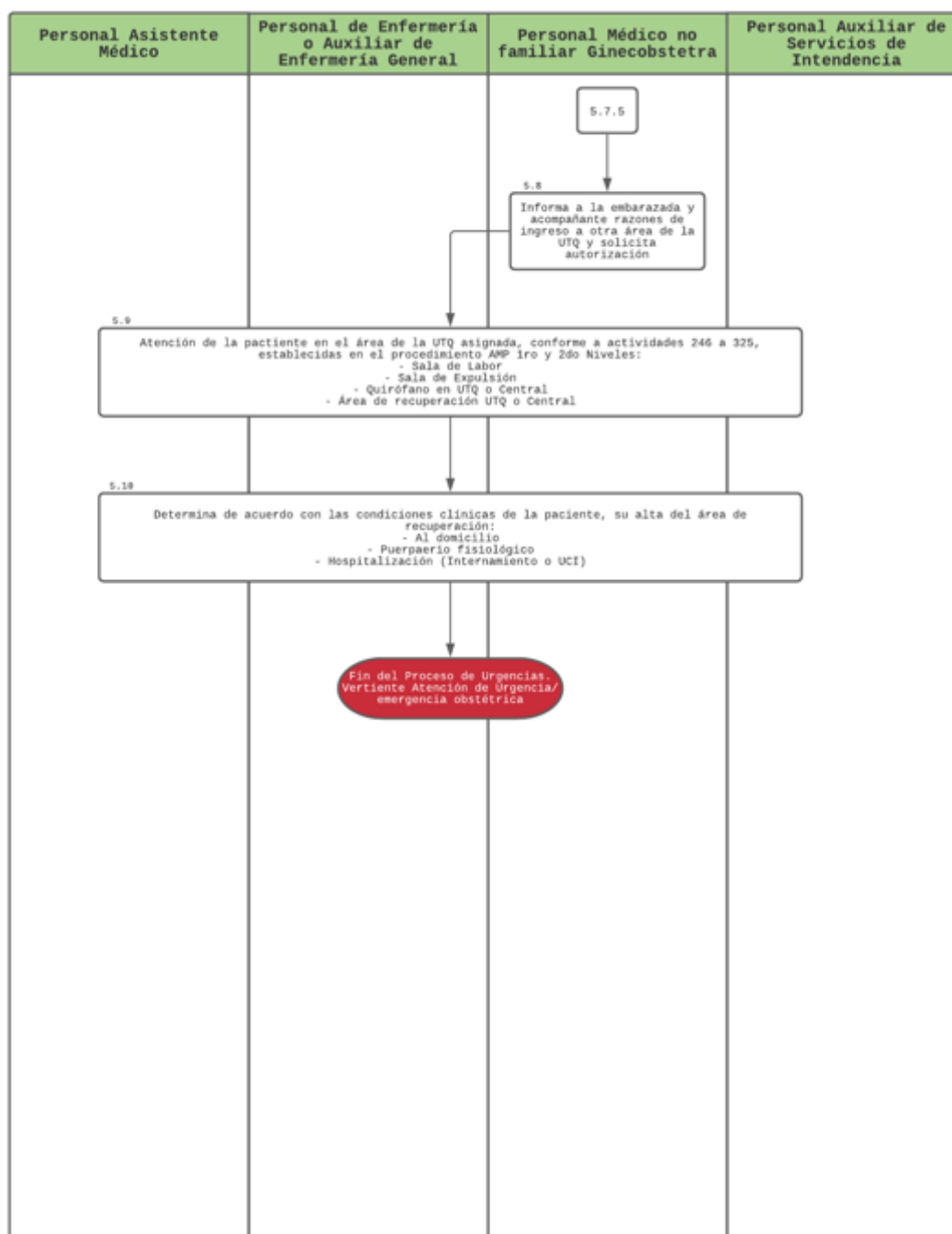
Esquema AV.6.1 Flujograma Proceso 6. de Urgencias. Vertiente Atención de Urgencias en General



Esquema AV.6.2. Flujograma del Proceso 6. de Urgencias. Vertiente Atención de Urgencias / Emergencias obstétricas



**Esquema AV.6.2. Flujograma del Proceso 6. de Urgencias.
Vertiente Atención de Urgencias / Emergencias obstétricas**



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.7 Proceso de Hospitalización

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)

INICIO DEL PROCESO

Etap 1. Ingreso Hospitalario por consulta de Especialidades. Actividades

Conforme a las actividades del procedimiento:

Procedimiento	Actividades
1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	3.1 al 82

- Coordinaciones Delegacionales de Atención Médica o Coordinaciones Delegacionales de Atención y Prevención a la Salud	Informa a Personal Directivo de las Unidades Hospitalarias de segundo nivel	1.1. Cumplir y hacer cumplir el procedimiento. Numeral 3.1	Conocimiento de los Procedimientos de las autoridades y personal de las UMH del 2do Nivel	Internos Coordinadores Delegacionales de Atención Médica Coordinadores Delegacionales de Atención y Prevención a la Salud Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico Directivo - Personal Directivo de Enfermería - Personal Directivo asistente médico	- Notificación de la Coordinación Delegacional o Coordinación de atención y prevención a la salud	1.2. Difunde, evalúa, supervisa y asesora aplicación del procedimiento al personal operativo. Numerales: 3.2 al 3.5	- Conocimiento del Procedimiento de todo el personal de las Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel	Internos Personal Directivo Personal operativo Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Médico Directivo y operativo de las áreas de hospitalización	- Información gerencial institucional	1.3. Elabora criterios diagnósticos y tratamiento, participa en los Comités Hospitalarios, garantiza interconsulta, transferencia oportuna de pacientes e implementa continuidad en los tres niveles de atención. Numerales: 3.6 al 3.10	- Guías de criterios diagnósticos y tratamiento de los principales padecimientos del IMSS. - Integración de los Comités de: - Calidad y Seguridad del Paciente - Auditoría Médica - Evaluación del Expediente clínico - Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias - Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal - Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre - Insumos - Enseñanza, Investigación, Capacitación - Ética Clínica - Farmacia y Farmacovigilancia del hospital. - Oportunidad en las interconsultas - Adecuada continuidad de los 3 niveles de atención - Oportunidad en transferencias.	Internos Personal Directivo Personal operativo Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico		Ingreso del paciente al Servicio de Hospitalización a través de la Consulta Externa de Especialidades		Internos

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	- Expediente Clínico - Notas médicas y Prescripción 4-30-128/72 - NOMs 168, 03, 017, 043, 173, 178 y 87. - NOM 168 ACTUALMENTE NOM 004	1.4. Decide y tramita internamiento, elabora documentación necesaria o realiza alta según decisión del paciente. 1.5. En hospitalización pasa visita y registra actividades con periodicidad normada. Numerales: 3.11 al 3.25 y, puntos 1 al 8 y 27 a 29	- Ingreso a hospitalización, o alta según caso - Notas médicas de ingreso, egreso o traslado (4-30-128/72) - Carta consentimiento Autorizada (2660-009-073) - Solicitud de internamiento 2660- 009-001 y si requiere -Referencia-contrarreferencia (4-30-8/98)	Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería	- Expediente Clínico - Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 2660-006-001	1.6. Recibe expediente y solicitud de internamiento, identifica al paciente y lo presenta en admisión hospitalaria. Del punto 8 al 10	- Solicitud de Internamiento	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Asistente Médico - Personal de Área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC)	- Solicitud de Internamiento 2660-009-001 - Cartilla Nacional de Salud - Identificación oficial Credencial ADIMSS	1.7. Tramita admisión hospitalaria y se coordina con ARIMAC para trámite de expediente en archivo clínico. Puntos 13 al 24, 26 al 27, 30 a 32.	- Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72 - Hoja de Alta Hospitalaria 1/98 - Control e Informe de la Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-002	Internos Personal Asistente Médico Personal ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Trabajo Social	- Procedimiento para la intervención de Trabajo Social	1.8. Recibe documentos del paciente, valora necesidad de donadores y asesora procedimiento.	- Solicitud de Internamiento 2660-009-001	Internos Personal Médico

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	en Unidades Hospitalarias 2660-003-028. - Reglamento del hospital - Derechos Generales de los Pacientes 2660-021- 001	1.9. Realiza actividades 4 a 17 del Procedimiento de Trabajo Social e informa sobre el Reglamento del hospital y de los Derechos Generales de los Pacientes. Puntos 36 al 42 Procedimiento segundo nivel	- Paciente recibe Volante de envío del donador de sangre FBS-11 41 - Registro en Nota de Trabajo Social 4-30-54 y en Informes de Servicios Paramédicos 4- 30-6 P.	Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Secretarial Auxiliar Universal de Oficinas - Personal Asistente Médico	- Hoja de programación quirúrgica diaria 2660-009-076	Ingreso hospitalario para el paciente programado a cirugía 1.10. Entrega – Recepción un día antes, de Hoja de programación quirúrgica, del área de Cirugía a personal asistente médico. Puntos 43 y 44	-Hoja de programación quirúrgica diaria 2660-009-076	Internos Personal Secretarial Auxiliar Universal de Oficinas Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Asistente Médico - Personal de ARIMAC	- Hoja de programación quirúrgica diaria 2660-009- 076 Vale del Expediente clínico 4-30-9	1.11. Asistentes médicas identifican tipo de cirugía (ambulatoria o compleja), tramitan programación quirúrgica, identifican especialidad, servicio y asignación de cama. 1.12. Entrega recepción de expediente clínico entre Asistentes médicas y personal de ARIMAC. Puntos 45 al 55	- Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72 - Ingresos – Registro Diario Hospital 4-30-21/90	Internos Personal Asistente Médico Personal ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
		Ingreso al servicio de hospitalización		Internos

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Asistente Médico	- Cartilla Nacional de Salud - Identificación oficial y - Credencial ADIMSS	1.13. Recepción e identificación de expedientes y pacientes para internamiento, asignación de cama, registro de pacientes hospitalizados y presentación con enfermería. 1.14. Informa a familiar número de cama y Reglamento del hospital, tramita y entrega pase de visita, informa a Enfermera ingreso de paciente y cama asignada. Puntos 56 al 64	- Expediente clínico requisitado - Registro de Pacientes Hospitalizados - Hoja de alta hospitalaria 1/98 - Volante de envío del donador de sangre FBS-11 - Pase de visita 4-145 - Reglamento Interno del Hospital Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72	Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 2660-006-001 - Procedimiento para el control de valores y ropa de pacientes que son atendidos en los servicios de Urgencias y Admisión Hospitalaria 2660-003-031	1.15. Recibe pacientes programados y no programados y sus expedientes clínicos. 1.16. Identificación del paciente con al menos dos identificadores, proporciona y asiste con ropa hospitalaria y control de sus valores. Puntos 65 al 70	- Pulsera de identificación - Entrega ropa hospitalaria al paciente - Control de valores del paciente	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Personal Asistente Médico - Personal de Enfermería	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. 2660-006-001	1.17. Valoración del paciente y cumple indicaciones médicas de ingreso hospitalario, registra acciones, realiza ingreso y entrega - recepción del paciente y su expediente en hospitalización. 1.18. Identifica paciente, asigna cama y enfermera con el familiar	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería. - Cama asignada	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
		Puntos 71 a 77 y del 78 al 82		

Etapa 2. Hospitalización ordinaria por referencia (De urgencias o quirófono). Conforme a las actividades del procedimiento:

Procedimiento	Actividades
1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	83 - 126

- Personal Médico	- Carta consentimiento (2660-009-073) - Solicitud de internamiento 2660- 009-001 y si requiere Referencia-contrarreferencia (4-30-8/98)	2.1. Decide y explica necesidad de internamiento al paciente, tramita y elabora documentos de hospitalización, requisita firma autorización del paciente y cama para internamiento. Realiza actividades 1 a 3 del procedimiento. Puntos 84 al 87	- Ingreso a hospitalización, o alta según caso - Formatos requisitados de: - Notas médicas de ingreso, egreso o traslado (4-30-128/72) - Carta consentimiento (2660-009-073) - Solicitud de internamiento 2660- 009-001 y si requiere Referencia-contrarreferencia (4-30-8/98)	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Asistente Médico - ARIMAC	- Ingresos – Registro Diario Hospital 4-30- 21/90 – I - Registro de Pacientes Hospitalizados	2.2 Asigna número cama y registra ingresos y alta hospitalarios, tramita expediente con ARIMAC, realiza actividades 60 a 64 y notifica a urgencias o quirófono asignación de cama. Puntos 88 al 94 y del 60 a 64	- Formatos requisitados: - Ingresos – Registro Diario Hospital 4-30- 21/90 – I - Registro de Pacientes Hospitalizados - Formato 4-30- 51/72 - Hoja de Alta Hospitalaria 1/98 - Cama asignada	Internos Personal Asistente Médico Personal ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal de Enfermería	- Censo diario 4-30-20 - Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72 - Tarjeta de identificación 2660-009-002	Atención médica en el Servicio de Hospitalización 2.3. Recibe expediente, registra ingreso en Censo diario y de Pacientes Hospitalizados, elabora y coloca Tarjeta de identificación en cabecera del paciente. Puntos del 95 al 98	- Censo diario 4-30-20 actualizado - Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72 - Tarjeta de identificación 2660-009-002 colocada	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente" 2660-006-001 - Instrucciones de operación para los cuidados de Enfermería en Hospitalización 2660-005-001	2.4. Se presenta y recibe al paciente, realiza medidas de seguridad del paciente y las actividades 67 a 71. 2.5. Elabora registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002. 2.6. Revisa y aplica indicaciones médicas de ingreso, verifica cumplimiento en notas médicas y hace valoración de enfermería (si requiere notifica al Médico). Puntos del 99 al 104	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002. - Medidas de seguridad del paciente aplicadas	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Personal Médico o responsable del servicio	- Instrucciones de operación para los cuidados de Enfermería en Hospitalización 2660-005-001	Atención urgente al paciente que ingresa a Hospitalización 2.7. Notifica estado de salud al área médica y cumple prescripciones las veces que cambien en apego a normativa 2660-005-001. 2.8. Médico acude, verifica estado de salud, evalúa dolor, interroga, explora y realiza acciones técnico médicas para	- Notas Médicas y Prescripción 4- 30-128/72 - Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002	Internos Personal de Enfermería Personal Médico o Responsable de servicio Externos Pacientes

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		estabilización y resolución de dolor si lo hay. 2.9. Elabora nota médica, actualiza prescripción en expediente clínico y entrega a enfermería. Puntos del 105 a 110		Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería	- Expediente clínico	Atención ordinaria al paciente que ingresa a Hospitalización 2.10. Presenta paciente en sala, informa cuidados de enfermería y medidas de seguridad para su estancia. 2.11. Toma signos vitales y somatometría, interroga dolor, determina cuidados de enfermería y elabora registros correspondientes. 2.12. Informa ingreso al Jefe de servicio. Puntos 111 a 116.	Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Directivo Médico (Jefe de Servicio) - Personal Médico - Personal de Enfermería	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 2660-006-001	2.13. Distribuye pacientes al personal médico operativo y notifica al equipo de salud de hospitalización. 2.14. Realiza actividades de seguridad del paciente y lo prepara para la exploración del médico, apoya en todos los procedimientos y registra en formatos correspondientes. Puntos 117 a 121.	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002 aplicados - Medidas de seguridad del paciente aplicadas	Internos Personal Directivo Médico Personal de Enfermería Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico	- Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998 del Expediente clínico ACTUALMENTE NOM 004	2.15. Interroga, evalúa presencia de dolor y explora al paciente, se apoya con enfermería y familiar en caso necesario. 2.16. Ratifica o rectifica diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento	- Notas Médicas y Prescripción 4- 30-128/72 - Expediente clínico - Solicitud de exámenes básicos de laboratorio MF-8/93 y	Internos Personal Médico Externos Pacientes

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 2660-006-001	médico, quirúrgico y/o de medicina física y rehabilitación y registra notas médicas, realiza nota de evolución clínica y/o nota de revisión semanal y actualiza cada 5 días. 2.17. Explica al paciente problema de salud, internamiento, plan de estudio y manejo. Valora necesidad de interconsulta a otro servicio y laboratorios y gabinete y solicita si es el caso, para complementación diagnóstica. Puntos 121 a 126	-Solicitud de consulta radiológica 4-30-2 - Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002 aplicados	Familiar o tutor o representante legal
		Este proceso se vincula con el Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención. 2430-003-034 en los siguientes puntos: Fase 1: Paciente procedente de los Departamentos Clínico de Admisión Continua o Urgencias, quirófano u hospitalización. Puntos del 1 - 8 Modalidad A, Paciente en Admisión Continua o Urgencias. Puntos del 9 – 21 Modalidad B, Paciente en quirófano. Puntos del 22 – 23 Modalidad C Paciente en hospitalización. Puntos del 24 - 27		
		Otro procedimiento vinculado al de Hospitalización es el		

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
		Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001, en los siguientes puntos: Sección: Referencia a otro nivel de atención, puntos 30 -34; 35 – 38; 54 -58 y 59 -62. Etapa 2. Unidad Hospitalaria. Modalidad E: Misma Unidad Hospitalaria. Puntos 191 – 195. Modalidad F: Referencia a otro Hospital de Segundo o Tercer Nivel. Puntos 196 – 201 y 203 – 214. No requiere ingresar a UTQ, ni a hospitalización, letra d. Traslado a otro Hospital de segundo o tercer nivel de atención. Puntos 196 – 201 y 203 – 214. Fase 3. Hospitalización. Ingresa a hospitalización (Internamiento o UCI). Puntos 340 – 375.						
Etapa 3. Interconsulta en la misma Unidad. Conforme a las actividades del procedimiento:								
<table><tr><th>Procedimiento</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.</td><td>127 - 193</td></tr></table>			Procedimiento	Actividades	1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	127 - 193		
Procedimiento	Actividades							
1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	127 - 193							
- Personal Médico	- Expediente clínico	Solicitud y otorgamiento de interconsulta médica para la atención del paciente hospitalizado 3.1. Elabora nota y solicitud de interconsulta, entrega a Jefe de Servicio para validación y autorización.	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72	Internos Personal Médico				

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Jefe de Servicio médico		3.2. Recibe, valida y autoriza interconsulta, entrega a Personal Asistente Médico de hospitalización para gestión. Puntos 127 a 131	- Solicitud de interconsulta MF-11/93	Personal Jefe de Servicio Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Asistente Médico - Personal Auxiliar Universal de Oficinas - Jefe de Servicio	- Expediente clínico - Solicitud de interconsulta MF-11/93	3.3. Gestiona interconsulta en Jefatura del Servicio que se requiere, informa a médico tratante del trámite. 3.4. El Jefe de Servicio asigna al personal médico que le corresponde atender la interconsulta y da seguimiento a su cumplimiento. Puntos del 132 al 140	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72	Internos Personal Asistente Médico Personal Auxiliar Universal de Oficinas Personal Jefe de Servicio Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico (Interconsultante) - Personal de Enfermería	- Solicitud de interconsulta MF-11/93	3.5. Localiza paciente, revisa expediente, interroga, explora, diagnóstica, recaba Carta de consentimiento (si requiere), registra hallazgos, plan, seguimiento y si requiere solicita estudios de laboratorio y/o radiodiagnóstico. 3.6. Notifica resultado de su intervención a paciente, plan y pronóstico, notifica cumplimiento de interconsulta e informa a enfermería nuevas indicaciones. 3.7. Enfermería recibe y cumple nuevas indicaciones médicas. Puntos del 141 al 151	- Carta de consentimiento bajo información 2660-009-073 - Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Solicitud de exámenes básicos de laboratorio MF-8/93 - Solicitud de consulta radiológica 4- 30-2	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal de Enfermería - Personal Auxiliar Universal de Oficina de Laboratorio	- Solicitud de exámenes básicos de laboratorio MF-8/93 - Solicitud de consulta radiológica 4-30-2 - Libreta de control interno para trámite de estudios.	Solicitud de Exámenes de Laboratorio 3.8. Recibe solicitud de laboratorio, tramita y entrega solicitud y muestras ordinarias a personal del laboratorio, recibe resultados y anota en registros clínicos. 3.9. Personal del laboratorio recoge resultados urgentes y entrega en servicios. 3.10. Personal Auxiliar Universal toma muestras de solicitudes ordinarias, concentra y entrega en el laboratorio, entrega y distribuye resultados ordinarios en los servicios. Puntos del 152 al 168	- Resultados de laboratorio - Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002 157	Internos Personal de Enfermería Personal Auxiliar Universal de oficinas Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Jefe de Servicio o Personal Médico - Personal Auxiliar Universal de Oficina de Laboratorio	- Resultados de Laboratorio. - Expediente clínico	3.11. Enfermera recibe resultados de laboratorio, coteja y entrega al Jefe de Servicio o Médico No Familiar. 3.12. Jefe de servicio elabora nota médica, integra al expediente clínico y si se requiere, implementa acciones. Puntos del 169 al 170	Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Personal Mensajero - Personal Auxiliar Universal de Oficina de Imagenología - Personal Directivo de Enfermería	- Solicitud de consulta radiológica 4-30-2	Solicitud de Estudios de Imagenología 3.13. Realiza entrega-recepción de solicitud de consulta radiológica del médico a enfermería, al mensajero y al auxiliar universal de Imagenología, quién programa y registra, fecha, hora y sala para estudio y las regresa por la misma vía. 3.14. Jefa de Enfermería recibe solicitud radiológica, notifica a enfermera responsable,	- Cita a consulta radiológica	Internos Personal de Enfermería Personal Mensajero Personal Auxiliar Universal de Oficina de Imagenología Personal de Enfermería

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia		prepara paciente para toma del estudio. 3.15. Médico radiólogo solicita al paciente para estudio, auxiliar de Intendencia identifica al paciente, aplica medidas de seguridad y traslada al servicio de imagenología. Puntos del 171 al 182		Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico Radiólogo - Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia - Personal de Enfermería	- Carta de consentimiento bajo Información 2660- 009-073	3.16. Médico recibe e identifica al paciente, aplica medidas de seguridad, revisa congruencia de solicitud radiológica, informa procedimiento a paciente y si requiere elabora Carta de consentimiento bajo Información y anexa al expediente clínico. 3.17. Realiza el estudio de imagen solicitado, avisa al Auxiliar de Intendencia para regreso del paciente a hospitalización. 3.18. Interpreta estudios y transcribe en la Solicitud de consulta radiológica, notifica a enfermería regreso del paciente, quien informa al Médico No Familiar o Médico Tratante, la realización del estudio radiológico. Puntos del 183 al 191	- Solicitud de consulta radiológica 4-30-2 185. - Carta de consentimiento bajo Información 2660- 009-073 autorizada	Internos Personal Médico Radiólogo Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico	Expediente Clínico	3.19. Acude a Imagenología, revisa interpretación de estudios, registra hallazgos en Expediente clínico. Puntos 192 al 193	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
Etapas 4. Traslado para interconsulta de especialidad o estudio en otra unidad. Conforme a las actividades del procedimiento:				

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Procedimiento</th><th colspan="2">Actividades</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.</td><td colspan="2">194 - 216</td></tr> </tbody> </table>					Procedimiento			Actividades		1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.			194 - 216	
Procedimiento			Actividades											
1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.			194 - 216											
- Personal Médico - Personal Jefe de Servicio - Personal Asistente Médico	- Vigencia de derechos	4.1. Informa al paciente necesidad de interconsulta o estudio en otra unidad médica, elabora notas médicas y la Referencia- Contrarreferencia e informa al Jefe de Servicio. 4.2. Jefe de servicio autoriza traslado e informa a Asistente Médico para contactar al Médico Tratante, con su contraparte interconsultante en la otra unidad y entrega la referencia para verificar vigencia. Puntos de 194 al 198	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Referencia Contrarreferencia 4-30-8/98	Internos Personal Médico Personal Directivo Médico Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal										
- Personal Asistente Médico - Personal de ARIMAC - Personal Médico	- Referencia Contrarreferencia 4-30-8/98	4.3. Entrega formato de referencia a ARIMAC, verifica vigencia, devuelve a asistente médica, quién la entrega al Médico Tratante. 4.4. Médico recibe referencia, se comunica a Unidad Interconsultante, presenta caso, obtiene cita, avisa al Jefe de Servicio, entrega referencia a Asistente Médica de Hospitalización y da indicaciones para paciente. 4.5. Asistente Médica de Hospitalización tramita traslado programado de interconsulta o estudio en otra unidad e informa al paciente. Puntos del 199 al 212	- Referencia Contrarreferencia 4-30-8/98	Internos Personal Asistente Médico Personal de ARIMAC Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal										

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Médico 				

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Médico		informa al médico reacciones adversas e interrumpe transfusión, en caso necesario. 5.4. Médico realiza acciones terapéuticas, da indicaciones para resolver reacción adversa a transfusión y registra evento. Puntos del 217 al 228		
- Personal de Enfermería - Personal Nutricionista o Dietista - Personal Asistente Médico	- Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud - Procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-019	5.5. Revisa en notas médicas prescripción dietética y transcribe en solicitud individual de prescripciones dietéticas. 5.6. Nutricionista realiza acciones contenidas en el procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención. 5.7. Asistente médico verifica y complementa documentos de su competencia, en expediente clínico, elabora y/o actualiza diariamente el Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud, para servicios. Puntos del 229 al 232	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Solicitud individual de prescripciones dietéticas nd-03 2660-009-021 - Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud	Internos Personal de Enfermería Personal Nutricionista o Dietista Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Trabajo Social de Hospitalización - Personal Inhaloterapeuta	- Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias 2660-003-028.	5.8. Realiza actividades 122 a 155 de los Procedimiento para Trabajo Social. Punto 233 5.9. Proporciona el equipo de Inhaloterapia, vigila funcionalidad, maneja equipo médico de apoyo ventilatorio mecánico de acuerdo a su competencia.	- Sesiones de Inhaloterapia	Internos Personal de Trabajo Social Personal Inhaloterapeuta Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		5.10. Se presenta con paciente, realiza actividades a solicitud del médico tratante, pasa visita diariamente a pacientes asignados, elabora informes escritos de pacientes con apoyo ventilatorio y reporta alteraciones detectadas para brindar tratamiento integral. 5.11. Orienta al paciente sobre técnicas y ejercicios para mejorar su condición clínica y registra nota de inhaloterapia en las Notas Médicas y Prescripción. Puntos 234 al 240	- Visita diaria a paciente - Asesoría de técnicas y ejercicios - Notas Médicas y Prescripción 4- 30-128/72	
- Personal Médico de Medicina Física y Rehabilitación - Personal Terapeuta Físico	- Prescripción de procedimientos terapéuticos de Rehabilitación 2680-009-004 - Formato de Prescripción de procedimientos terapéuticos de rehabilitación 2680-009-004	Si la Unidad cuenta con servicio de Medicina Física y Rehabilitación 5.12 Médico valora paciente, informa y prescribe procedimientos de terapia física y elabora nota médica, requisita y entrega al Terapeuta Físico. 5.13 Da seguimiento a paciente, ajusta y prescribe terapia necesaria y registra en las notas médicas y prescripción. Puntos 241 al 242 y 248 5.14. Recibe del Médico prescripción de Rehabilitación. Se presenta, realiza terapéutica indicada por Médico en medicina física y rehabilitación. 5.15. Realiza educación para la salud con paciente o familiar para continuidad del tratamiento y disminución	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Expediente clínico - Formato de Prescripción de procedimientos terapéuticos de Rehabilitación 2680-009- 004 requisitado	Internos Personal Médico de Medicina Física y Rehabilitación Personal Terapeuta Físico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		de limitaciones físicas o discapacidad. 5.16. Registra sus observaciones y comenta con médico especialista de medicina física y rehabilitación responsable del paciente. Puntos de 243 al 247		
- Personal Médico Epidemiólogo - Personal de Enfermería Especialista en Salud Pública	- Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención 2460-003-002	5.17. Realiza actividades de la vigilancia epidemiológica, visita diaria a pacientes hospitalizados para seguimiento de infecciones asociadas al cuidado de la salud relacionadas con la atención médica y registra. 5.18. Cumple indicaciones médicas para estudio de casos convivientes, en brotes y emergencias epidemiológicas, vigila y verifica la red de frío de los productos biológicos, reporta al Médico y/o jefe de servicio y da seguimiento a cultivos de los pacientes. Puntos del 249 al 253	Registro de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales 2420-009-070. - Vigilancia Epidemiológica, búsqueda de brotes, estudio de contactos -Seguimiento a cultivos	Internos Personal Médico Epidemiólogo Personal de Enfermería Especialista en Salud Pública Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia		5.19. Mantiene limpias y en orden las áreas, participa en la movilización y traslado de pacientes a las áreas de auxiliares de diagnóstico y demás servicios. Punto 254	Áreas limpias. Pacientes movilizados o trasladados	Internos Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Integrantes del Equipo de Salud	- Registros clínicos,	Visita conjunta del equipo de salud al paciente hospitalizado 5.20. Realiza visita conjunta diariamente a	- Visita conjunta del paciente	Internos

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Médico - Personal de Enfermería - Personal Asistente Médico	esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002 - Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud	pacientes asignados en hospitalización. 5.21. Médico revisa expediente, interroga evolución, explora, ratifica o rectifica el manejo y pronóstico, solicita participación del equipo de salud, elabora y actualiza notas médicas e indicaciones e incluye en expediente clínico. 5.22. Prepara paciente para la exploración física en la visita, informa sobre evolución del paciente, asiste al médico en procedimientos, registra cambios en la prescripción médica y vigila cumplimiento. Puntos del 255 al 261 5.23. Saluda a paciente, corrobora número de cama y nombre del paciente en listado de pacientes hospitalizados y en tarjeta de identificación. Punto 262	- Notas Médicas y Prescripción 4-30- 128/72 - Expediente clínico - Actualización del Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud - Tarjeta de identificación 2660-009-002	Integrantes de Equipo de Salud Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico	- Expediente clínico - Volante de movimiento Intrahospitalario 1/90	Movimiento intrahospitalario del paciente 5.24. Con base en evolución y resultado de interconsultas, determina movimiento intrahospitalario del paciente a otro servicio o área hospitalaria, elabora nota médica en expediente clínico. 5.25. Informa al paciente el movimiento, informa al Jefe de Servicio o responsable, elabora	- Notas Médicas y Prescripción 4-30- 128/72 - Expediente clínico - Entrega de Volante de movimiento	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		volante de movimiento Intrahospitalario y lo entrega para su autorización. Punto del 263 al 266	Intrahospitalario 1/90	
- Personal Directivo Médico o responsable	- Volante de movimiento Intrahospitalario 1/90 - Expediente clínico	5.26. Recibe del Médico No Familiar o Médico Tratante el volante de movimiento Intrahospitalario y lo autoriza. 5.27. Informa al Jefe de Servicio destino y a enfermería del movimiento intrahospitalario del paciente y entrega a enfermería autorización del movimiento. Puntos del 267 al 269	- Volante de movimiento Intrahospitalario 1/90	Internos Personal Directivo Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Personal Asistente Médico - Personal de Enfermería	- Volante de movimiento Intrahospitalario 1/90	5.28 Recibe volante de movimiento Intrahospitalario, entrega a la Asistente Médico y notifica a Enfermera a cargo del paciente. 5.29 Solicita a Admisión Hospitalaria asignación de nueva ubicación del paciente. Se asigna, registra el movimiento y avisa a enfermería. 5.30 Se elabora nuevo pase de visita, lo entrega al familiar y canjea por anterior. 5.31 Identifica paciente, coteja datos del expediente clínico, lo prepara para traslado a servicio destino y solicita apoyo del Auxiliar de Servicios de Intendencia para el traslado. Puntos del 270 al 275	- Listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud actualizado - Pase de visita 4-145 - Traslado de paciente	Internos Personal de Enfermería Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia - Personal de Enfermería - Personal de Enfermería del servicio o área destino	- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 2660-006-001	5.32 Identifica al paciente, aplica medidas de seguridad y traslada al paciente al servicio destino. Punto 276 5.33 Acompaña al paciente en el traslado y lo entrega con el expediente clínico a Enfermería del servicio destino. 5.34 Enfermería de Servicio destino recibe paciente y expediente, identifica, verifica, coteja datos y realiza las actividades 97 a 104 del presente procedimiento. Puntos del 277 al 278	- Expediente clínico	- Internos - Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia - Personal de Enfermería - Externos - Pacientes - Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico - Personal Directivo Médico o responsable - Personal de Enfermería	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002	Actividades de vinculación del equipo de salud, al término de su jornada de trabajo en el Servicio de Hospitalización 5.35. Pasa visita e informa a Jefe de Servicio y al médico del siguiente turno de pacientes con gravedad o procedimientos pendientes, prealtas, altas pendientes, auxiliares de diagnóstico, etc. 5.36. Recibe pendientes y relevantes del Médico, realiza informe del servicio y entrega a directivo entrante para cumplimiento y seguimiento. Puntos 279 al 281 5.37. Organiza documentación de pacientes, entrega y recibe turno, equipo, material de curación e	-Expediente clínico - Notas Médicas y Prescripción 4-30- 128/72	- Internos - Personal Médico - Personal Directivo Médico - Personal de Enfermería - Externos - Pacientes - Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
		instrumental de acuerdo a los inventarios. Puntos del 282 al 285		
- Personal Asistente Médico - Personal de ARIMAC	- Expediente Clínico - Egresos - Registro Diario Hospital 4-30-21/90-E	5.38. Entrega – recepción de turno, notifica pendientes, expedientes de egresos hospitalarios actualizado, reporte de camas ocupadas y libres. 5.39 Entrega en ARIMAC expedientes de egresos hospitalarios, actualiza listado de hospitalizados, informa a pacientes de prealta y alta hospitalaria, verifica camas disponibles y reporta a admisión hospitalaria cambios de cama, traslados para derivación o valoración de citas programadas para especialidades y/o auxiliares de diagnóstico. Puntos del 286 al 291	- Egresos - Registro Diario Hospital 4-30-21/90-E - Expediente Clínico - Listado de pacientes hospitalizados y estado de salud	Internos Personal Asistente Médico Personal de ARIMAC Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Nutrición o Dietista - Personal de Trabajo Social	- Expediente Clínico	5.40. Entrega turno de Nutrición con relevantes del área, recibe servicio y registra cambios en prescripciones dietéticas de pacientes, identifica casos pendientes de evaluación nutricional. Puntos del 292 al 293 5.41. Entrega- recepción de turno de Trabajo Social con relevantes del servicio, recibe asuntos pendientes e identifica casos para seguimiento Puntos del 294 al 296	- Expediente Clínico - Expediente Clínico	Internos Personal de Nutrición o Dietista Personal de Trabajo Social Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

**Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 7. de Hospitalización**

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios				
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)				
Etapa 6. Egreso del servicio de hospitalización. Conforme a las actividades del procedimiento:								
<table><tr><th>Procedimiento</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.</td><td>297 - 322</td></tr></table>					Procedimiento	Actividades	1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	297 - 322
Procedimiento	Actividades							
1. Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel. 2660-003-056.	297 - 322							
- Personal Médico	- ADEC. Atención Domiciliaria del paciente Crónico	6.1. Decide egreso del paciente a su domicilio, traslado intrahospitalario o a otra unidad hospitalaria, registra en notas médicas, informa al equipo de salud y al paciente de la prealta. 6.2. Un día antes del egreso, elabora resumen clínico, nota de prealta y alta. 6.3. Identifica pacientes con criterios para Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) e informa al Jefe de Servicio, si aplica. 6.4. Elabora si se requiere, receta médica individual, incapacidad y referencia, informa a enfermería y asistente médica, trámite de citas médicas a la consulta externa. Puntos de 297 al 305	- Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Hoja de Alta Hospitalaria 1/98 - Receta médica - Certificado de incapacidad temporal para el trabajo - Referencia Contrarreferencia 4-30-8/98	Internos Personal Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal				
- Personal de Enfermería	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021- 002	6.5. Recibe alta hospitalaria, informa al paciente plan de alta, realiza recomendaciones higiénico dietéticas, medicación, signos y síntomas de alarma, redes de apoyo y registra actividades. 6.6. Realiza cuidados para egreso, glosa en el expediente, aplica esquema terapéutico e	- Notas Médicas y Prescripción 4-30- 128/72 - Hoja de Alta Hospitalaria 1/98 -Expediente clínico	Internos Personal de Enfermería Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal				

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- Personal Médico - Personal Directivo Médico	- Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y Traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios 2660-003-005	Alta por defunción del paciente en hospitalización 6.12. Realiza actividades 1 a 3 del Procedimiento para manejo de cadáveres, notifica a las autoridades deceso del paciente. 6.13. Recibe notificación del deceso del paciente, informa al Subdirector Médico. Puntos del 325 al 328	- Notificación de deceso a las autoridades	Internos Personal Médico Personal Directivo Médico Externos Familiar o tutor o representante legal
- Personal de Enfermería - Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia	- Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y Traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios 2660-003-005 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002 - Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas 2660-009-005 - Instrucciones de operación para los cuidados de Enfermería en Hospitalización 2660-005- 001	6.14. Recibe notificación de defunción, registra datos, identifica paciente, requisita formatos y anexa a expediente, elabora etiquetas de identificación y entrega a responsable de preparación del cadáver, registra egreso por defunción, informa al área de Nutrición y Dietética. 6.15. Glosa registros clínicos, prepara cadáver cuando el Médico certifique defunción, pide a Auxiliar de intendencia apoyo para movilización y traslado del cuerpo, entrega documentación, envía cadáver al servicio de anatomía patológica o al depósito de cadáveres. 6.16. Realiza las actividades 10 y 11 del "Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y Traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios. Puntos del 329 al 339	- Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-021-002 - Censo diario de pacientes 4-30-20 - Expediente clínico	Internos Personal de Enfermería Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia Externos Familiar o tutor o representante legal
- Personal responsable del	- Tránsito, depósito y entrega de	6.17. Realiza acciones 12 y 13 de normativa, solicita certificado de defunción,	- Certificado de Defunción	Internos Personal responsable del

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

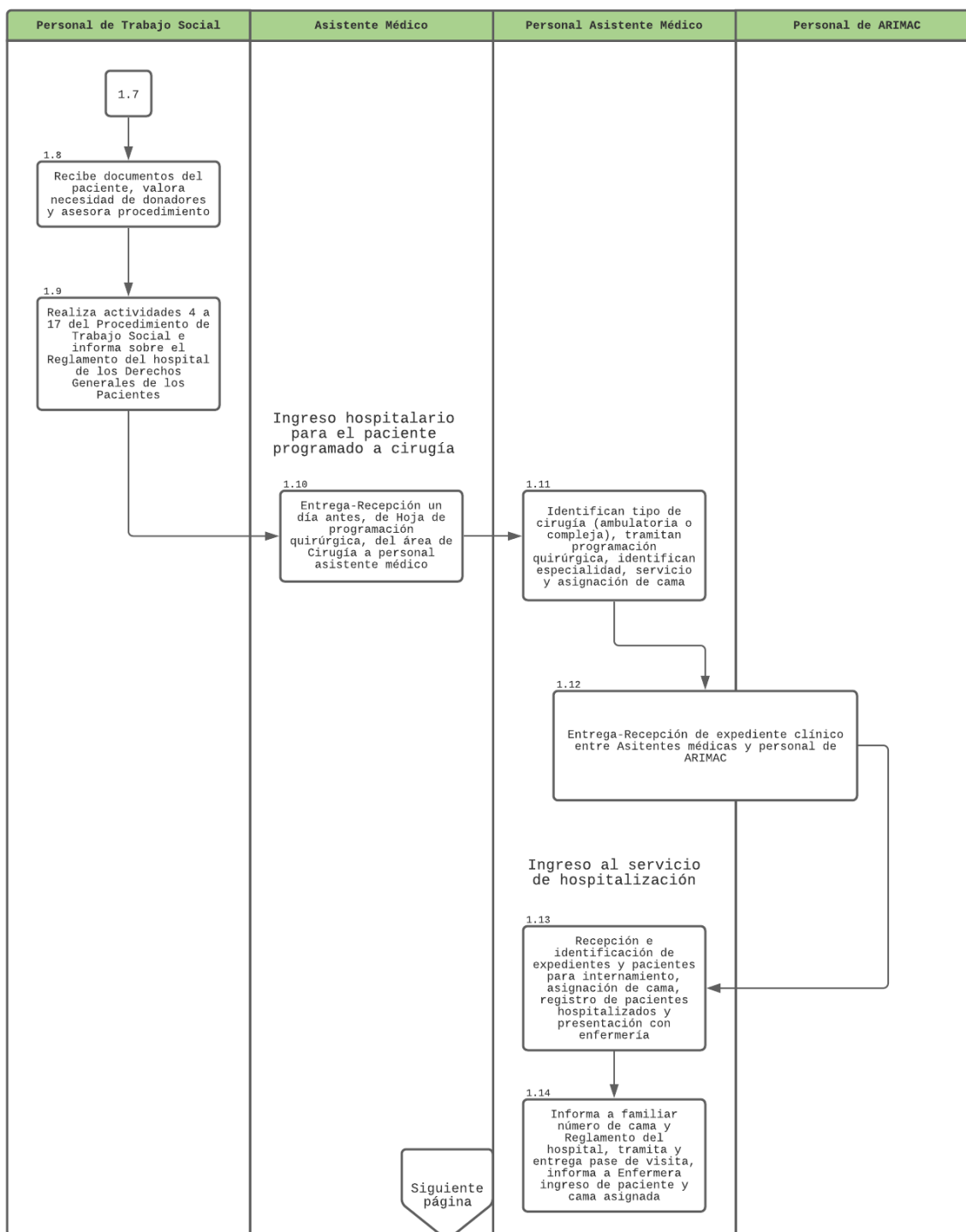
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Depósito de Cadáveres - Personal Médico - Subdirector Médico - Personal de Salud - Personal de Trabajo Social	cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas 2660-009-005 - Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y Traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios 2660-003-005	recibe del médico tratante registre los datos correspondientes, realiza las actividades que marca normativa a partir de la actividad 16. 6.18. Médico solicita formato de certificado de defunción, le recibe y lo requisita. 6.19. Realiza actividades normadas para el tránsito de cadáveres. 6.20. Realiza actividades 77, 78 y 85 a 89 de normatividad. Puntos del 340 al 344	- Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y Traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios 2660-003-005 Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en las Unidades Hospitalarias 2660-003-028	Depósito de Cadáveres Personal Médico Subdirector Médico Personal de Salud Personal de Trabajo Social Externos Familiar o tutor o representante legal
- Personal Médico - Personal de Trabajo Social - Personal Asistente Médico	- Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas Hospitalarias 2660-003-028	Egreso del Servicio de Hospitalización por Alta Voluntaria 6.21. Informa al paciente riesgos y consecuencias para la salud del paciente, elabora alta voluntaria deslindando de toda responsabilidad al IMSS. 6.22. Realiza actividades 90 a 97 del Procedimiento de Trabajo Social, tramita con autoridades para los registros correspondientes. 6.23. Recibe de Trabajo Social expediente clínico, verifica nota de alta voluntaria, recaba datos y firma de quien recibe al paciente, así como la documentación de su atención médica y realiza las actividades 311 a 322 procedimiento.	- Nota de alta voluntaria en - Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 Expediente clínico - Expediente clínico Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72 - Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72	Internos Personal Médico Personal de Trabajo Social Personal Asistente Médico Externos Pacientes Familiar o tutor o representante legal

Tabla V.7. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 7. de Hospitalización

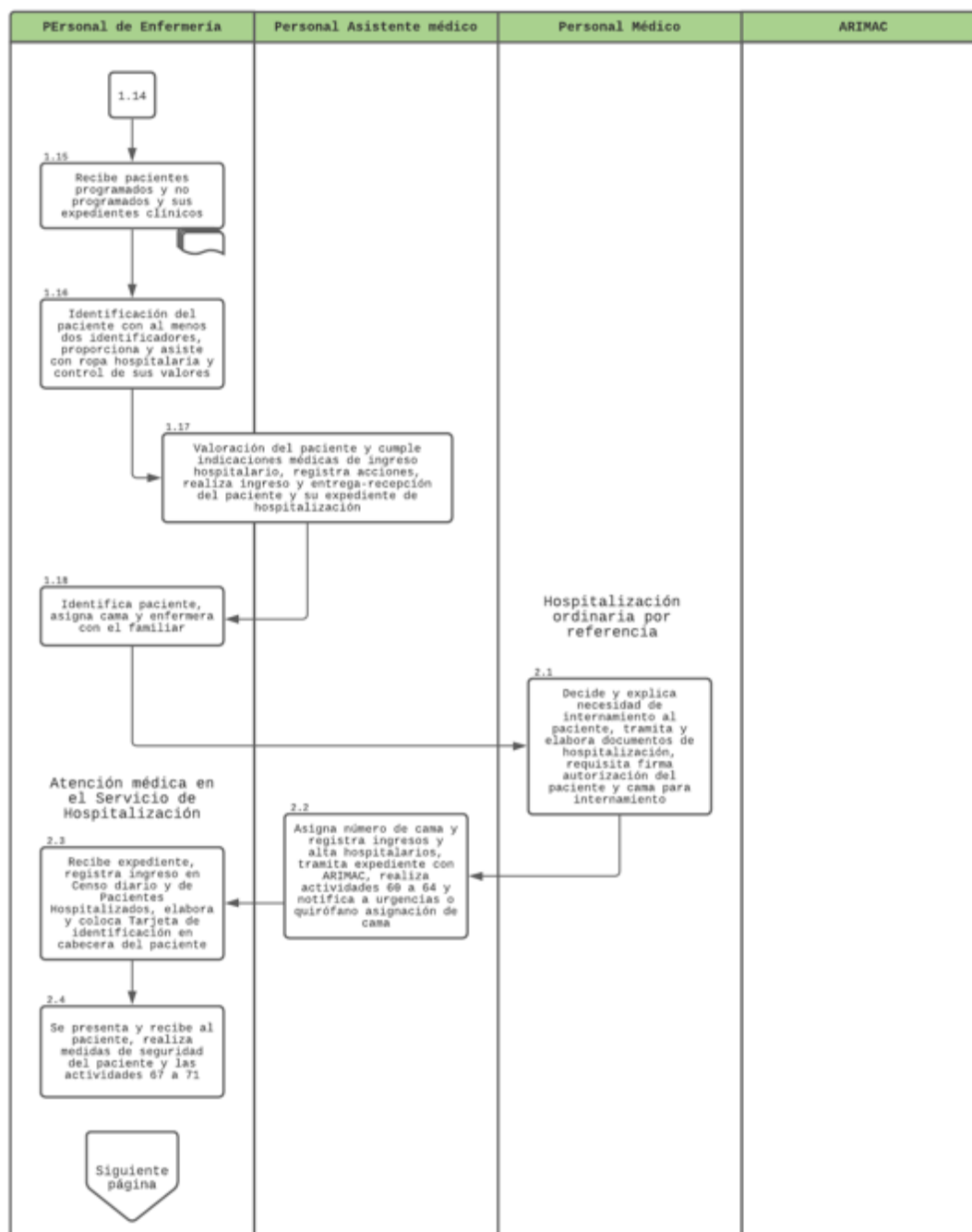
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		Puntos 345 al 351		
- Personal Médico - Personal de Trabajo Social - Personal Asistente Médico	- Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias 2660-003-028	Egreso de paciente no derechohabiente 6.24. Realiza actividades 297 a 301, 303, y 305 de este procedimiento. 6.25. Realiza las actividades 176 a 178 del Procedimiento de Trabajo Social. 6.26. Realiza actividades 311 a 322 del presente procedimiento. Puntos del 352 al 354 FIN DEL PROCESO	- Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias 2660-003-028	- Internos - Personal Médico - Personal de Trabajo Social - Personal Asistente Médico - Externos - Familiar o tutor o representante legal

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con la atención de hospitalización.

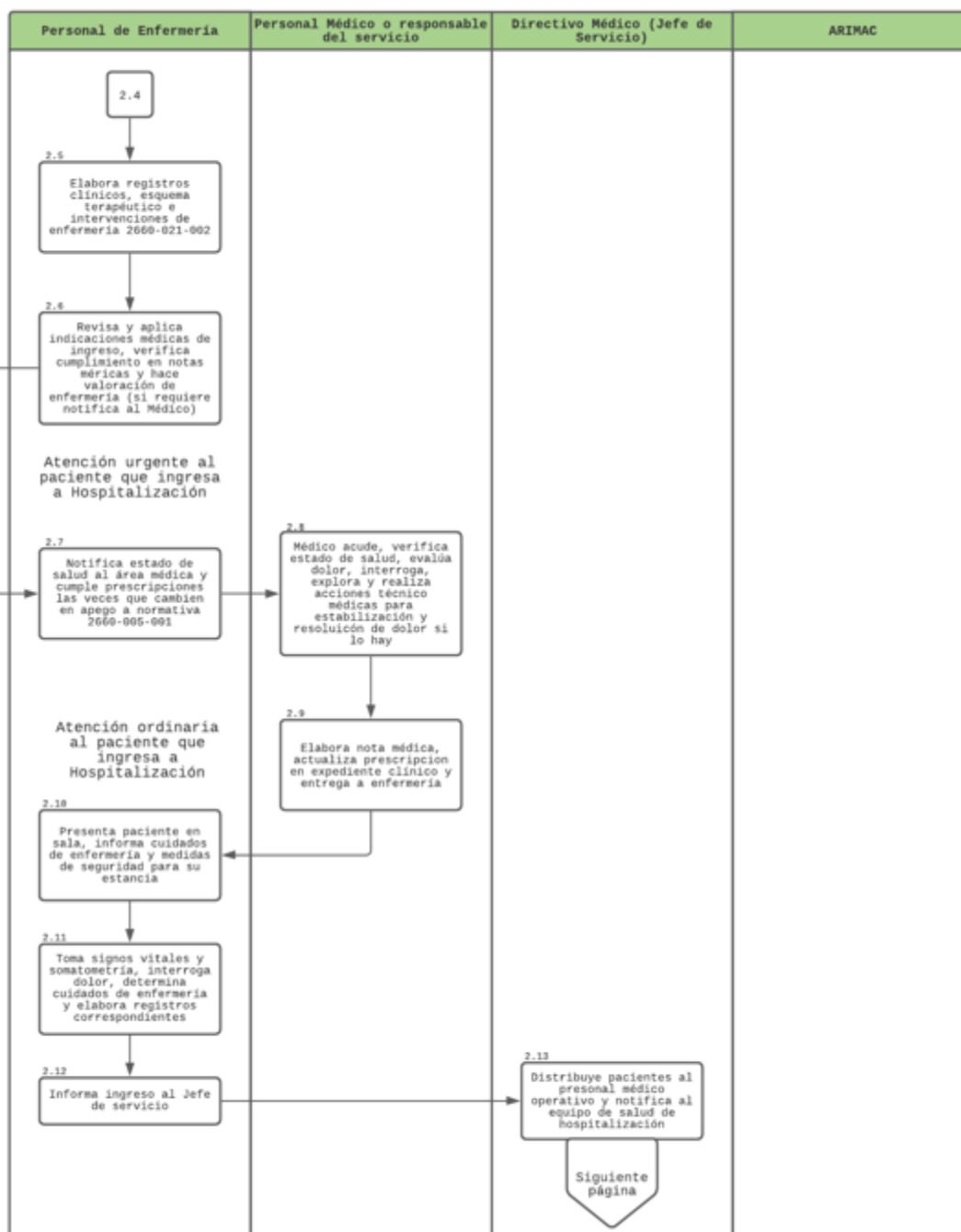
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



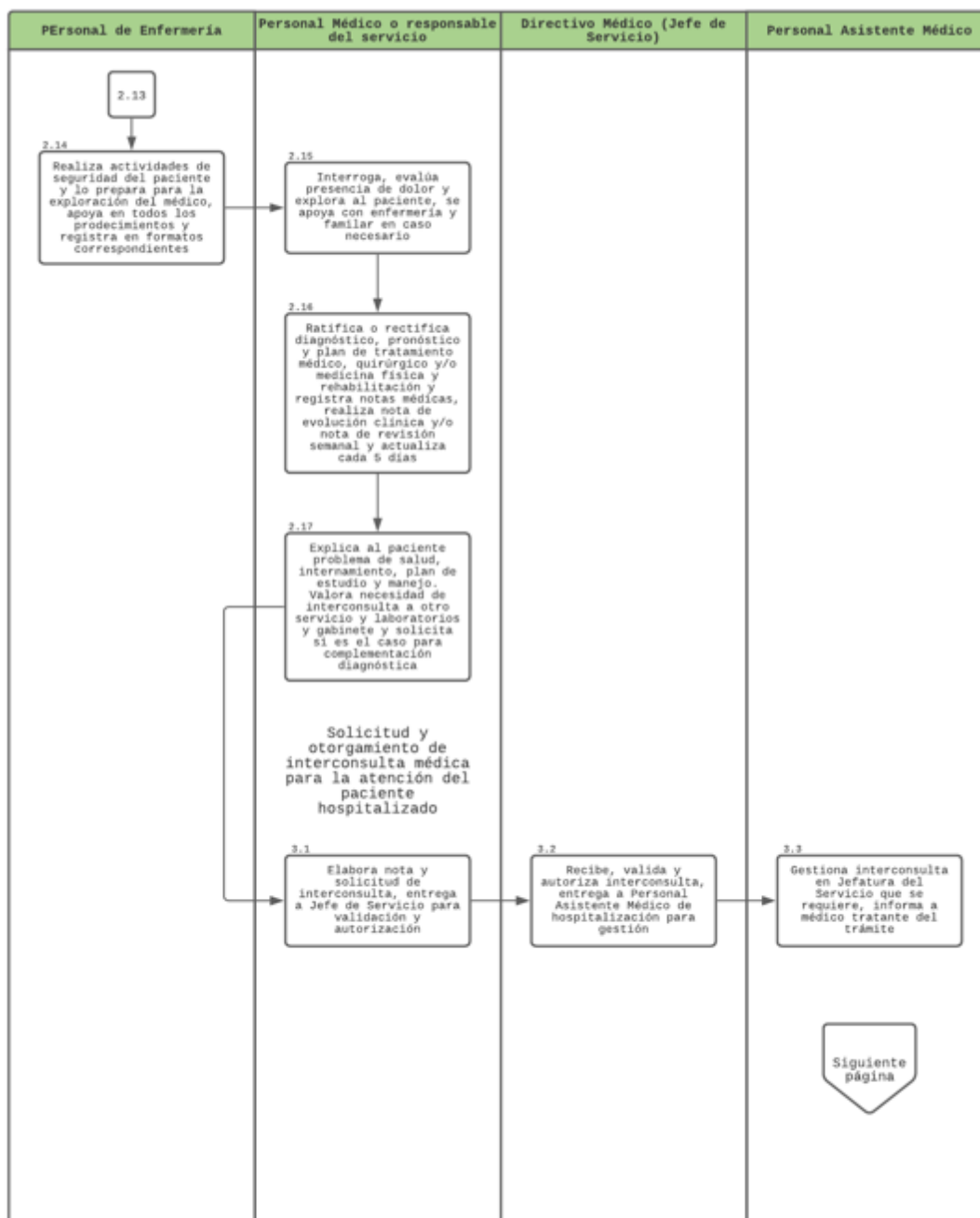
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



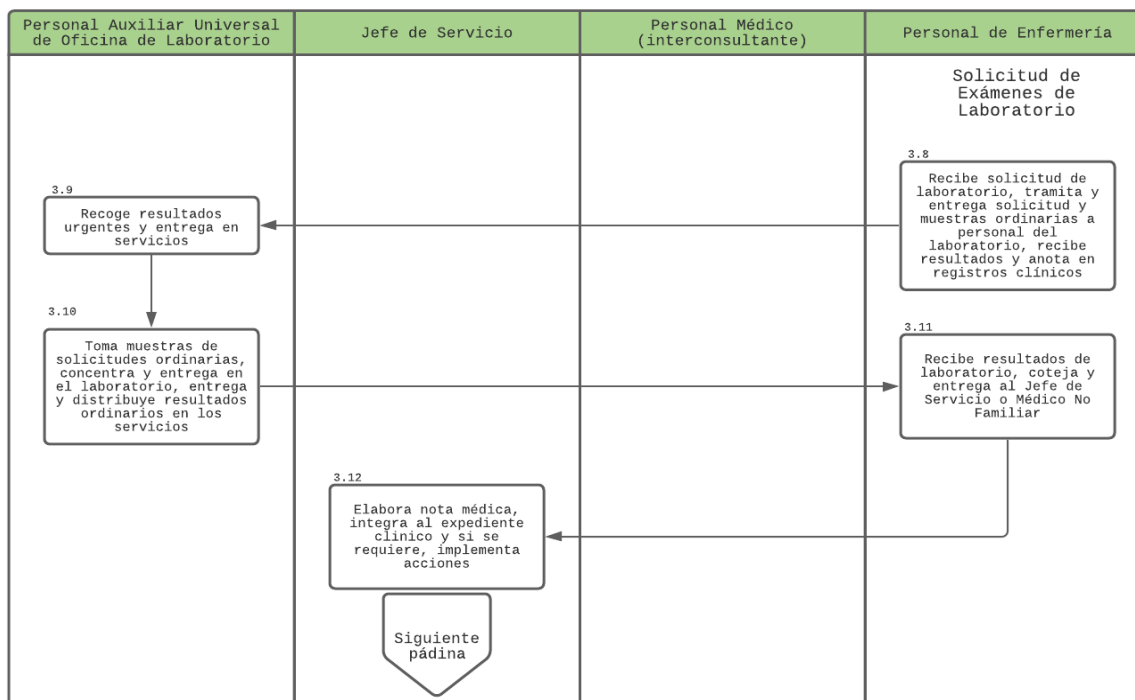
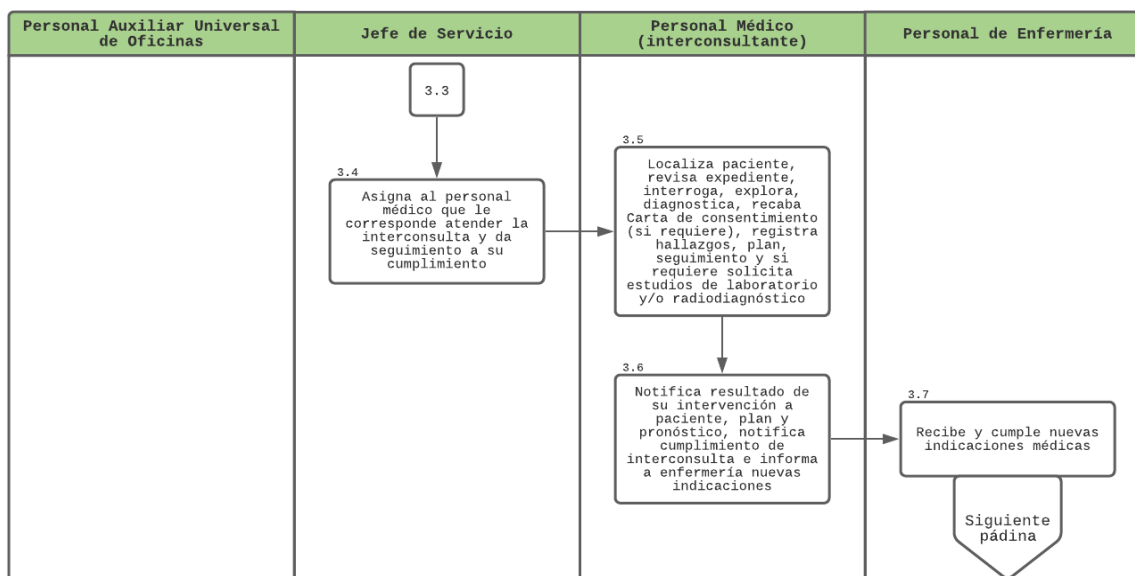
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



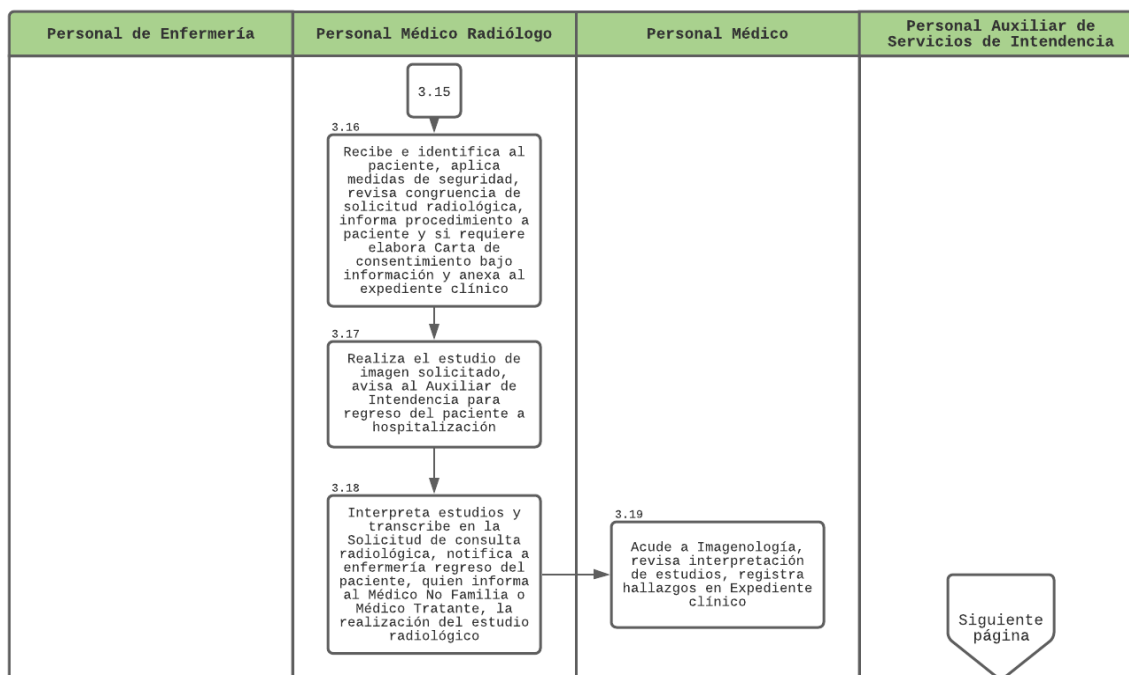
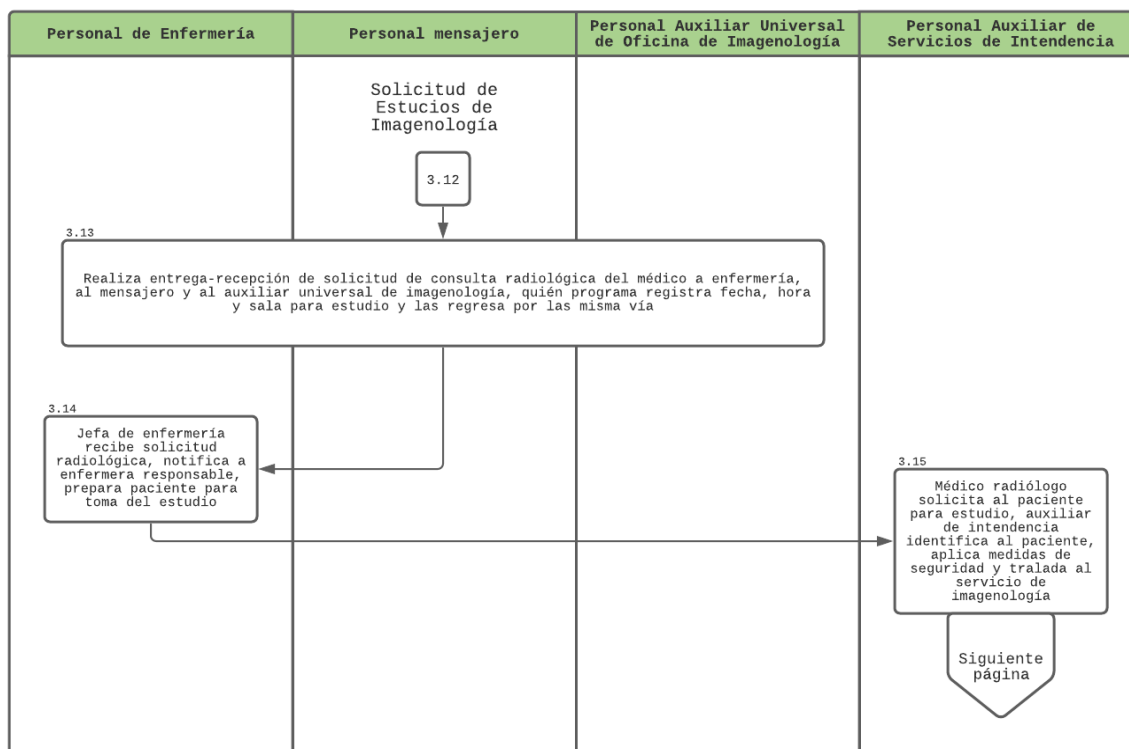
Esquema AV.7 Flujoograma del Proceso 7. de Hospitalización



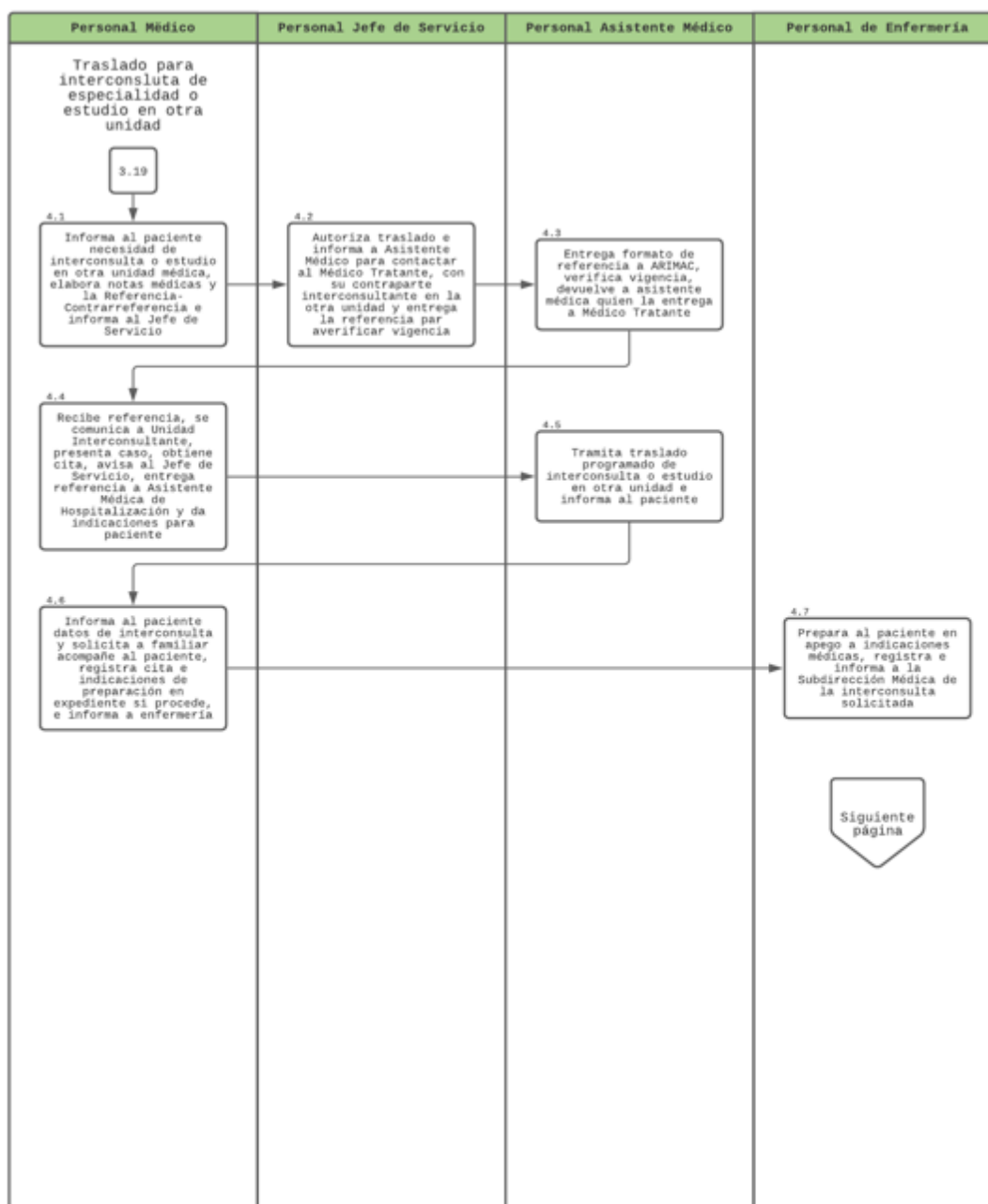
Esquema AV.7 Flujoograma del Proceso 7. de Hospitalización



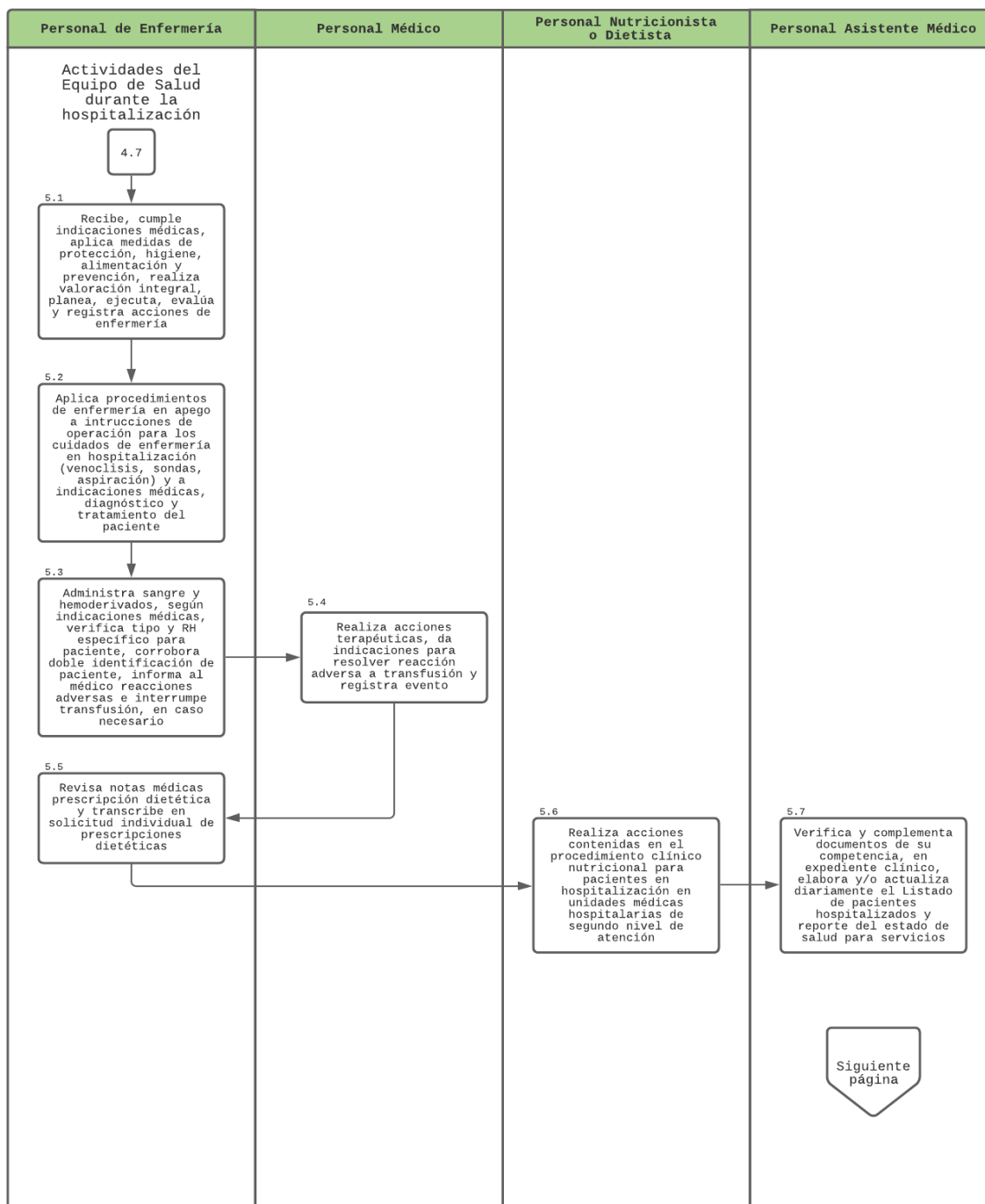
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



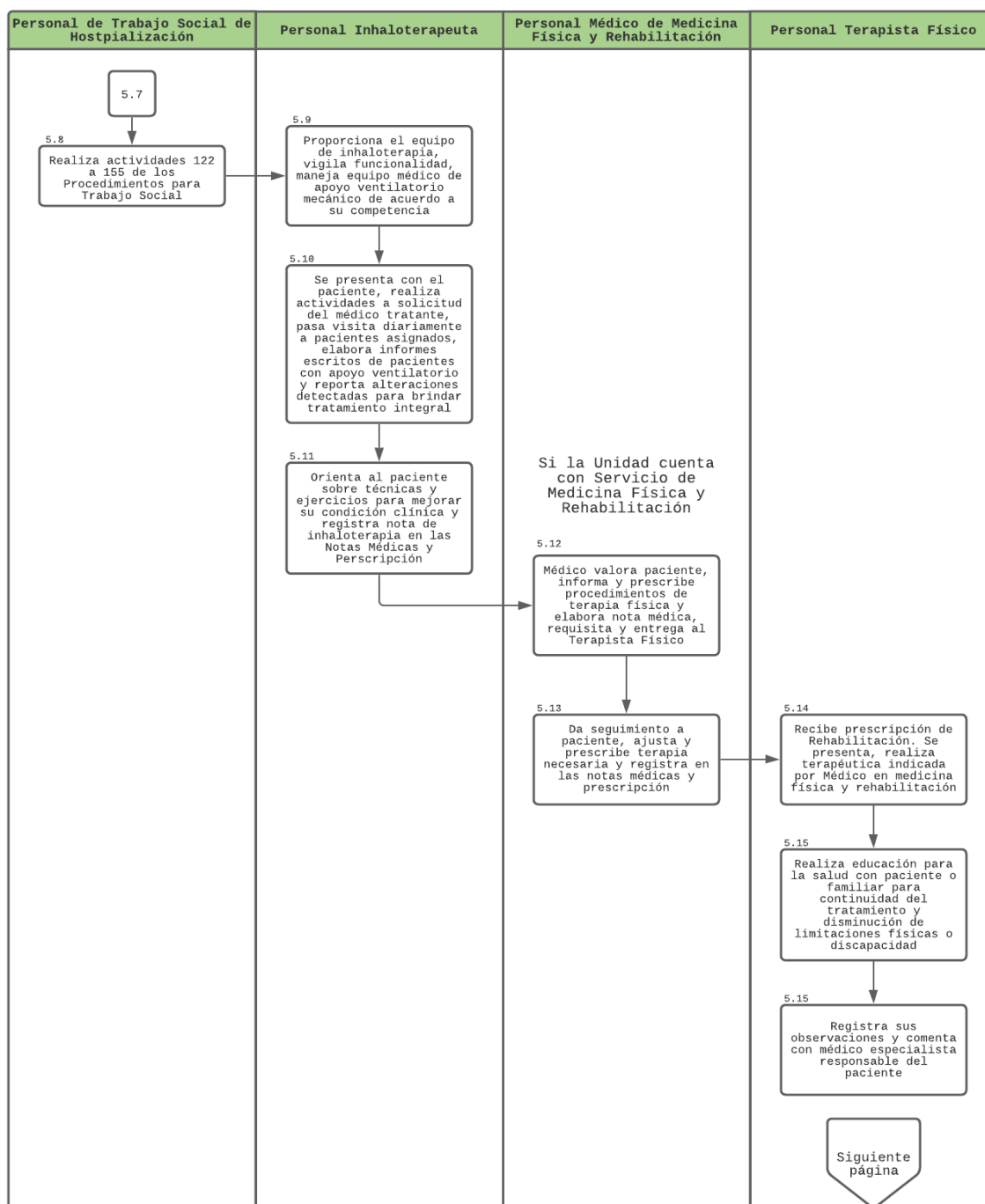
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



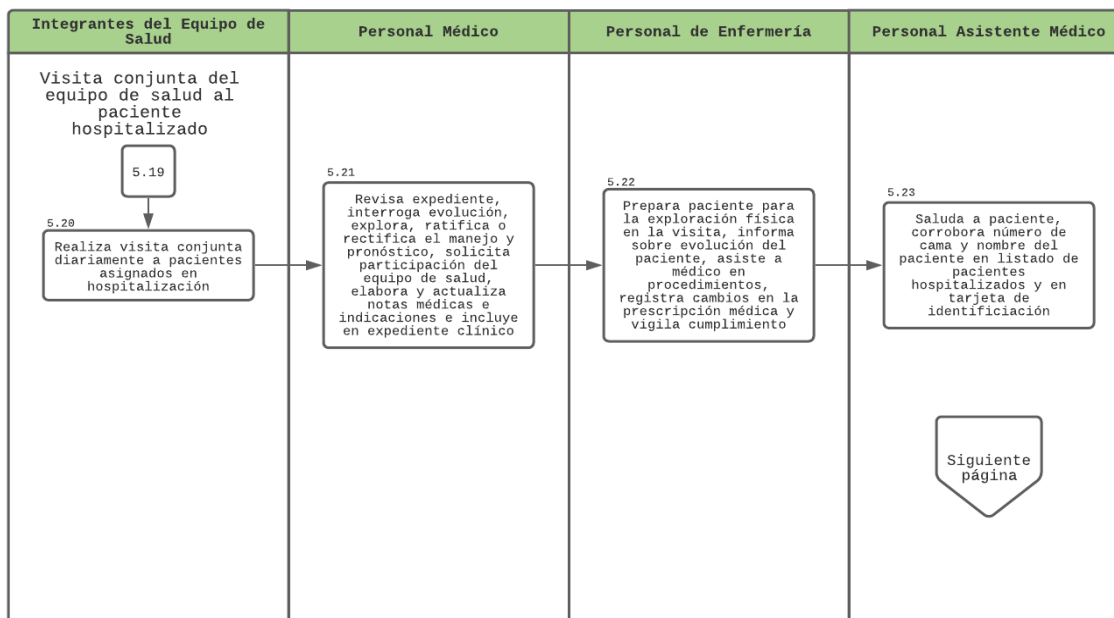
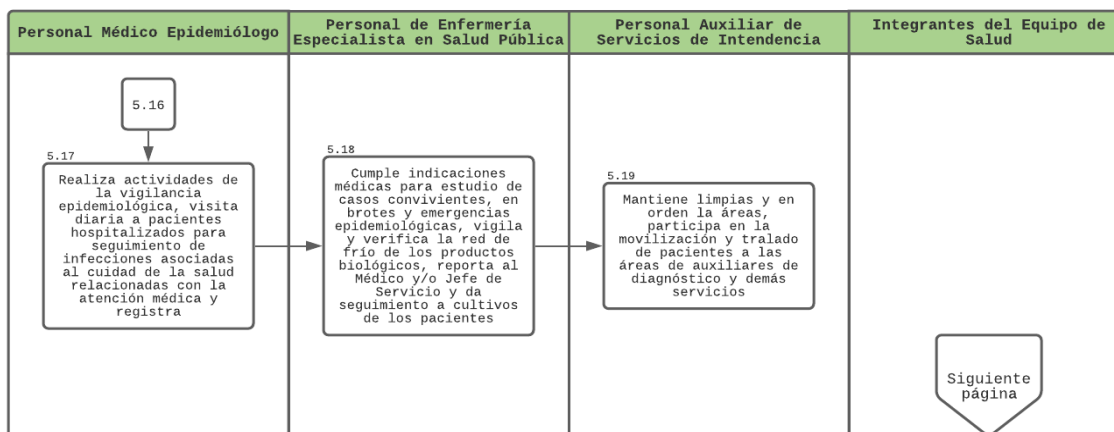
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



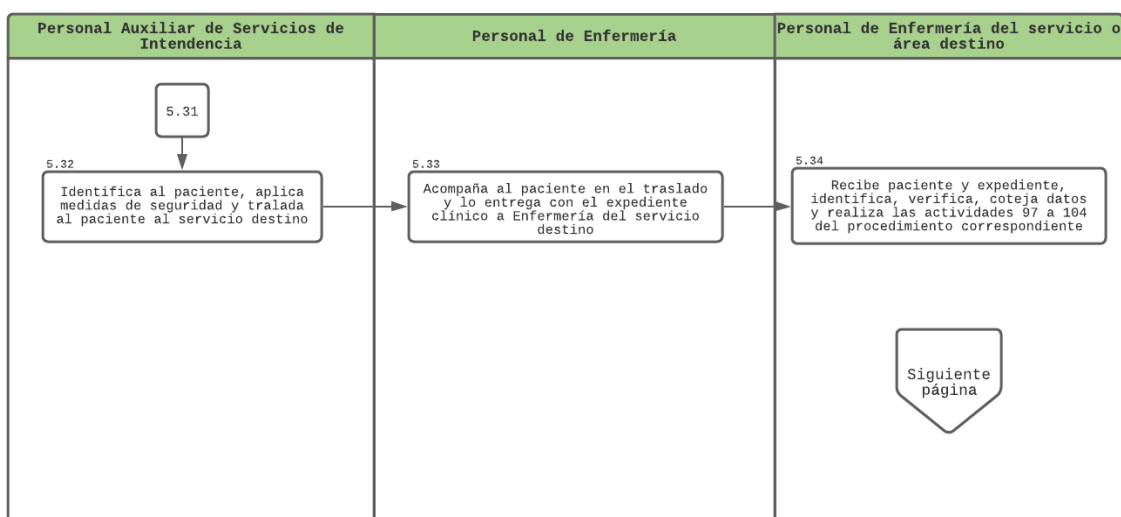
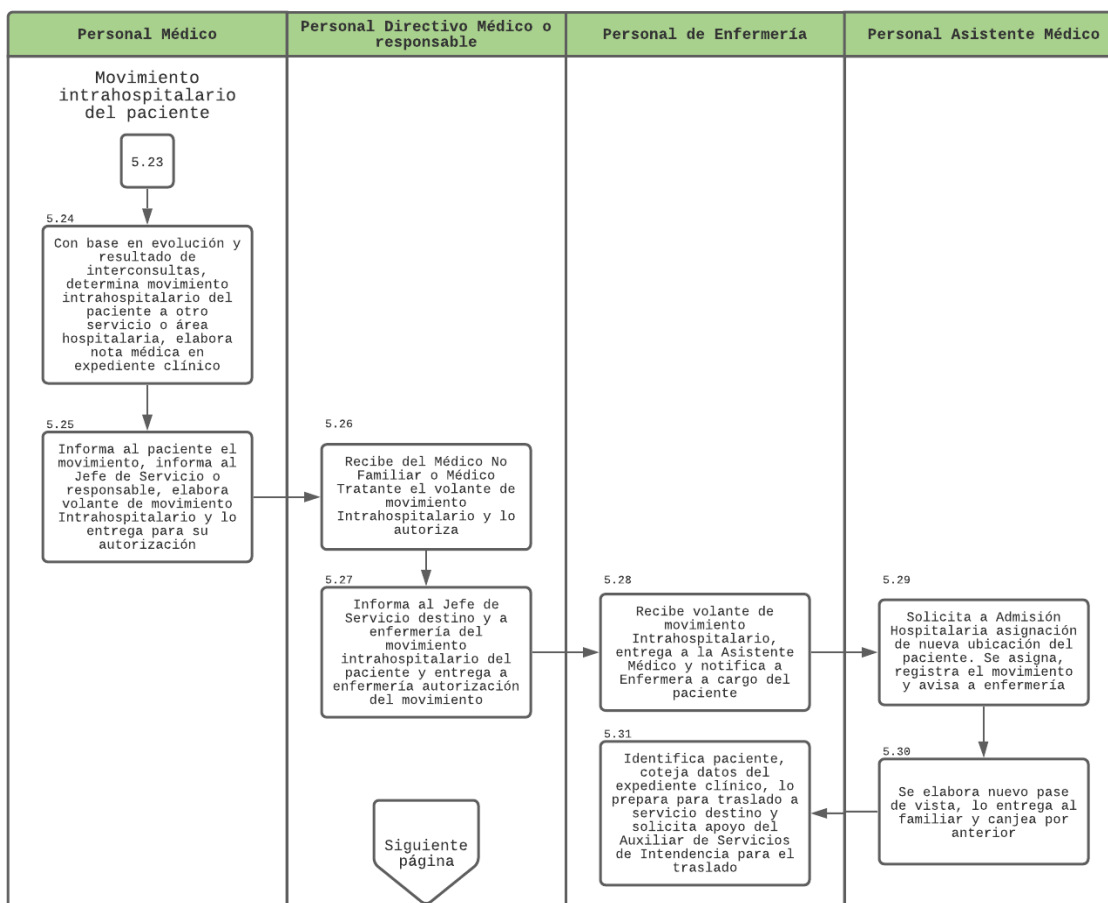
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



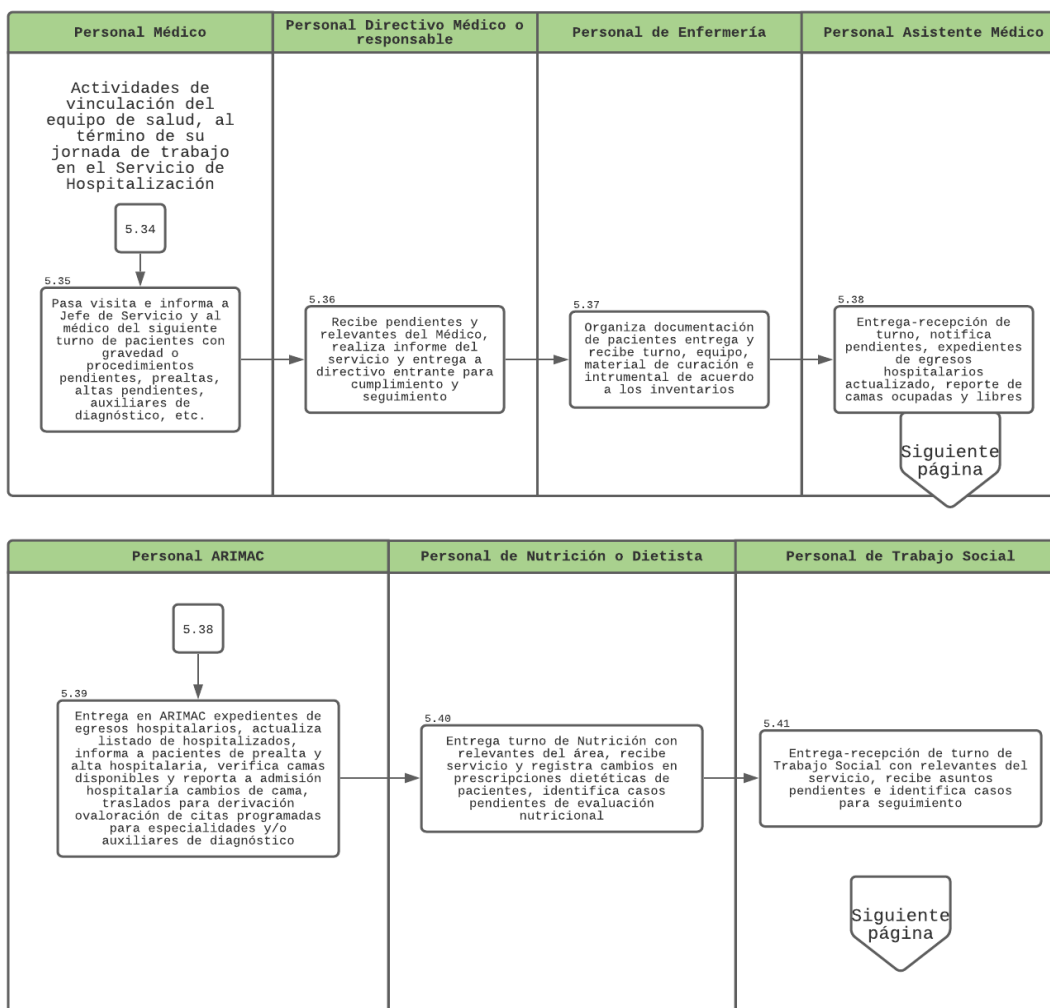
Esquema AV.7 Flujoograma del Proceso 7. de Hospitalización



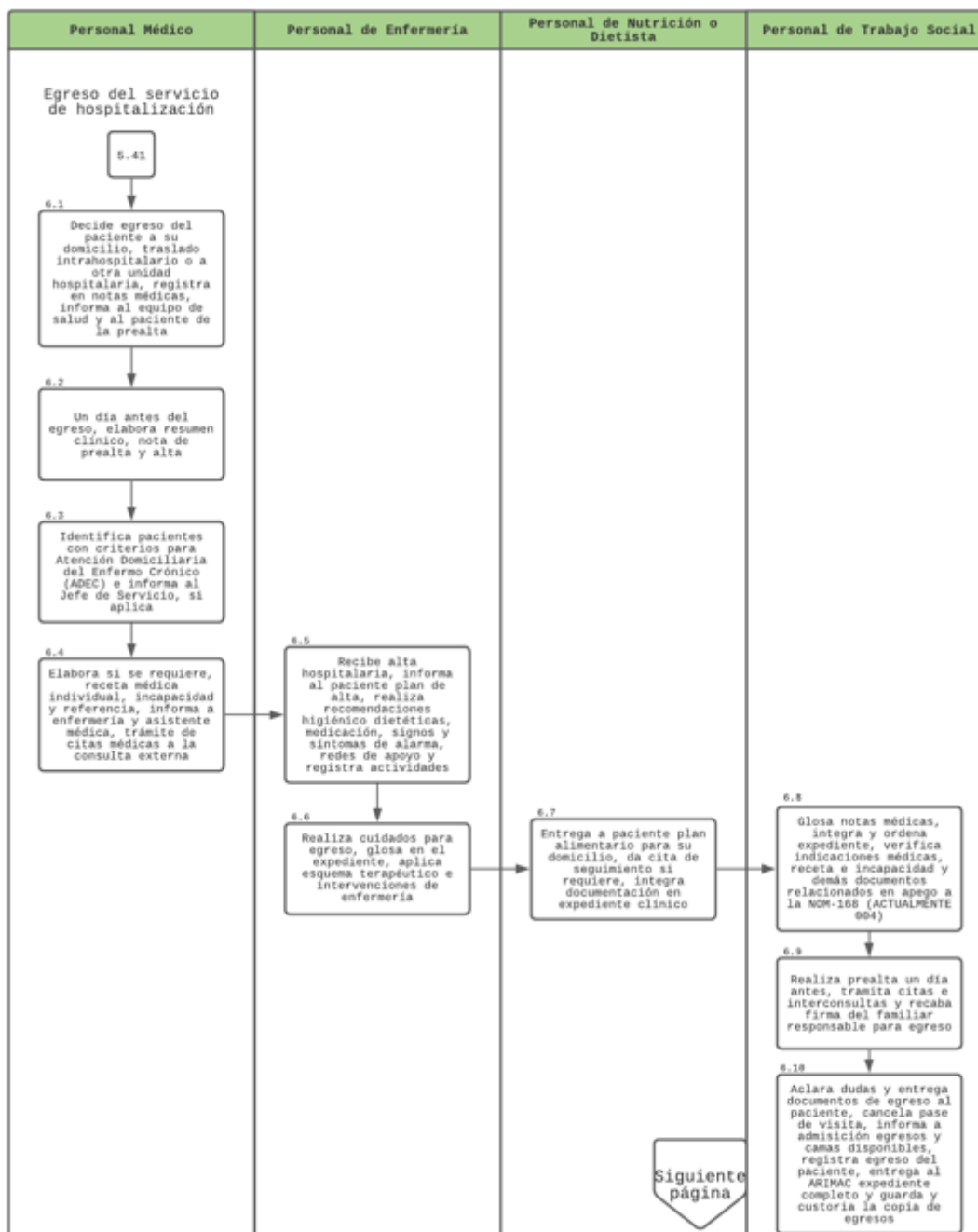
Esquema AV.7 Flujoograma del Proceso 7. de Hospitalización



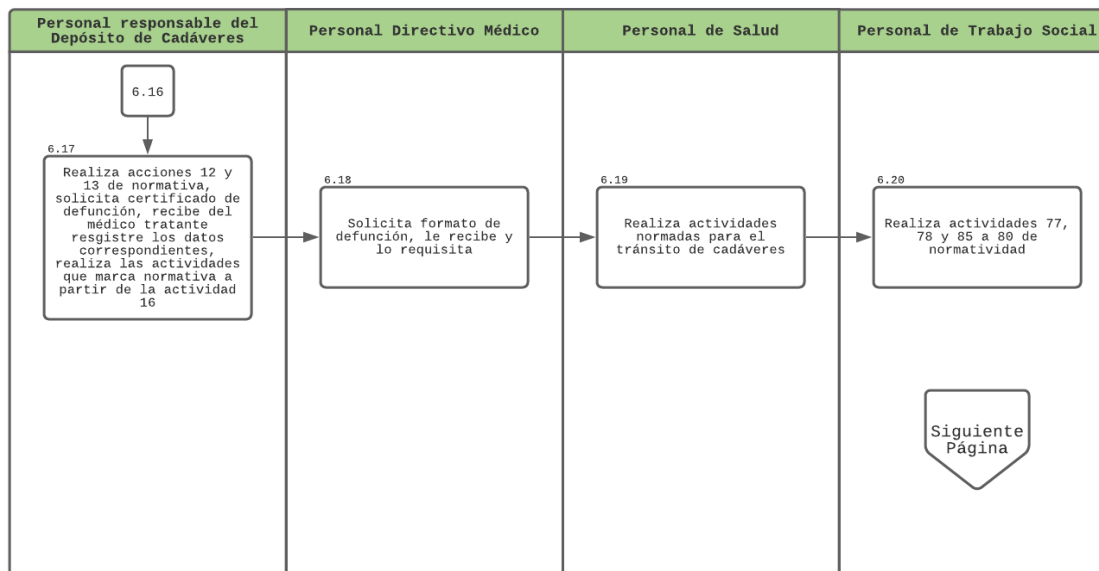
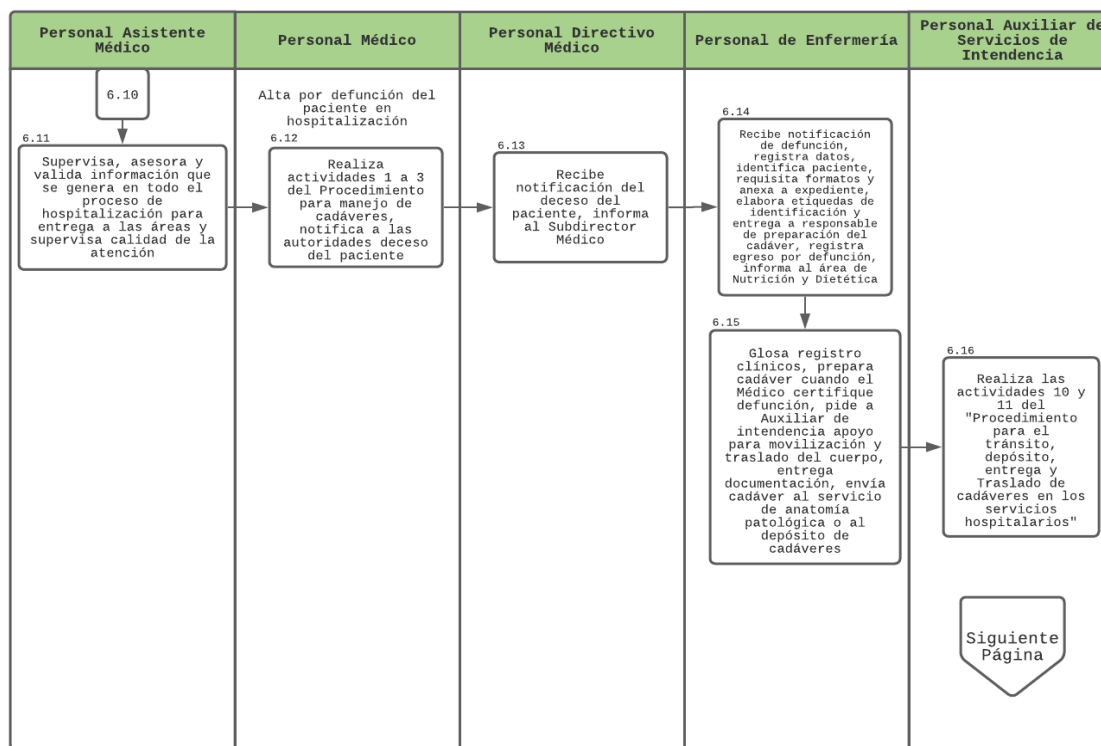
Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



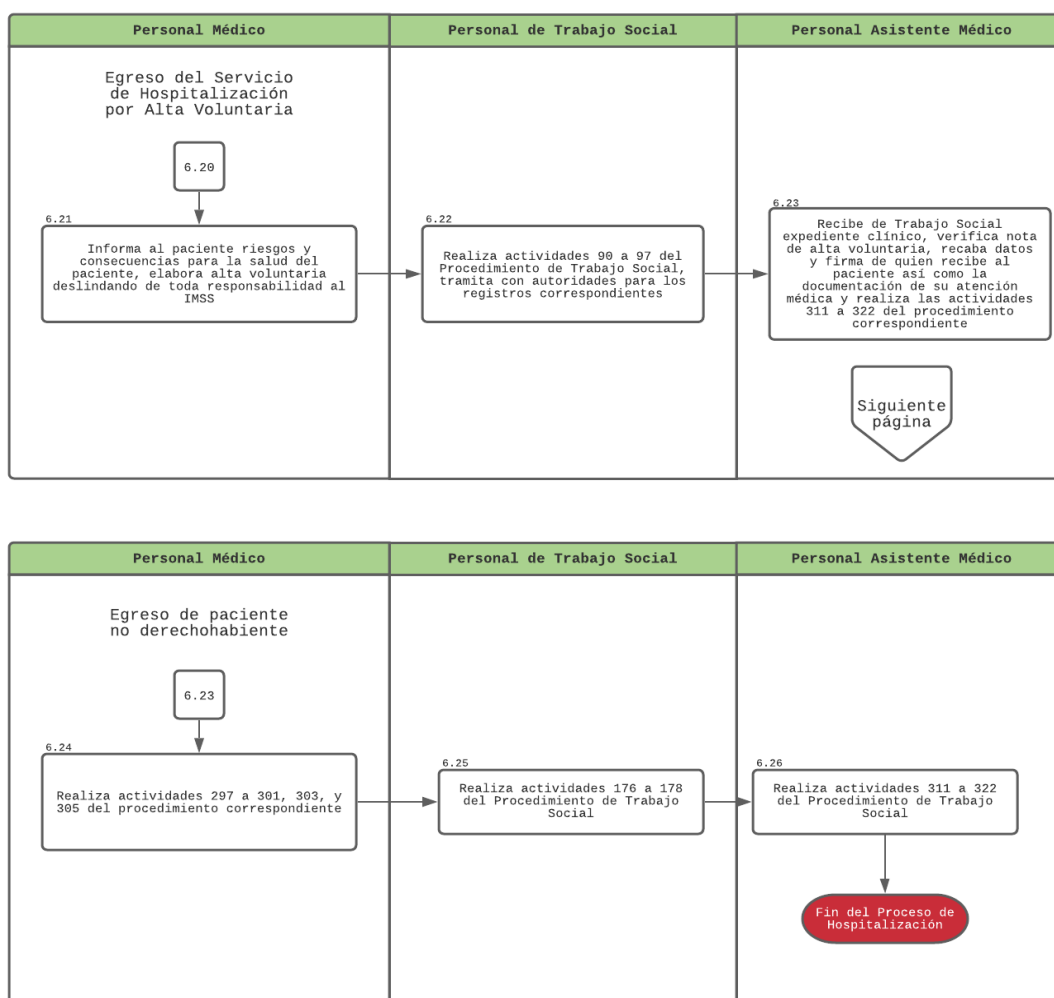
Esquema AV.7 Flujoograma del Proceso 7. de Hospitalización



Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



Esquema AV.7 Flujograma del Proceso 7. de Hospitalización



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.8 Proceso de Calidad y Seguridad

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan o documentos, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)

INICIO DEL PROCESO

CALIDAD Y SEGURIDAD

Etap 1. Gestión de Recursos para reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS). Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:

Procedimiento base o documento	Actividades
Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019-2024, numeral 6.3 Gestión de Recursos.	página 13

Dirección de la Unidad Médica de Alta Especialidad, la Dirección de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel, Dirección Administrativa en coordinación con la Dirección o Jefatura de Departamento de Enfermería	Plantilla de personal	1.1. Gestionar los recursos humanos capacitados para realizar la vigilancia epidemiológica de las IAAS.	Médico y enfermera capacitados en IAAS	Internos: CODECIN, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)
Jefatura de Abastecimiento y Equipamiento de la Unidad Médica de Alta Especialidad y de las Delegaciones, Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación Auxiliar operativa Administrativa.	Listado de insumos para higiene de manos, productos de limpieza (desinfectantes) y Equipo de Protección Personal	1.2. Elaborar y validar el programa de abasto de insumos para la reducción de las IAAS.	Programa de abasto para la reducción de las IAAS de acuerdo a recomendaciones del CODECIN	Internos: CODECIN, Coordinación de Control de Abasto y Dirección Administrativa
Dirección de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Dirección de la	Inventario de equipo médico y Programa de mantenimien-	1.3. Asegurar que se realice un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: CODECIN y Dirección

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel, Subdirección Administrativa en coordinación con la Jefatura de Conservación y Servicios Generales, Dirección o Jefatura de Departamento de Enfermería	to preventivo y correctivo de los equipos médicos			Administrativa
Etap 2. Integración y operación del Comité para la Detección y Control de las IAAS (CODECIN) e Integración del Subcomité de control de uso de antimicrobianos / implementación de acciones. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base			Actividades	
1. Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019-2024, numeral 5. Estrategias principales del Programa 6.1 Identificación de Riesgos de PCI			Página 9 y 11	
2. Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019, numeral 3. Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales.			Página 14	
Coordinación de vigilancia epidemiológica y Coordinaciones de Atención Integral en Segundo Nivel, de Unidades Médicas de Alta Especialidad	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	2.1. Coordinar la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS, su Prevención y Control.	Registros de factores de riesgo e infecciones en la plataforma en línea Indicadores	Internos: Coordinación de vigilancia epidemiológica y Coordinaciones de Atención Integral en Segundo Nivel, de Unidades Médicas de Alta Especialidad y unidades médicas.
Coordinación de vigilancia epidemiológica y Coordinaciones de Atención Integral en Segundo Nivel y	Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención	2.2. Proceso operativo de vigilancia de las IAAS	Informe de IAAS que se emite al CODECIN	Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
de Unidades Médicas de Alta Especialidad	y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019			Ambulatoria y de Alta Especialidad
Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas	Programa anual de actividades de los riesgos identificados y priorizados de los procesos críticos para las IAAS	2.3. Validar la operación, funcionalidad y cumplimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS, su prevención y control.	Informe de resultados al CODECIN	Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad
Jefatura de la División de Calidad de las Unidades Médicas de Alta Especialidad	Plataforma en línea de Higiene de Manos (http://11.33.41.38:90/higiene_manos/).	2.4. Coordinar el Programa Institucional de Higiene de las Manos.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad
Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad y en la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel a través de la División de Promoción de la Salud, Dirección de Enfermería o la Jefatura de Departamento de Enfermería	Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Modelo de Gestión de Riesgos de Infecciones Asociadas a la Atención de IAAS	2.5. Participar en la aplicación del MGRIAAS en los procesos críticos para prevenir, reducir y controlar las IAAS.	Análisis de causas, matriz de riesgos y plan de acción seguimiento CODECIN	Internos: Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad
Personal de Enfermería e Inhaloterapia en unidades hospitalarias que cuenten con este recurso	Paquete de Acciones para: a) Prevención de Infección de Vías Urinarias Asociadas al	2.6. Aplicar las acciones seguras para prevenir riesgos con la finalidad de disminuir las IAAS en pacientes.	Reporte de evaluaciones de apego e impacto e informes de resultados para el CODECIN	Internos: Pacientes con catéter venoso central y/o ventilación mecánica, catéter

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	uso de Catéter Urinario b) Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, c) Infección de Sitio Quirúrgico d) mantenimiento del Catéter Venoso Central			urinario post-quirúrgicos
Jefatura de Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y de Alta Especialidad,	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	2.7. Ejecutar los procesos de prevención, seguridad e higiene en el trabajo en las unidades médicas a fin de reducir las infecciones adquiridas en el hospital.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: Personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad
Jefatura de Departamento Clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, las Jefaturas de Servicios Médicos y Quirúrgicos en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, personal médico	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	2.8. Participar en el diseño de acciones para la prevención y control de las IAAS.	Paquete de Acciones para: a) Prevención de Infección de Vías Urinarias Asociadas al uso de Catéter Urinario b) Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, c) Infección de Sitio Quirúrgico d) Mantenimiento del Catéter Venoso Central	Personal de Enfermería e Inhaloterapia en unidades hospitalarias que cuenten con este recurso
Jefatura de Departamento u Oficina de Nutrición y Dietética	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	2.9. Elaborar y vigilar el cumplimiento del Manejo adecuado de Alimentos, Sucedáneos de Leche Materna y Dietas Enterales".	Informe de resultados al CODECIN	Internos: Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Subcomité de Antimicrobianos Jefatura de Departamento o Servicio de Laboratorio y el personal del Laboratorio de Microbiología	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	2.10. Establecer coordinación con el personal que realiza la vigilancia epidemiológica de IAAS para el uso racional de antimicrobianos.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: Personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria y de Alta Especialidad.
Etapas 3. Detección, investigación, registro y notificación de IAAS. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base (o documento)			Actividades	
1. Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019, numeral 3. Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales numeral 17. Sistema de información de vigilancia epidemiológica			Página 60	
2. Manual Metodológico de Indicadores Médico 2018			Página 165	
Jefatura de la División de Epidemiología Hospitalaria en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, la Subdirección Médica y la o el Médico No Familiar Epidemiólogo de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y la Dirección o Coordinación Clínica de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	Plataforma en línea de infecciones nosocomiales (http://172.22.23.5.16/inoso/acceso) de los pacientes con identificación de riesgos para IAAS y casos de IAAS sospechosos y confirmados. Manual Metodológico de Indicadores Médico vigente	3.1. Organizar la búsqueda activa de pacientes con riesgo de IAAS con catéter venoso central y/o ventilación mecánica, catéter urinario o post-quirúrgicos en las unidades médicas de segundo nivel, de atención ambulatoria y de alta especialidad.	Registro de la plataforma en línea de IAAS, así como los indicadores transversales que se generan en la vigilancia activa que se informan a las autoridades, al CODECIN y a la normativa., Como complemento, el sistema VENCER II Tablero de control de Indicadores de proceso y de resultado	Internos: CODECIN Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)
Coordinación de Investigación en Salud	Plataforma en línea de infecciones	3.2. Promover que el personal de salud elabore protocolos de investigación en salud	Protocolos de Investigación epidemiológica	Internos: CODECIN y División de

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
	nosocomiales (http://172.22.23.5.16/inoso/acceso) de los pacientes con identificación de riesgos para IAAS y casos de IAAS sospechosos y confirmados	relacionados con las IAAS y resistencia antimicrobiana.	operativa y propuestas de mejora para diseño de estrategias orientadas en la reducción de IAAS	Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles				
Etapas 4. Supervisión y Evaluación. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019, numeral 3. Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales numeral 17. Sistema de información de vigilancia epidemiológica</td><td>Página 60</td></tr></table>			Procedimiento base	Actividades	Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019, numeral 3. Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales numeral 17. Sistema de información de vigilancia epidemiológica	Página 60		
Procedimiento base	Actividades							
Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019, numeral 3. Funcionamiento del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales numeral 17. Sistema de información de vigilancia epidemiológica	Página 60							
Coordinación de Políticas en Salud a través de la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud	Modelo de Gestión de Riesgos de IAAS	4.1. Realizar visitas de supervisión y seguimiento.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: CODECIN Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)				
Coordinación de Gestión Médica de las Delegaciones	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	4.2. Supervisar y evaluar el funcionamiento del CODECIN.	Informe de funcionalidad de CODECIN	Interno: CODECIN Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)				
Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria	Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente	4.3. Vigilar que los anteproyectos de infraestructura cumplan los criterios técnicos de operación para la prevención, control y disminución del riesgo de IAAS.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: CODECIN Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)				

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Jefatura de Conservación de la Unidad o Jefatura de Departamento de Conservación y Servicios Generales de las Delegaciones	Bitácora de limpieza y desinfección, agua segura, manejo de ropa hospitalaria y manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, desinfección de los ductos de aire	4.4. Supervisar y verificar que los servicios cumplan con el proceso critico de: a) Uso de antisépticos, desinfección y esterilización de dispositivos médicos, materiales y equipos de reúso, b) de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias y áreas de transporte.	Informe de resultados al CODECIN	Internos: CODECIN Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)

Etapa 5. Capacitación y/o asesoría. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:

Procedimiento base	Actividades
Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud vigente, numeral 6.4. Capacitación	Página 14

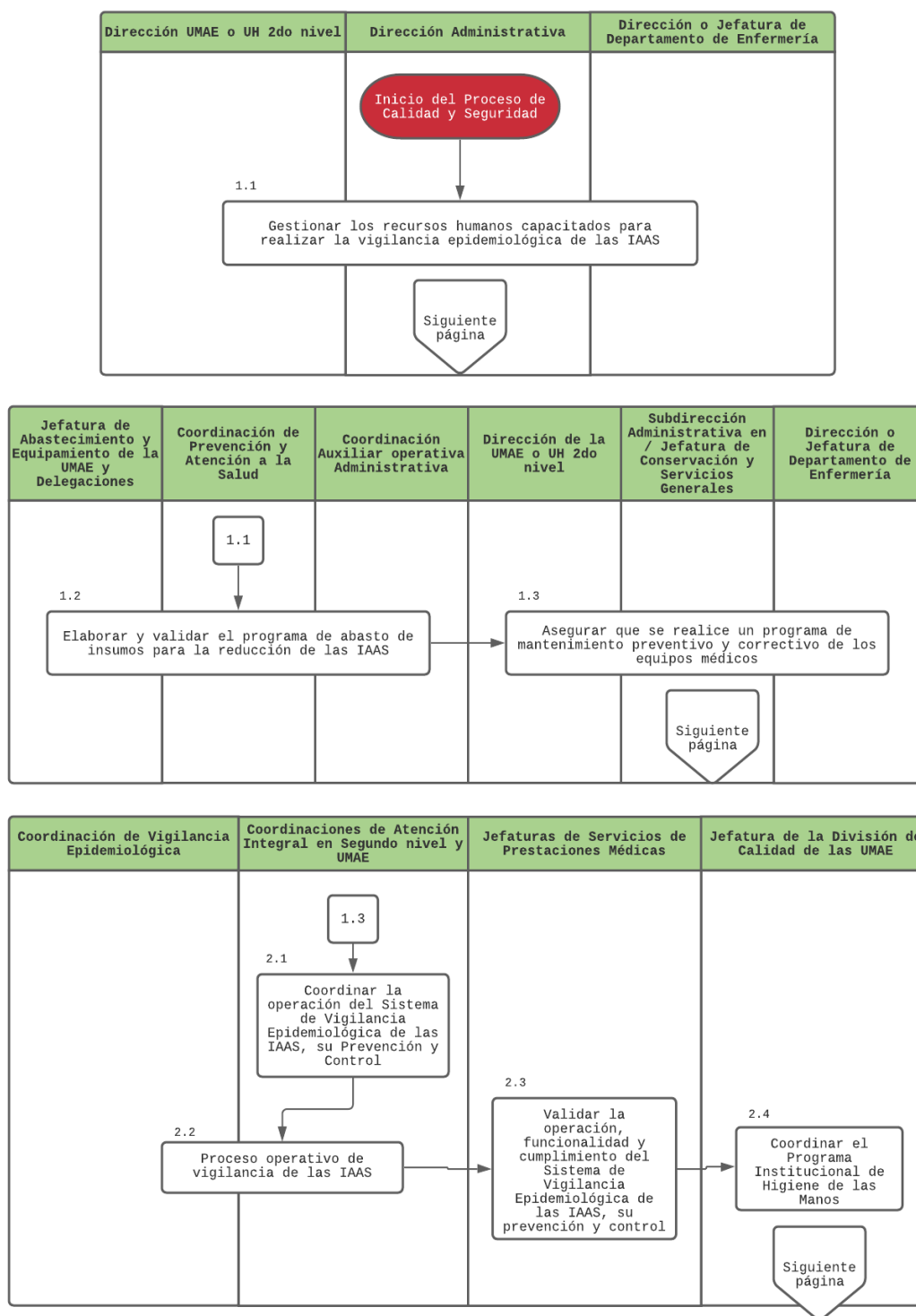
Coordinación de Políticas de Salud a través de la División de Programas de Enfermería.	Modelo de Gestión de Riesgos de IAAS	5.1. Realizar visitas de asesoría del MGRIAAS.	Reportes	Interno: Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel, de Atención Ambulatoria o de Alta Especialidad
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional de las Delegaciones Coordinación de Educación en Salud	Programa estructurado de capacitación en IAAS que incluya vigilancia epidemiológica procedimientos invasivos, manejo y uso de antibióticos e higiene de manos	5.2. Coordinar y realizar la capacitación de los recursos humanos del área de la salud.	Personal capacitado	Internos: Coordinación Clínica de Educación e Investigación Médica y Jefe de Recursos Humano de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel

Tabla AV.8. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

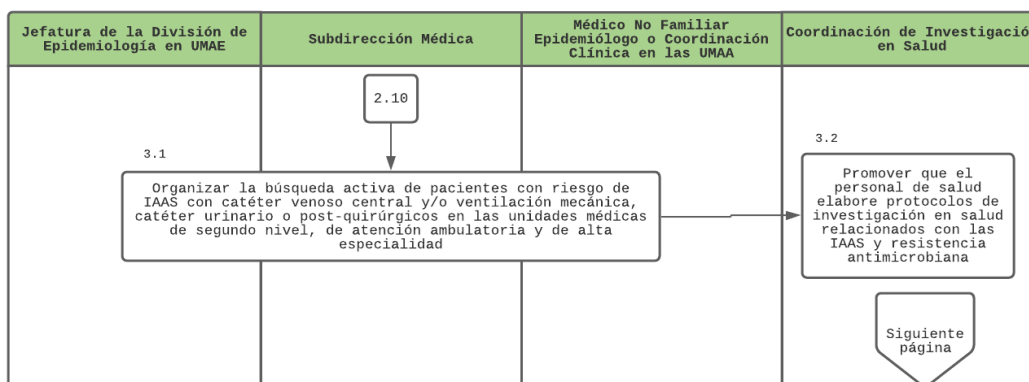
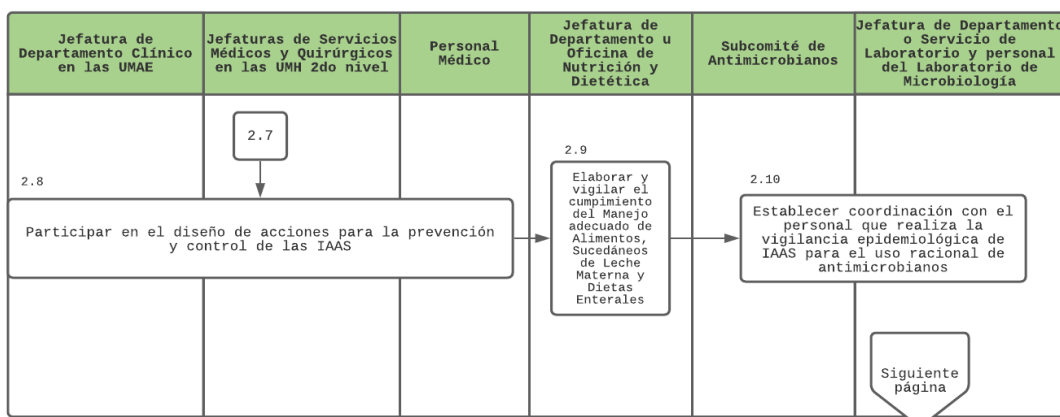
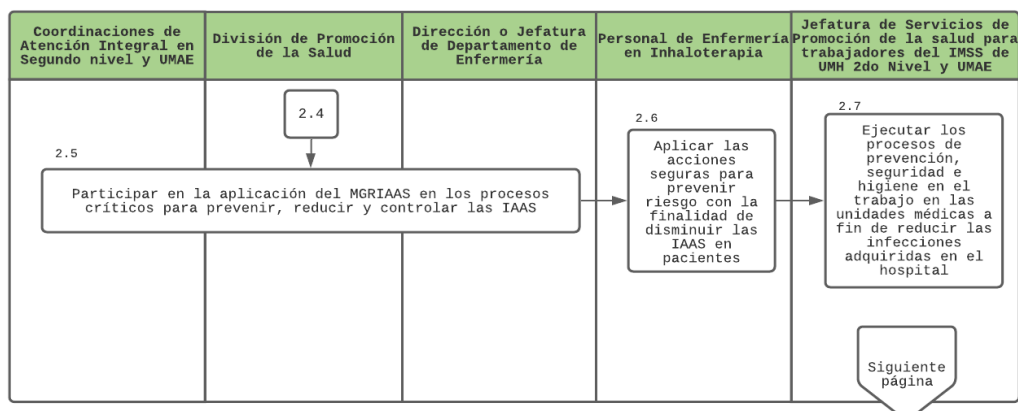
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal de Trabajo Social, personal de Enfermería y la o el Médico responsable de la o el paciente	Programa Institucional PCI 2019-2024	5.3. Proporcionar información con base en las recomendaciones de CODECIN FIN DEL PROCESO CALIDAD Y SEGURIDAD	Información de las medidas básicas de prevención y control de IAAS	Internos: Paciente Externos: Familiares y visitantes

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa institucional relacionada con la prevención y control de infecciones asociadas a la atención a la salud en unidades de segundo y tercer niveles de atención (IMSS-PCI, 2019) (IMSS-DPM/MMIM, 2018) (IMSS-GTOVEPCIAAS, 2019) (IMSS-NAASS, 2017).

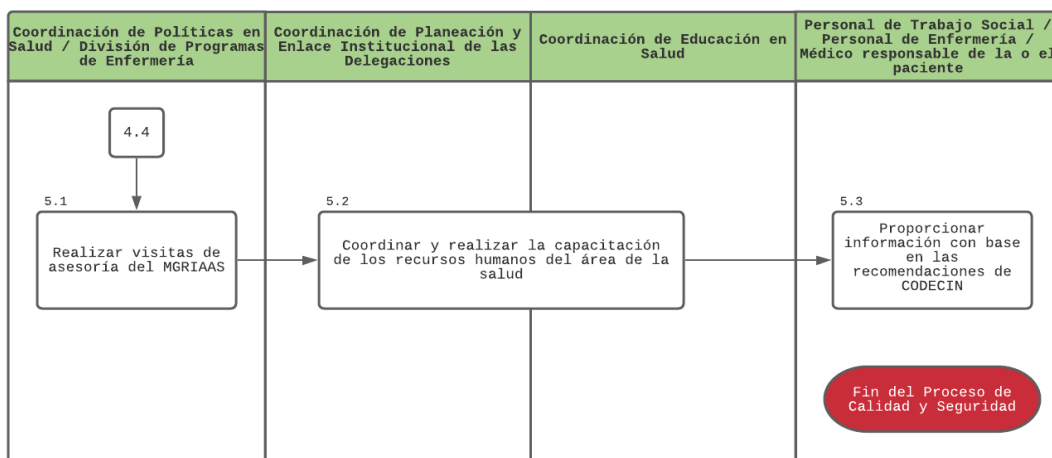
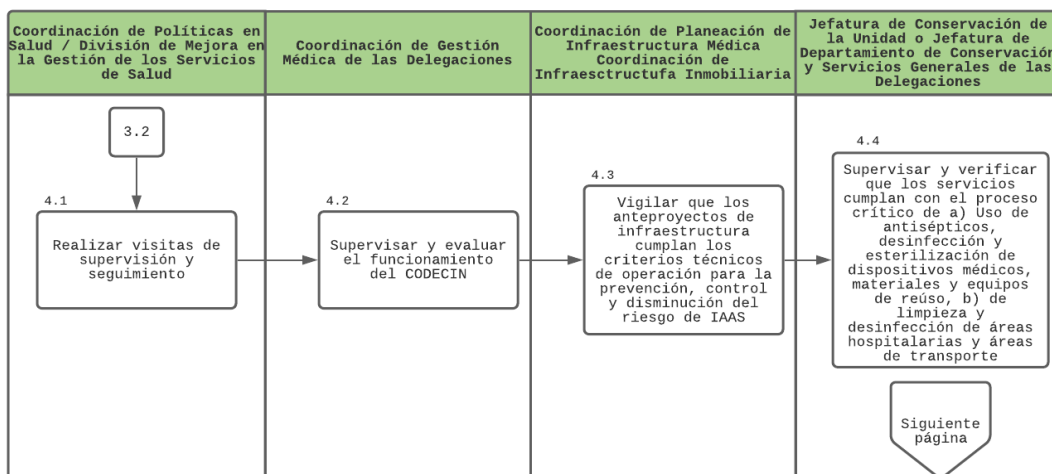
Esquema AV.8 Flujograma del Proceso 8. de Calidad y Seguridad



Esquema AV.8 Flujoograma del Proceso 8. de Calidad y Seguridad



Esquema AV.8 Flujograma del Proceso 8. de Calidad y Seguridad



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo V.9. Proceso de Quejas y Satisfacción

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa institucional; en los casos que corresponden se especificaron *las actividades específicas referidas*, dentro de cada evidencia.

1. Instructivo para el trámite y resolución de las Quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social: *todos los numerales*.
2. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las Quejas administrativas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, clave 4C20-003-001 (Procedimiento CONAMED): *todas las actividades*.
3. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las Quejas administrativas, clave 4C20-003-002 (Procedimiento IMSS): *todas las actividades*.
4. Procedimiento para la atención de Quejas, propuesta de conciliación y recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, clave 4C20-003-003 (Procedimiento CNDH): *todas las actividades*.

Vía de entrada directa al IMSS

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios				
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)				
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)				
INICIO DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DIRECTA DE LA QUEJA AL IMSS Etap 1. Recepción de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional: <table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>7. Procedimiento IMSS</td><td>1-3</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	7. Procedimiento IMSS	1-3
Procedimiento base	Actividades							
7. Procedimiento IMSS	1-3							
Promovente	Queja. Documentos complementarios.	1.1 Entrega Queja y documentos complementarios.	Queja y documentos complementarios entregados.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD				
Personal Consultor de Orientación	Queja. Documentos complementarios.	1.2 Recibe Queja y documentos complementarios y verifica que contenga los datos señalados en el numeral 18 del Instructivo y envía a Titular de la Coordinación Técnica/Jefatura de Departamento.	Queja y documentos complementarios revisados.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD Externos Promovente				

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios				
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)				
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Queja. Documentos complementarios. Sistema Institucional de Quejas Médicas (SIQUEM).	1.3 Recibe Queja y documentos complementarios y la registra en el SIQUEM y obtiene número de folio respectivo.	Queja registrada en el SIQUEM, con número de folio asignado.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD				
Etapas 2. Integración del expediente. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento IMSS</td><td>4-15</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento IMSS	4-15
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento IMSS	4-15							
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Queja. Documentos complementarios. Expediente.	2.1 Apertura el expediente con la Queja y los documentos complementarios recibidos.	Expediente físico de la Queja abierto.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD				
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Instructivo. Queja. Documentos complementarios.	2.2 Verifica que el expediente de la Queja cuente con todos los elementos que permitan su adecuada investigación de acuerdo con lo establecido en el Instructivo. ¿Cuenta con todos los elementos? Sí: Pasa a la actividad 2.6.	Expediente físico de la Queja revisado.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD				

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		No: Pasa a la actividad 2.3.		
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Oficio de notificación.	2.3 Elabora y envía oficio de notificación a Promovente para corrección y/o complementación de la información en un plazo no mayor de 5 días hábiles.	Oficio de notificación enviado.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD Externos Promovente
Promovente	Oficio de notificación. Queja y/o documentos complementarios.	2.4 Recibe oficio de notificación, corrige y/o complementa la información y la entrega en el AAOD respectiva.	Información corregida y/o complementada.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja. Información corregida y/o complementada.	2.5 Recibe información complementaria y la integra al expediente de la Queja.	Expediente físico de la Queja completo.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD)
Titular de la Coordinación	Oficio petitorio.	2.6 Elabora y envía oficio petitorio del	Oficio petitorio entregado.	Internos

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD		expediente clínico e informes médicos (Documentación médica institucional) a la unidad médica y/o administrativa involucradas.		Unidad médica y/o administrativa involucradas
Unidad médica y/o administrativa involucradas	Oficio petitorio. Documentación médica institucional.	2.7 Integra y envía a Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE la documentación médica institucional a la AAOD correspondiente.	Documentación médica institucional entregada.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD)
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD)	Expediente físico de la Queja. Documentación médica institucional.	2.8 Recibe Documentación médica institucional y la integra al expediente físico de la Queja.	Expediente físico de la Queja integrado.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD))
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD)	Expediente físico de la Queja integrado. SIQUIEM	2.9 Asigna a través del SIQUEM al personal médico investigador que será responsable y entrega el expediente físico de la Queja.	Médico investigador asignado.	Internos Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)
Etap 3. Investigación de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
		Procedimiento base	Actividades	
		1. Procedimiento IMSS	16-19	
Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja integrado.	3.1 Recibe expediente físico de la Queja y analiza la información, valora la documentación médica institucional y la entregada por la persona promovente.	Información analizada y valorada.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja integrado.	3.2 Determina si la Queja es procedente.	Queja procedente o no.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Etap 4. Elaboración del dictamen. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
		Procedimiento base	Actividades	
		1. Procedimiento IMSS	20-26	
Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja integrado.	4.1 Elabora el proyecto de dictamen de la investigación realizada y lo envía junto con el expediente de la Queja para revisión y rúbrica.	Proyecto de Dictamen	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional / Jefatura de Departamento en UMAE de la

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja. Proyecto de dictamen.	4.2 Recibe y revisa expediente físico de la Queja y proyecto de dictamen y analiza si solicita indemnización. ¿Requiere indemnización? Sí: Pasa a la actividad 4.3. No: Pasa a la actividad 5.1.	Expediente físico de la Queja. Dictamen	Internos Área Jurídica de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente de la Queja. Proyecto de dictamen.	4.3 Envía vía oficio el expediente de la Queja y el proyecto de dictamen al área jurídica correspondiente y solicita su opinión.	Oficio de solicitud de opinión jurídica.	Internos Área Jurídica de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Área Jurídica de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Oficio de solicitud de opinión jurídica. Expediente de la Queja. Proyecto de dictamen.	4.4 Recibe oficio de solicitud, revisa expediente de la Queja y proyecto de dictamen y envía "Oficio de opinión jurídica" a titular de la AADO solicitante.	Opinión jurídica Dictamen	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Etapas 5. Proyecto de acuerdo. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base			Actividades	
1. Procedimiento IMSS			27-30	

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja integrado. Proyecto de Dictamen. Opinión jurídica.	5.1 Recibe el expediente físico de la Queja y "Oficio de opinión jurídica" (expediente integrado), rubrica "Dictamen" y lo envía a Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada en UMAE.	Expediente físico de la Queja integrado. Dictamen rubricado. Opinión jurídica.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja integrado. Dictamen rubricado. Opinión jurídica.	5.2 Recibe expediente integrado, elabora y/o corrige proyecto de acuerdo y lo envía junto con el expediente integrado al Órgano Colegiado (OC) competente para su autorización.	Proyecto de acuerdo.	Internos Órgano Colegiado: Consejo Consultivo Regional/ Delegacional Comisión de la Junta de Gobierno de las UMAE
Órgano Colegiado: Consejo Consultivo Regional / Delegacional Comisión de la Junta de Gobierno de las UMAE	Expediente físico de la Queja. Dictamen rubricado. Opinión jurídica. Proyecto de acuerdo.	5.3 Recibe y revisa expediente integrado y proyecto de acuerdo para su autorización. ¿Se autoriza? Sí: Pasa a la actividad 5.4. No: Regresa a la actividad 5.2.	Proyecto de acuerdo autorizado.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja. Proyecto de acuerdo autorizado.	5.4 Recibe expediente integrado y proyecto de acuerdo autorizado por el OC competente y lo turna al personal médico investigador para la notificación a promovente.	Proyecto de acuerdo autorizado.	Internos Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

Proveedor	Entradas del proceso	Principales etapas y actividades globales	Salidas del Proceso	Usuarios				
¿Quién lo hace? (1)	¿Con qué lo hace? (2)	¿Qué es lo que se hace? (3)	¿Qué se obtiene? (4)	¿Para quién lo hace? (5)				
Etapas 6. Notificación de la resolución. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
		<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento IMSS</td><td>31-38</td></tr></table>			Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento IMSS	31-38
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento IMSS	31-38							
Personal médico investigador del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja. Proyecto de acuerdo autorizado.	6.1 Elabora y envía oficio de notificación de pago o resolución para promovente, recaba copia del oficio, la archiva en expediente de la Queja y verifica resolución de la Queja. ¿La Queja es procedente y hay pago de compensación económica? Sí: Pasa a actividad 6.2. No: Pasa a la actividad 6.8.	Oficio de notificación de pago o resolución para promovente.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional / Titular de la UMAE / Titular de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública Externos Promovente				
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Expediente físico de la Queja. Proyecto de acuerdo autorizado.	6.2 Elabora proyecto de convenio y recibo de finiquito y los envía vía oficio o memorándum al área jurídica correspondiente para su revisión y validación.	Oficio/Memorándum de solicitud de validación. Proyecto de Convenio. Recibo de finiquito.	Internos Área jurídica del AAOD involucrada: CDAOD DAOD				
Área jurídica del AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Oficio / Memorándum de solicitud de validación. Proyecto de convenio y recibo de finiquito.	6.3 Recibe y valida proyecto de convenio y recibo de finiquito.	Proyecto de convenio. Recibo de finiquito.	Internos Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD				

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

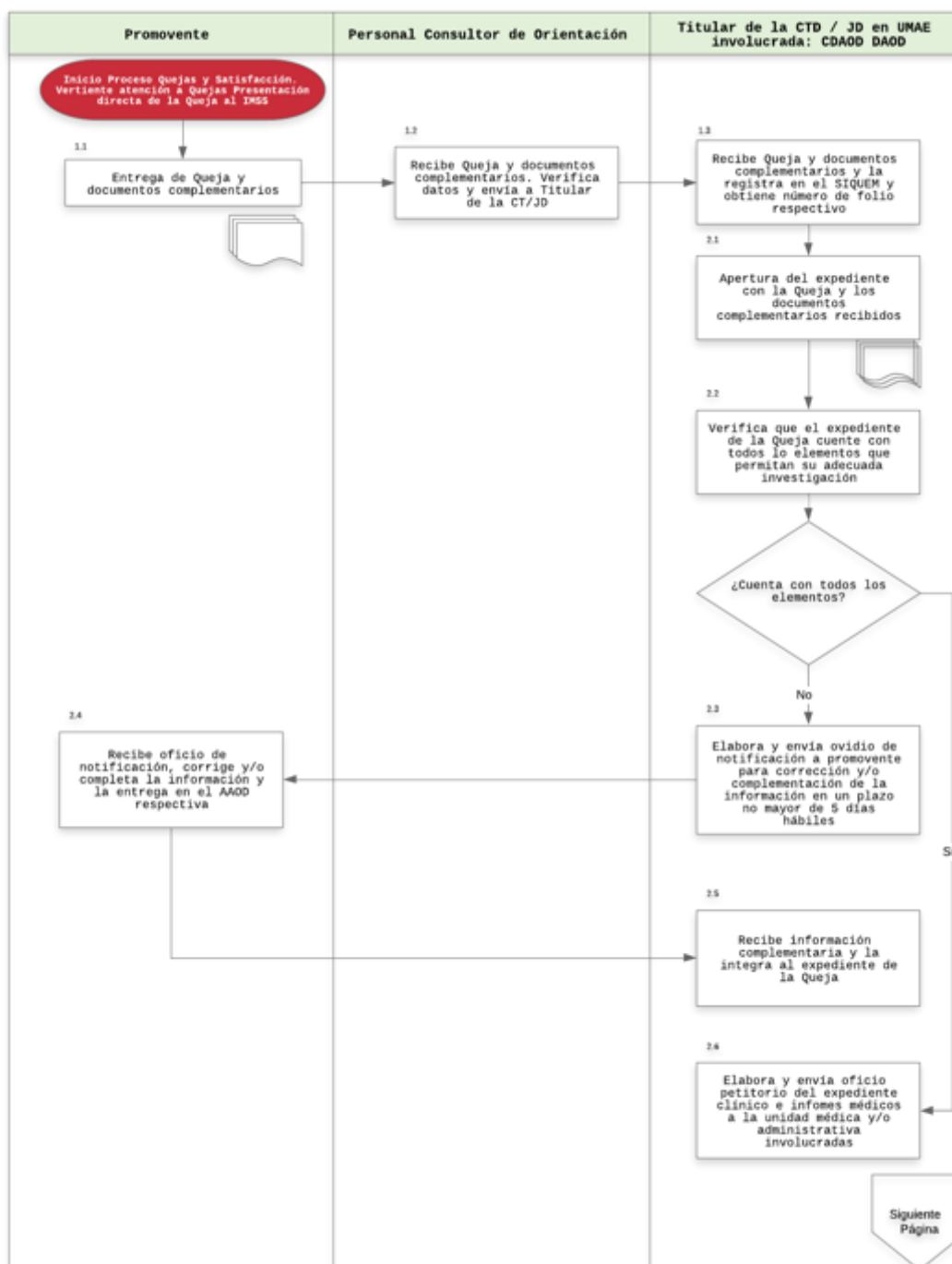
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				DAOD
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Proyecto de convenio y recibo de finiquito validados.	6.4 Recibe proyecto de convenio y recibo de finiquito validados y los envía a titular del AAOD involucrada para su firma.	Proyecto de convenio y recibo de finiquito firmados.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional / Titular de la UMAE / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD DAOD	Acuerdo autorizado por el OC. Originales de las Facturas. Comprobantes de gastos. Determinación del monto.	6.5 Elabora y envía oficio de solicitud para expedición de cheque al área de finanzas correspondiente.	Oficio de solicitud para expedición de cheque.	Internos Área de Finanzas correspondiente
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD	Oficio de envío Convenio y recibo de finiquito.	6.6 Recibe oficio con el que se remiten convenio firmado (representante legal del Instituto y Promovente), así como el recibo de finiquito del área de finanzas para la entrega del cheque.	Oficio con convenio y recibo de finiquito firmados. Cheque.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional / Titular de la UMAE / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD	Expediente físico de la Queja. Convenio y recibo de finiquito firmados.	6.7 Anexa convenio firmado al expediente de la Queja.	Expediente físico de la Queja integrado.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional / Titular de la UMAE / Jefatura de Departamento en UMAE de la

Tabla AV.9.1 Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación directa de la Queja al IMSS

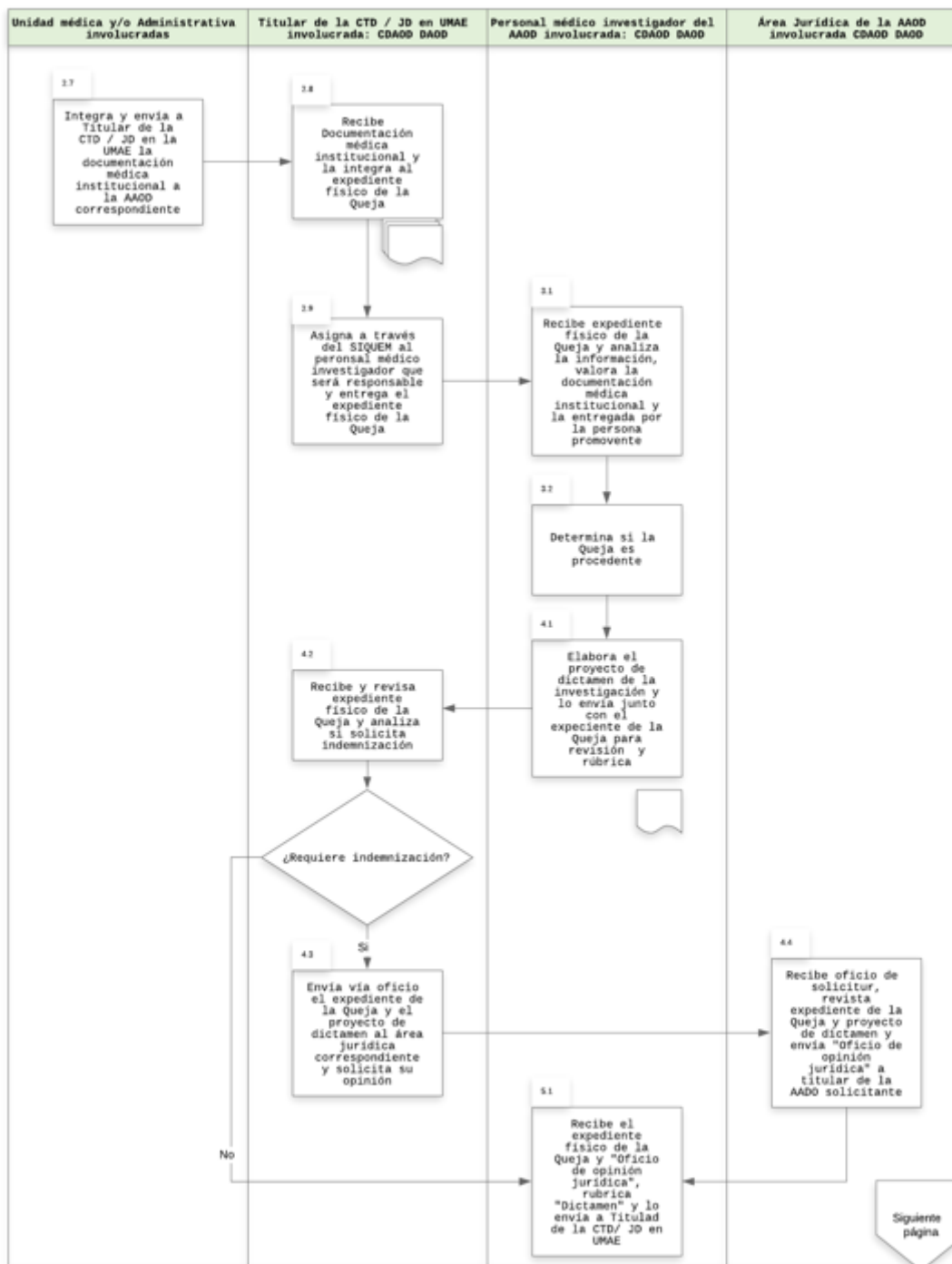
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				AAOD involucrada
Titular de la Coordinación Técnica Delegacional/ Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada: CDAOD	Expediente físico de la Queja integrado.	6.8 Registra en el SIQUEM el expediente de la Queja como asunto concluido y archiva expediente físico. FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DIRECTA DE LA QUEJA AL IMSS	Queja concluida. Expediente archivado. SIQUEM actualizado.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional / Titular de la UMAE / Jefatura de Departamento en UMAE de la AAOD involucrada

Fuente: Elaboración propia con base en el Instructivo y el Procedimiento IMSS (IMSS/ITRQA, 2004) (IMSS-DJ/PRTRQA IMSS, 2018).

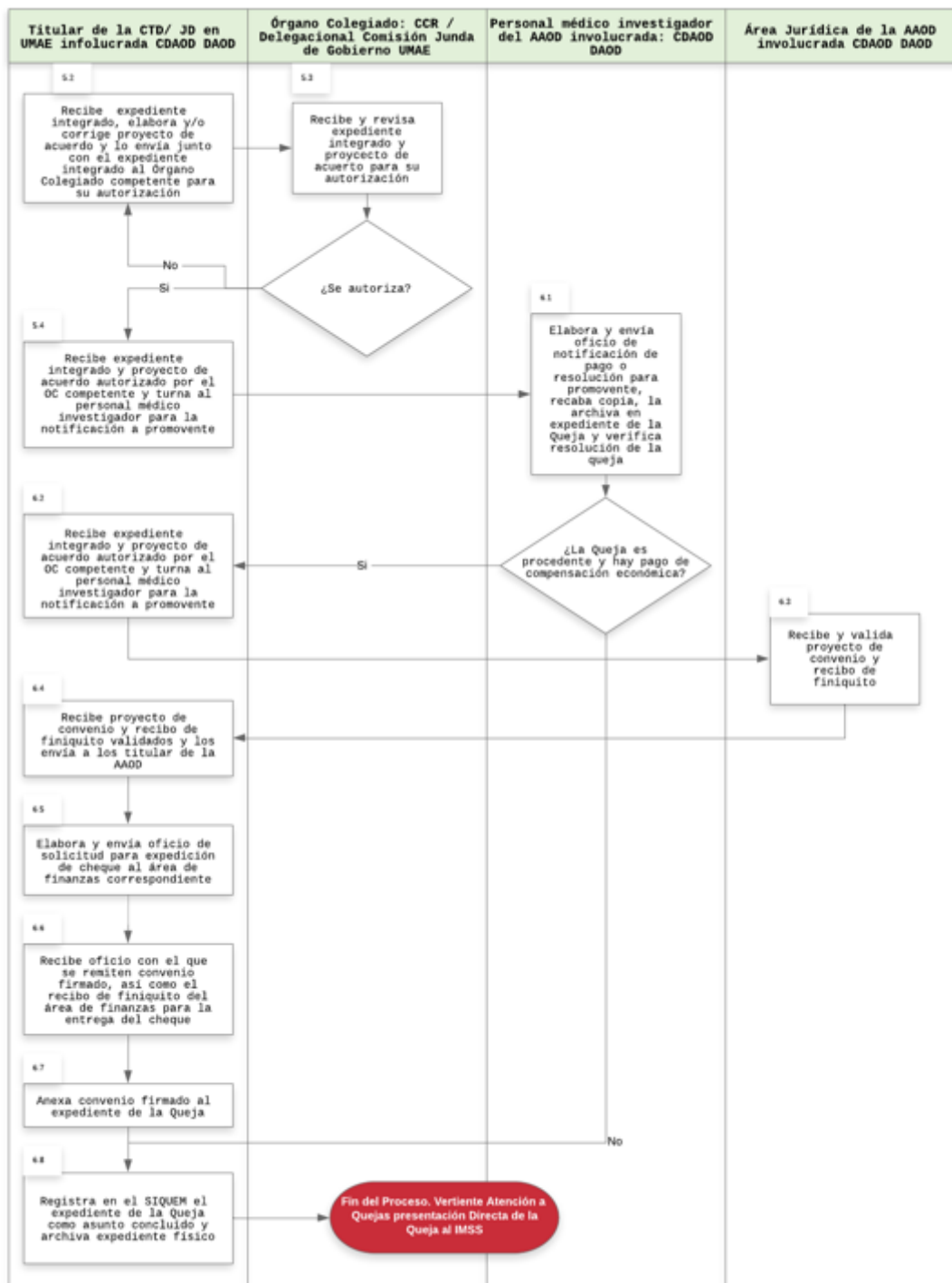
Esquema AV.9.1 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja directa ante el IMSS



Esquema AV.9.1 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja directa ante el IMSS



Esquema AV.9.1 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja directa ante el IMSS



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Vía de entrada a la CONAMED

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)				
INICIO DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DE LA QUEJA VÍA LA CONAMED Etap 1. Recepción de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional: <table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento CONAMED</td><td>1-4</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CONAMED	1-4
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CONAMED	1-4							
Personal médico representante de la DAQM CONAMED	Notificación de la CONAMED	1.1 Recibe “Notificación de la CONAMED” y acude a recoger “Oficio de remisión de Queja” y copia simple de “Queja con anexos”.	Oficio de remisión de Queja. Queja con anexos.	Internos Personal médico representante de la DAQM Externos CONAMED				
Personal médico representante de la DAQM	Instructivo. Queja con anexos.	1.2 Revisa que la Queja contenga toda la información necesaria, de acuerdo con el artículo 18 del Instructivo. ¿La información está completa? Sí: Pasa a la actividad 1.4. No: Pasa a la actividad 1.3.	Queja con anexos revisada.	Internos Personal médico representante de la DAQM				
Analista de control de la DAQM	Queja con anexos.	1.3 Elabora y envía a la CONAMED “Oficio de devolución” junto con “Queja con anexos”, solicitando la información faltante y resguarda información esperando respuesta de la CONAMED. Regresa a la actividad 1.1.	Oficio de devolución.	Externos CONAMED				

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
Personal médico representante de la DAQM	Queja con anexos.	1.4 Clasifica la Queja para determinar el nivel de competencia y la envía junto con los anexos al analista de control para su procesamiento.	Queja clasificada.	Internos Personal médico representante de la DAQM				
Etapas 2. Integración del expediente. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades de siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento CONAMED</td><td>5-21</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CONAMED	5-21
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CONAMED	5-21							
Analista de control de la DAQM	Queja con anexos. Sistema Institucional de Quejas Médicas (SIQUEM)	2.1 Registra la “Queja con anexos” en el SIQUEM, captura la información de la documentación anexa y turna a analista de seguimiento “Notificación de la CONAMED”, “Oficio de remisión de la Queja y copia simple de “Queja con Anexo”.	Notificación de la CONAMED. Oficio de remisión de la Queja. Copia simple de Queja con Anexo.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM				
Analista de seguimiento de la DAQM	Notificación de la CONAMED. Oficio de remisión de la Queja. Copia simple de Queja con Anexo.	2.2 Elabora expediente físico y digitalizado con la “Notificación de la CONAMED”, el “Oficio de remisión”, y la copia simple de la “Queja y anexos”.	Expediente físico de la Queja elaborado y digitalizado.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM				
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente físico de la Queja.	2.3 Analiza la competencia para la atención de la Queja. 2.3.1 Le compete al área de investigación, pasa a la actividad 2.4. 2.3.2 Le compete a otra área, pasa a la actividad 2.7.	Queja asignada al área respectiva.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM.				
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente físico de la Queja.	2.4 Elabora y entrega “Memorándum” para Titular del Área de Investigación con el que envía copia “Expediente de Queja físico” e indica que al término de la	Memorándum.	Internos Titular del Área de Investigación de la DAQM				

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		investigación se remita copia del acuerdo y notificación al término de la investigación, para su atención.		
Titular del Área de Investigación de la DAQM	Expediente físico de la Queja.	2.5 Recibe "Memorándum" junto con la copia del "Expediente de Queja físico", firma de recibido en copia y solicita su registro en el SIQUEM.	Solicitud de registro.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Memorándum. Expediente físico de la Queja. SIQUEM.	2.6 Captura copia digital del "Memorándum" en el SEQUIEM e incorpora el original al "Expediente de la Queja físico".	Memorándum registrado el SIQUEM y archivado en el expediente físico de la Queja.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente digital de la Queja.	2.7 Elabora y envía vía electrónica y por valija institucional "Oficio petitorio de expediente clínico, informe médico y/o acuerdo y notificación" junto con el "Expediente de Queja digital" a titular del AAOD de la delegación o de la UMAE involucrada y queda a la espera del envío de la información al analista de control.	Oficio petitorio de expediente clínico, informe médico y/o acuerdo y notificación.	Internos Titular del AAOD de la delegación o de la UMAE involucrada
Analista de control de la DAQM	Oficio de respuesta con expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación. SIQUEM.	2.8 Recibe por valija institucional o vía electrónica "Oficio de respuesta con expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación", lo captura en el SIQUEM y lo turna al analista de seguimiento para su análisis.	Expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación, registrado en SIQUEM.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Oficio de respuesta con expediente clínico, informe médico	2.9 Recibe y analiza "Oficio de respuesta con expediente clínico, informe médico y/o acuerdo y notificación".	Expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación analizados.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
	y/o acuerdo y notificación.							
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico. Oficio de respuesta con Expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación.	2.10 Digitaliza el "Expediente clínico, informa médico y/o acuerdo y notificación" y archiva junto con el "Oficio de respuesta", en el "Expediente de Queja físico".	Expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación digitalizado. Expediente de Queja físico integrado.	Internos Titular de la DAQM Titular del Área de Atención a Quejas CONAMED Analista de seguimiento de la DAQM				
Titular de la DAQM Titular del Área de Atención a Quejas CONAMED Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico. Oficio de respuesta con Expediente clínico, informe médico, acuerdo y notificación.	2.11 Elabora y firma oficio para CONAMED y lo turna a la CAQIP para su envío.	Oficio para CONAMED firmado.	Internos CAQIP				
Etapas 3. Envío del expediente a la CONAMED. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
		<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento CONAMED</td><td>23-36</td></tr></table>			Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CONAMED	23-36
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CONAMED	23-36							
CAQIP	Oficio para CONAMED firmado. Copia del Expediente clínico, informe médico y/ acuerdo y notificación.	3.1 Entrega en las instalaciones de la CONAMED en original y copia "Oficio para la CONAMED" y copia del "Expediente clínico, informe médico y/o acuerdo de notificación", solicita acuse de recibo en copia del oficio.	Oficio para CONAMED entregado. Acuse de recibo.	Internos Analista de control de la DAQM Externo CONAMED				
CAQIP	Acuse de recibo del Oficio para CONAMED.	3.2 Entrega a analista de control copia del "Oficio para CONAMED" con el acuse de recibo, para su inclusión en el SIQUEM.	Acuse de recibo del Oficio para CONAMED recibido.	Internos Analista de control de la DAQM.				
Analista de control de la DAQM	Copia del Acuse del Oficio para CONAMED.	3.3 Recibe y digitaliza copia con el acuse de recibo del "Oficio para	Acuse del oficio de envío a CONAMED	Internos				

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	SIQUEM.	CONAMED" y lo captura en el SIQUEM, envía copia con acuse de recibido original para su incorporación al expediente.	registrado en el SIQUEM.	Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico. Copia del Acuse del recibo del Oficio para CONAMED.	3.4 Recibe copia del "Oficio para CONAMED" con acuse de recibido original y lo integra al "Expediente de Queja físico", lo resguarda temporalmente en espera de la notificación de la CONAMED. 3.4.1 Se cita a audiencia. Pasa a la actividad 4.1. 3.4.2 Se recibe solicitud de reconsideración. Pasa a la actividad 4.7.	Expediente de Queja físico integrado y en resguardo.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Etapa 4. Notificación de la CONAMED. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base		Notificación de CONAMED		Actividades
1. Procedimiento CONAMED		Cita a audiencia		37-44
		Recepción de solicitud de reconsideración		45-48
Titular del área de atención a Quejas CONAMED	Oficio de programación de audiencias.	Cita a audiencia 4.1 Recibe de la CONAMED "Oficio de programación de audiencias" semanales y lo turna a personal médico representante.	Oficio de programación de audiencias turnado.	Internos Personal médico representante de la DAQM
Personal médico representante de la DAQM	Oficio de programación de audiencias.	4.2 Recibe "Oficio de programación de audiencias" semanales y solicita a analista de seguimiento los "Expedientes de Queja físicos" citados en el oficio.	Expedientes de Queja físicos entregados.	Internos Personal médico representante de la DAQM

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Personal médico representante de la DAQM	Expedientes de Queja físicos para la audiencia.	4.3 Acude a la CONAMED con los "Expedientes de Queja físicos" para la audiencia. ¿La audiencia se difiere? Sí: Pasa a la actividad 4.4. No. Pasa a la actividad 4.6	Notificación de realización o no de la audiencia.	Internos Personal médico representante de la DAQM Externo CONAMED
Personal médico representante de la DAQM	Expediente de Queja físico. Oficio de programación de audiencias. Acta de diferimiento.	4.4 Recibe acta de diferimiento. La integra al "Expediente de Queja físico" junto con el "Oficio de programación de audiencias" y lo entrega al analista de seguimiento.	Expediente de Queja físico integrado.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico. Acta de diferimiento. SIQUEM	4.5 Recibe "Expediente de Queja físico", captura "Acta de diferimiento" en el SIQUEM y resguarda el expediente hasta que se programe nuevamente la audiencia.	Expediente de Queja físico en resguardo. Acta de diferimiento incorporada al SIQUEM.	Internos Personal médico representante de la DAQM
Personal médico representante de la DAQM	Expediente de Queja físico. Acuerdo resolutivo.	4.6 Se celebra audiencia y se comunica a persona promovente el contenido del "Acuerdo resolutivo". ¿El promovente está de acuerdo? Sí: Pasa a la actividad 5.9. No: Pasa a la actividad 4.7.	Personal médico representante de la DAQM	Internos Personal médico representante de la DAQM Externo CONAMED Promovente
CONAMED	Acuerdo resolutivo.	Recepción de solicitud de reconsideración 4.7 La CONAMED envía "Borrador de solicitud de reconsideración".	Borrador de solicitud de reconsideración.	Internos Personal médico representante de la DAQM
Personal médico representante de la DAQM	Borrador de solicitud de reconsideración.	4.8 Recibe "Borrador de solicitud de reconsideración" de la	Determinación de la aceptación o no	Internos Titular de la DAQM

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
	Expediente clínico.	CONAMED y determina su aceptación con base en el análisis de argumentos de la CONAMED y el "Expediente clínico". ¿Se acepta la reconsideración? Sí: Pasa a la actividad 4.9. No: Pasa a la actividad 5.9.	de la solicitud de reconsideración.					
Titular de la DAQM	Borrador de solicitud de reconsideración. Expediente de Queja Físico	4.9 Recibe y analiza "Borrador de solicitud de reconsideración" y espera a que CONAMED convoque a reunión colegiada para exponer argumentos la reconsideración de la Queja y archiva temporalmente el borrador en el "Expediente de Queja Físico".	Borrador de solicitud de reconsideración archivado en el Expediente físico de la Queja.	Internos Titular de la DAQM Externo CONAMED				
Titular de la DAQM	Borrador de solicitud de reconsideración. Expediente de Queja Físico	4.10 Acude a la CONAMED una vez que se convoca a reunión colegiada, para definir si se acepta o no la solicitud de reconsideración. ¿Se acepta la solicitud de reconsideración? Sí: "Pasa a la actividad 5.1. No: Pasa a la actividad 5.9.	Resolución de la aceptación de la solicitud de reconsideración.	Internos Titular de la DAQM Externo CONAMED				
Etapla 5. Aceptación de la solicitud de reconsideración. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><td>Procedimiento base</td><td>Actividades</td></tr><tr><td>1. Procedimiento CONAMED</td><td>49-56</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CONAMED	49-56
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CONAMED	49-56							
Titular de la DAQM	Borrador de oficio de solicitud de reconsideración	5.1 Informa verbalmente a la CONAMED que el "Borrador de solicitud de reconsideración" es	Solicitud de reconsideración aceptada.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM				

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

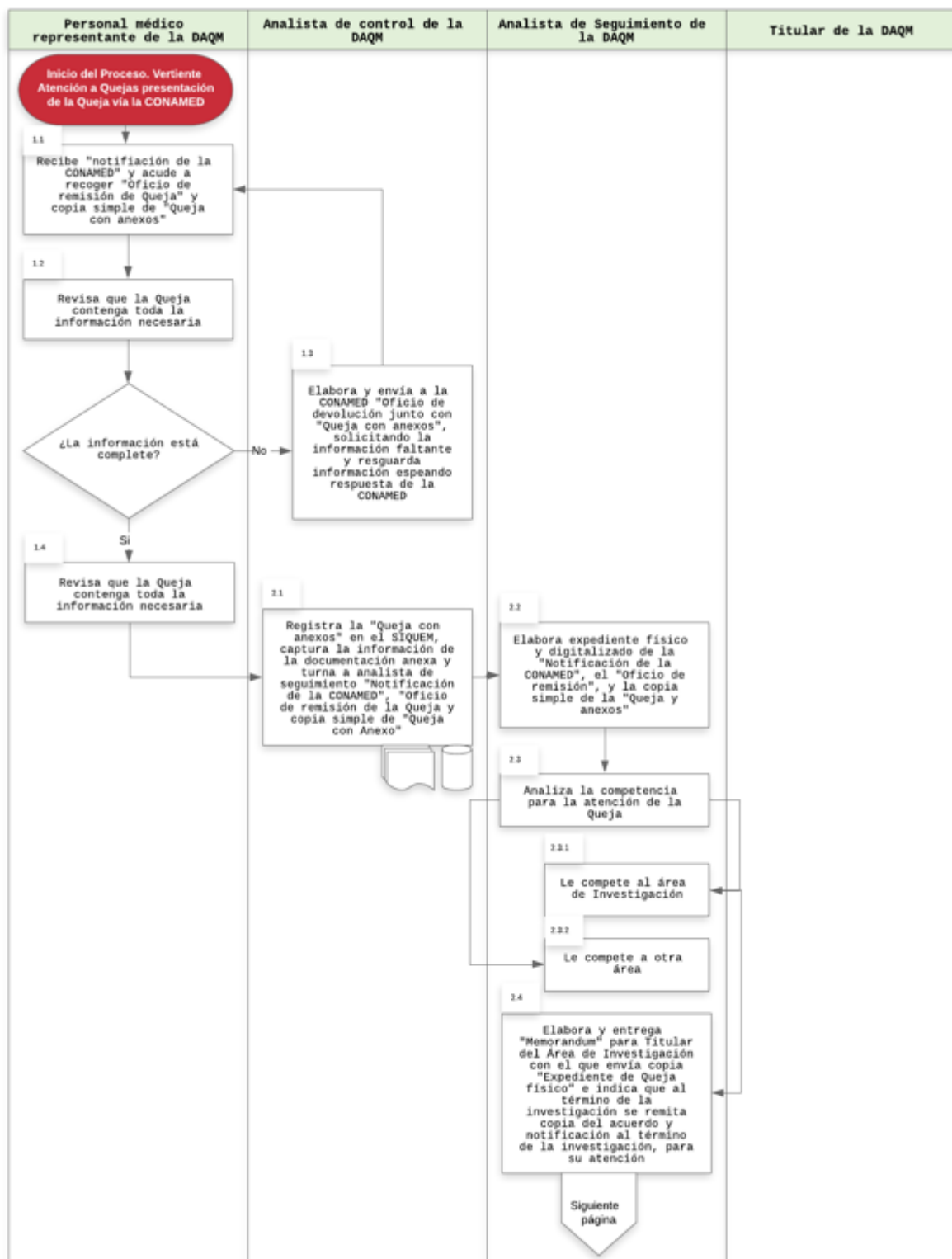
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		aceptado y queda en espera de "Oficio de solicitud de reconsideración".		
Analista de seguimiento de la DAQM	Oficio de solicitud de reconsideración. SIQUEM.	5.2 Recibe "Oficio de solicitud de reconsideración", lo captura en el SIQUEM y lo envía al analista de seguimiento.	Oficio de solicitud de reconsideración registrado en el SIQUEM.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico. Oficio de reconsideración.	5.3 Elabora "Memorándum de reconsideración" junto con "Expediente de Queja físico" y "Oficio de reconsideración" a Titular de la DAQM para su entrega.	Memorándum de reconsideración.	Internos Titular de la DAQM
Titular de la DAQM	Memorándum de reconsideración. Expediente de Queja físico. Oficio de reconsideración.	5.4 Recibe y envía original y copia de "Memorándum de reconsideración" junto con "Expediente de Queja físico" y "Oficio de reconsideración" a Titular del área de investigación y firma copia con el acuse de recibido y la devuelve a Titular de la DAQM.	Memorándum de reconsideración, Expediente de Queja físico y Oficio de reconsideración entregados.	Internos Titular del área de investigación
Titular del área de investigación	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración.	5.5 Recibe copia de "Memorándum de reconsideración" con el acuse de recibido y lo turna a analista de control, para su captura en el SIQUEM.	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración.	Internos Analista de control de la DAQM
Analista de control de la DAQM	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración Expediente de Queja físico. SIQUEM.	5.6 Recibe copia de "Memorándum de reconsideración" con el acuse de recibido y lo captura en el SIQUEM y lo envía a analista de seguimiento para su integración en el "Expediente de Queja físico".	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración registrado en el SIQUEM y enviado.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM

Tabla AV.9.2. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CONAMED

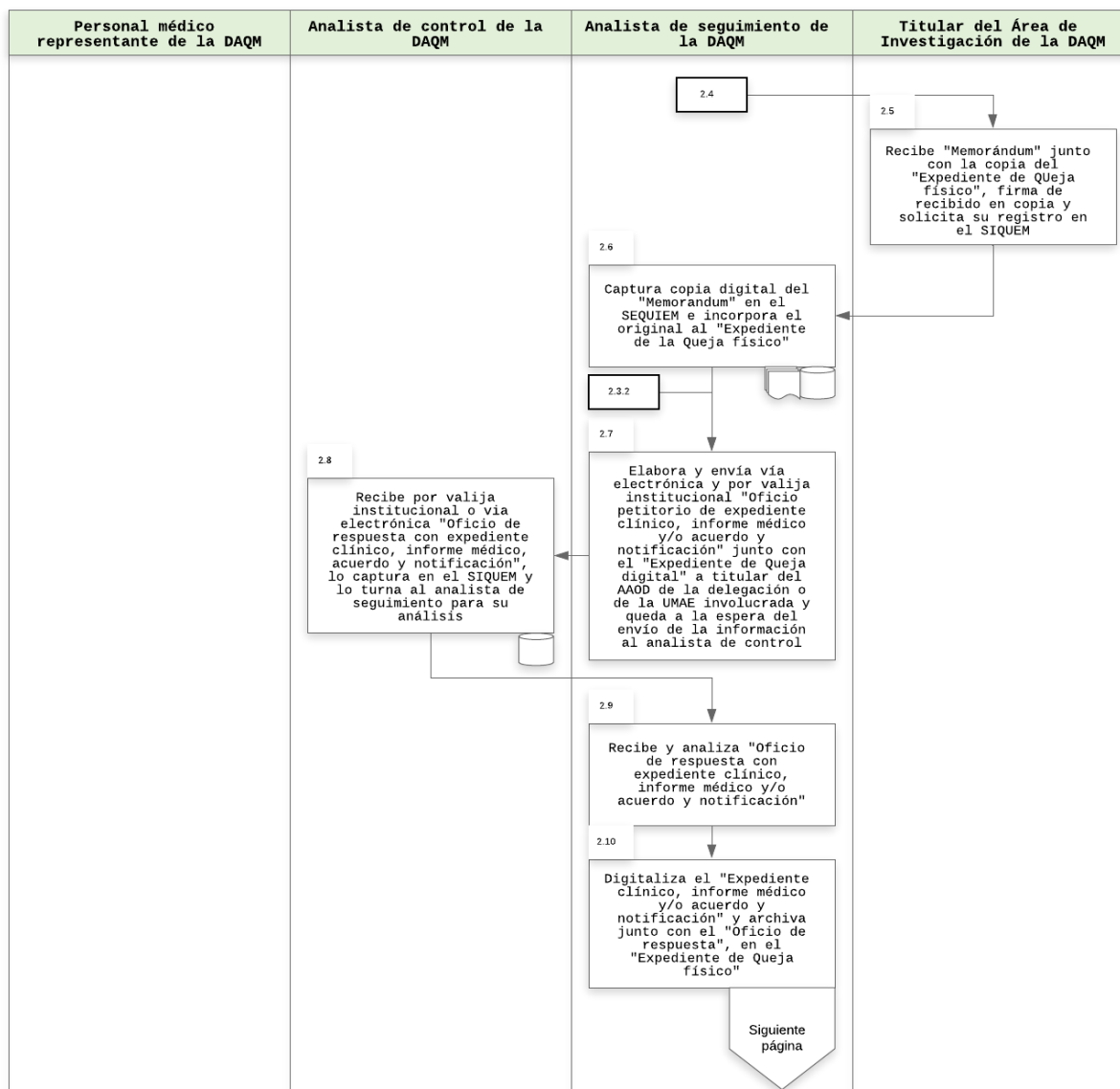
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Analista de seguimiento de la DAQM	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración Expediente de Queja físico.	5.7 Recibe copia de "Memorándum de reconsideración" con el acuse de recibido lo integra en el "Expediente de Queja físico".	Acuse de recibo del Memorándum de reconsideración incorporado en el Expediente de Queja físico.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico	5.8 Archiva temporalmente el "Expediente de Queja físico" y queda en espera del acta que emita la CONAMED.	Expediente de Queja físico en archivo temporal.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Acta de conclusión. SIQUEM.	5.9 Recibe de CONAMED el "Acta de conclusión", la captura en el SIQUEM y registra la baja del "Expediente de Queja físico".	Acta de conclusión registrada y registro de baja del Expediente de Queja físico en el SIQUEM.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM
Analista de seguimiento de la DAQM	Expediente de Queja físico.	5.10 Archiva "Expediente de Queja físico" como asunto concluido. FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DE LA QUEJA VÍA LA CONAMED	Expediente de Queja físico archivado como asunto concluido.	Internos Analista de seguimiento de la DAQM

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión del Instructivo y el Procedimiento CONAMED (IMSS/ITRQA, 2004) (IMSS-DJ/PRTRQA CONAMED, 2018).

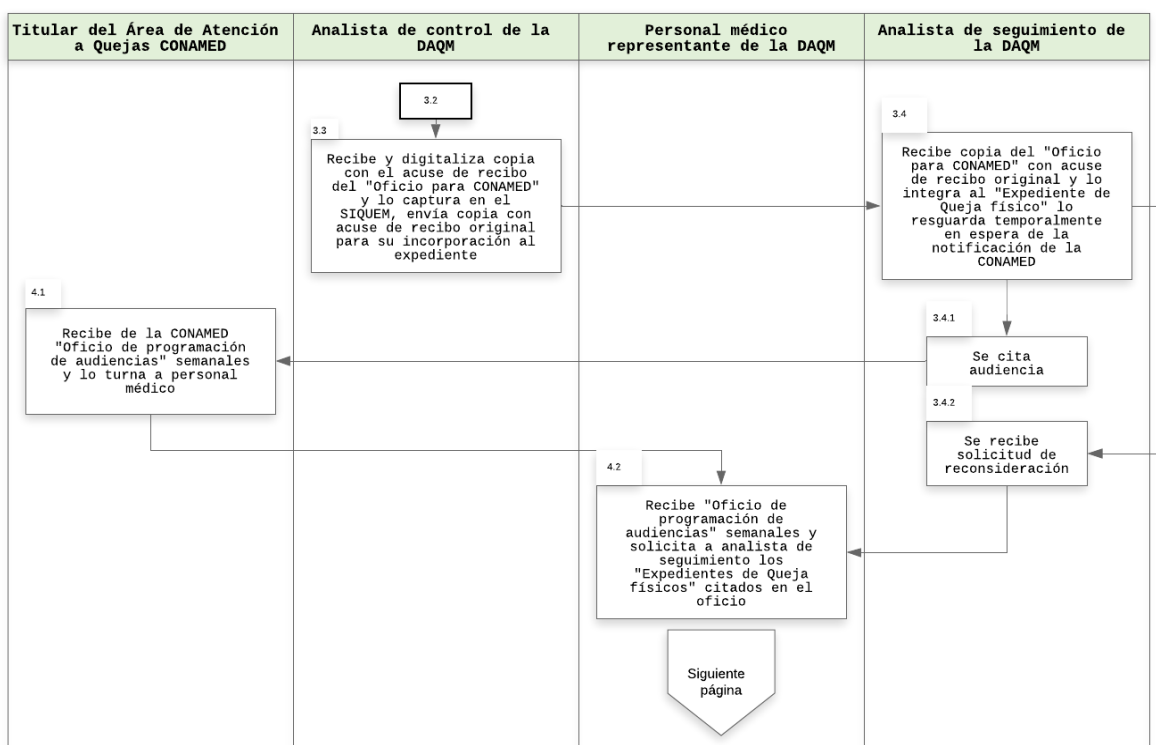
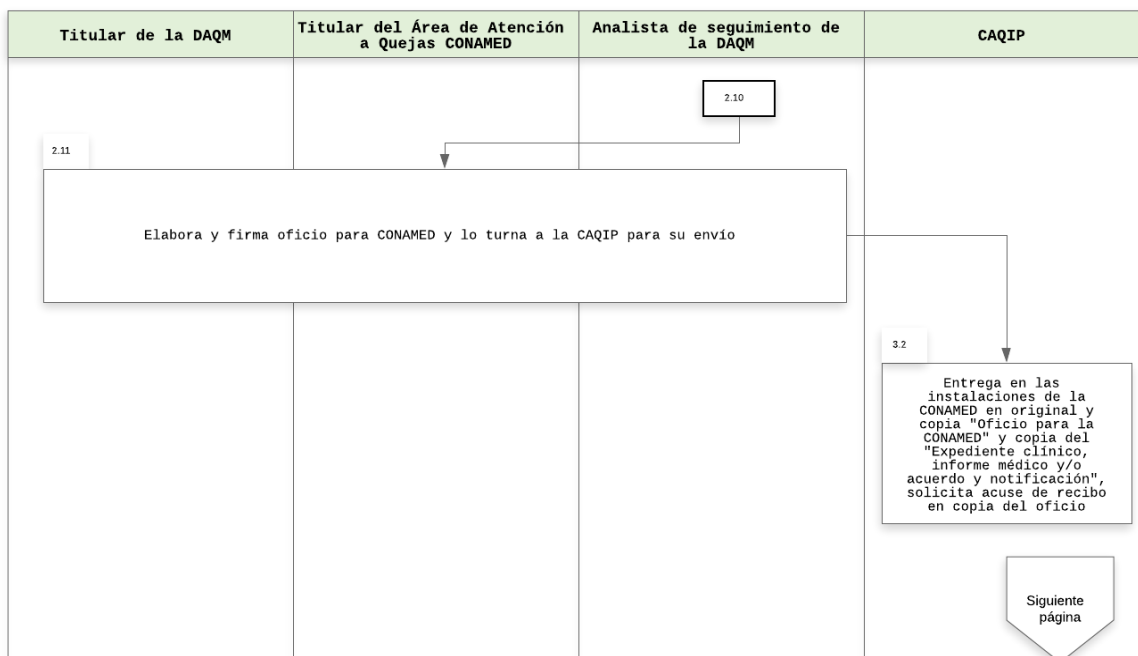
Esquema AV.9.2 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CONAMED



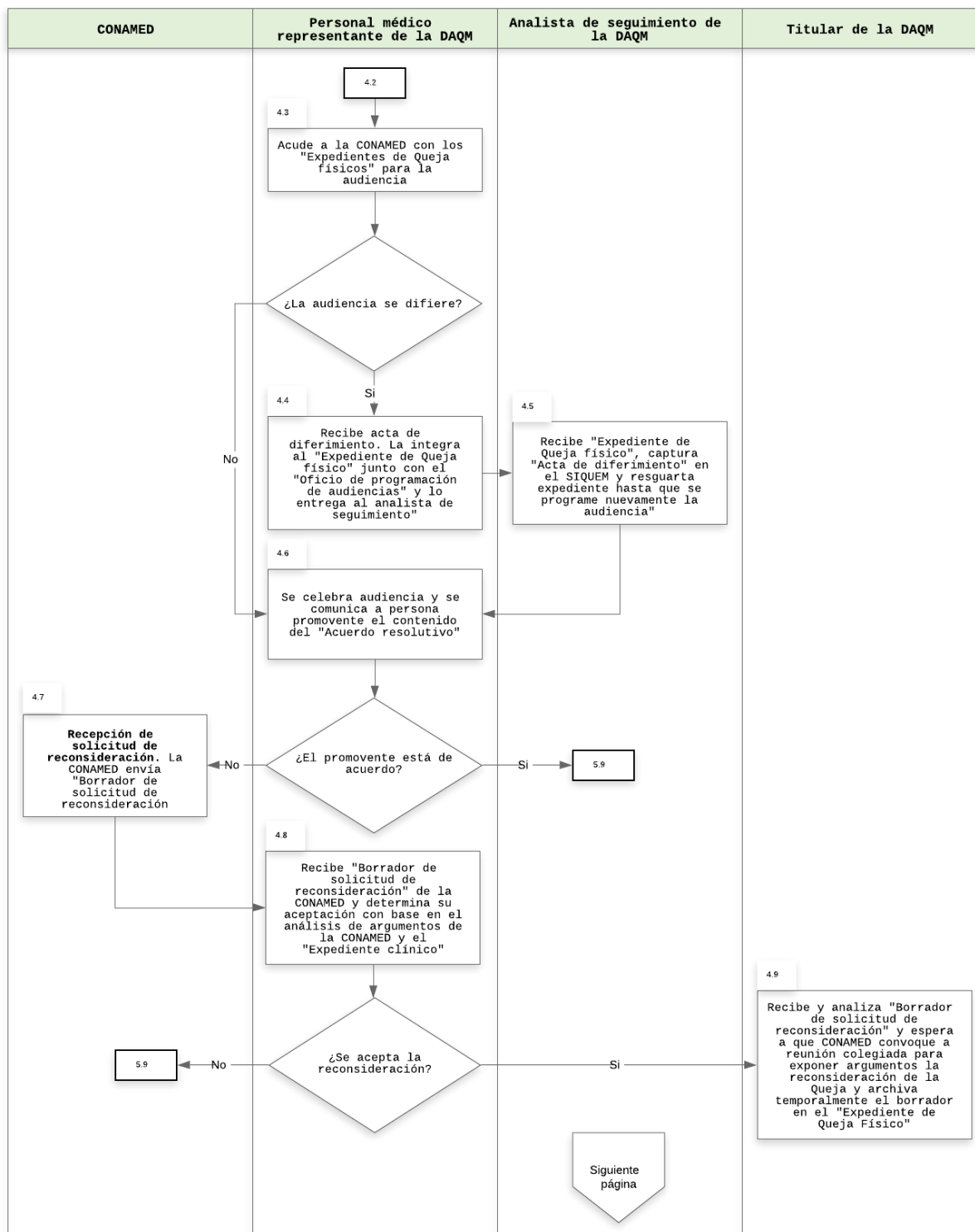
Esquema AV.9.2 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CONAMED



Esquema AV.9.2 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CONAMED



Esquema AV.9.2 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CONAMED



Vía de entrada la CNDH

Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación de la Queja vía la CNDH

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)				
INICIO DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DE LA QUEJA VÍA LA CNDH Etapa 1. Recepción de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional: <table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento CNDH</td><td>1-6</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CNDH	1-6
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CNDH	1-6							
UAD	Petitorio y Queja de la CNDH Control de Gestión	1.1 Recibe y registra "Petitorio y Queja" de la CNDH en "Control de Gestión" y lo envía a la CAQIP para su atención.	Petitorio y Queja de la CNDH registrado y enviado.	Internos CAQIP				
CAQIP Analista de la DAQDH Titular de AAQCNDH	Petitorio y Queja de la CNDH	1.2 Recibe, asigna y envía "Petitorio y Queja" de la CNDH para su trámite y asignación de persona responsable.	Petitorio y Queja de la CNDH asignado y enviado.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH				
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Petitorio y Queja de la CNDH	1.3 Recibe y revisa "Petitorio y Queja", determina la competencia de "Órgano Normativo" (ON) o de "Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) al que corresponde la Queja y lo turna al Analista de la DAQDH para su atención.	Petitorio y Queja de la CNDH turnado.	Internos Analista de la DAQDH				
Analista de la DAQDH	Petitorio y Queja de la CNDH	1.4 Recibe "Petitorio y Queja" y lo registra en el SIQUEM.	Petitorio y Queja registrado en el SIQUEM	Internos				

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Sistema Institucional de Quejas Médicas (SIQUEM)			Analista de la DAQDH
Etapas 2. Integración del expediente. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional: Procedimiento base Actividades 1. Procedimiento CNDH 7-37				
Analista de la DAQDH	Expediente Petitorio y Queja de la CNDH	2.1 Apertura y turna "Expediente" a persona responsable junto con "Petitorio y Queja" para su atención.	Expediente aperturado.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente Petitorio y Queja de la CNDH	2.2 Recibe "Expediente" e incorpora "Petitorio y Queja"; identifica la relevancia de la Queja: ¿La Queja es relevante? Sí: Pasa a la actividad 2.3. No: Pasa a la actividad 2.4.	Expediente integrado. Queja valorada.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente Petitorio y Queja de la CNDH	2.3 Elabora y envía por correo electrónico "Oficio de solicitud de información" junto con el "Petitorio y Queja" a Titular de la Coordinación delegacional o Jefatura de departamento competente y entrega el original del "Oficio de solicitud de información" junto con copia del "Petitorio y Queja" a la DAQDH, para su envío al área correspondiente. Pasa a la actividad 2.5	Oficio de solicitud de información enviado.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas,	Expediente	2.4 Elabora y envía correo electrónico a Titular de la	Solicitud de información	Internos

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Petitorio y Queja de la CNDH Correo electrónico	Coordinación delegacional o Jefatura de departamento competente, junto con una copia digital del "Petitorio y Queja", solicitando "Información y documentos" necesarios. Pasa a la actividad 2.6	enviada por correo electrónico.	Titular de la Coordinación delegacional o Jefatura de departamento competente
DAQDH	Oficio de solicitud de información Copia del Petitorio y Queja de la CNDH	2.5 Recibe original del "Oficio de solicitud de información" y copia del "Petitorio y Queja" y lo envía por correspondencia o valija institucional al ON u OOAD que corresponda y entrega acuse del citado oficio a persona responsable.	Acuse de recibo del Oficio de solicitud de información.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente. Acuse de recibo del Oficio de solicitud de información/ correo electrónico.	2.6 Recibe acuse del "Correo electrónico" y/o del "Oficio de solicitud de información" y los integra al "Expediente" y le da seguimiento.	Expediente integrado.	Internos Titular de la Coordinación Delegacional o Jefatura de Departamento competente
Titular de la Coordinación Delegacional o Jefatura de Departamento competente	Oficio de repuesta con la Información y documentación requerida.	2.7 Recibe y envía "Oficio de repuesta" a la DAQDH con la "Información y documentación" requerida.	Oficio de repuesta con la Información y documentación requerida enviado.	Internos Analista de la DAQDH
Analista de la DAQDH	Oficio de repuesta con la Información y documentación requerida SIQUEM	2.8 Recibe "Oficio de respuesta" junto con la "Información y documentación" requerida, los registra y clasifica en el SIQUEM y los remite a la persona responsable para sus revisión y atención correspondiente.	Oficio de repuesta con la Información y documentación requerida registrado en el SIQUEM	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas,	Expediente Oficio de repuesta con la	2.9 Recibe "Oficio de respuesta" e "Información y	Expediente actualizado.	Internos Persona responsable de

Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación de la Queja vía la CNDH

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Información y documentación requerida.	documentación" requerida, y la revisa e incorpora al "Expediente". ¿La información requiere ser aclarada, ampliada o adicionada? Sí: Pasa a la actividad 2.10. No: Pasa a la actividad 3.1.	Información y Documentación" requerida revisada.	atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Información y Documentación" requerida revisada. Correo electrónico.	2.10 Solicita por correo electrónico a Titular de la "Coordinación delegacional" o "Jefaturas de departamento" que corresponda, el envío de la "Información y documentación" complementaria, en un plazo no mayor de tres días naturales y da seguimiento vía telefónica.	Solicitud digital de Información y Documentación complementaria	Internos Titular de la Coordinación delegacional o Jefatura de departamento competente
Titular de la Coordinación Delegacional o Jefatura de Departamento competente	Correo electrónico. Oficio de envío de respuesta.	2.11 Envía por correo electrónico y por valija institucional a la DAQDH "Oficio de envío de respuesta" con la "Información y documentación" complementaria.	Información y documentación" complementaria	Internos DAQDH
DAQDH	Oficio de envío de respuesta con información y documentación complementaria	2.12 Recibe "Oficio de respuesta" con la "Información y documentación" complementaria, acusa de recibido y la envía a la persona responsable para su atención, previo conocimiento de Titular de la DAQDH.	Oficio de envío de respuesta con información y documentación complementaria enviado.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y	Oficio de envío de respuesta con información y documentación complementaria enviado.	2.13 Recibe "Oficio de respuesta" con la "Información y Documentación" complementaria y la integra al "Expediente".	Expediente integrado.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de

Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación de la Queja vía la CNDH

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)				
recomendaciones de la CNDH				conciliación y recomendaciones de la CNDH				
Etapas 3. Valoración de elementos para la conclusión de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:								
<table><tr><th>Procedimiento base</th><th>Actividades</th></tr><tr><td>1. Procedimiento CNDH</td><td>33-50</td></tr></table>					Procedimiento base	Actividades	1. Procedimiento CNDH	33-50
Procedimiento base	Actividades							
1. Procedimiento CNDH	33-50							
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Oficio de envío de respuesta con información y documentación.	3.1 Analiza en el “Oficio de respuesta” con la “Información y Documentación”, si existen elementos para concluir la Queja. ¿Se puede concluir la Queja? Sí: Pasa a la actividad 4.1. No: Pasa a la actividad 3.2.	Elementos para concluir o no la Queja identificados.	Internos AAQDH				
AAQDH	Copia del Petitorio de la Queja. Expediente clínico. Documentación relacionada con la Queja. Ley del Seguro Social (art. 7) Procedimiento IMSS. Instructivo (numeral 7).	3.2 Elabora y envía “Memorándum” a Titular de la DAQM, junto con copia del “Petitorio de la Queja”, “Expediente clínico” y “Documentación relacionada con la Queja”, para iniciar la investigación de la Queja.	Memorándum.	Internos Titular de la DAQDH				
Titular de la DAQDH	Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico. Notificación. SIQUEM.	3.3 Recibe de la DAQM, copias del “Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico” y de la “Notificación”, una vez concluida la atención de la Queja y las registra en el SIQUEM y los turna a la persona responsable para su seguimiento.	Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico” y de Notificación registradas en el SIQUEM.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH.				

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico.	3.4 Recibe copias del “Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico” y de la “Notificación”, los integra al expediente, prepara oficio para “Informar a la CNDH” sobre el acuerdo que puede contener: 3.4.1 Detección de irregularidades en la actuación del personal institucional. Pasa a la actividad 3.5. 3.4.2 Detección de que la actuación del personal contraviene la normatividad. Pasa a la actividad 3.8. 3.4.3 Sin detección de irregularidades ni contravenciones. Pasa a la actividad 3.11.	Expediente integrado. Oficio para informar a la CHDH.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH. Titular de OOAD Titular de OIC Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Irregularidades detectadas en la actuación del personal institucional.	3.5 Elaboran y envían “Oficio” para informar a titular del OOAD sobre las irregularidades detectadas, solicitando la aplicación de medidas preventivas y correctivas con la “Información y documentación relacionada con la Queja y quedan a la espera de Titular del OOAD.	Oficio para informar a titular del OOAD sobre las irregularidades enviado.	Internos Titular de OOAD.
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Oficio de respuesta de Titular del OOAD.	3.6 Reciben “Oficio de respuesta” de Titular del OOAD en el que se comunican las medidas preventivas y correctivas adoptadas, acusa de recibido y lo turna a la persona responsable para su trámite respectivo.	Medidas preventivas y correctivas adoptadas	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Acuse de recibo de Oficio de respuesta de Titular del OOAD. Expediente.	3.7 Recibe acuse del "Oficio de respuesta" de Titular del OOAD en el que se comunican las medidas preventivas y correctivas adoptadas y lo integra al expediente. Pasa a la actividad 3.11.	Expediente actualizado.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Irregularidades detectadas que contravienen la normatividad. Información y documentación relacionada con la Queja.	3.8 Elaboran y envían "Oficio de vista al OIC en el IMSS" sobre las irregularidades detectadas que contravienen la normatividad, anexa la "Información y documentación relacionada con la Queja y quedan a la espera de Titular del OIC.	Oficio de vista al OIC en el IMSS enviado	Internos Titular de OIC
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH	Oficio de respuesta de Titular del OIC	3.9 Recibe "Oficio de respuesta" de Titular del OIC en el que se comunican las medidas legales adoptadas, acusa de recibido y lo turna a la persona responsable para su trámite respectivo.	Oficio de respuesta de Titular del OIC Medidas legales adoptadas turnado	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente. Oficio de respuesta de Titular del OIC.	3.10 Recibe "Oficio de respuesta" de Titular del OIC en el que se comunican las medidas legales adoptadas, lo integra al expediente. Pasa a la actividad 3.11.	Expediente integrado.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y

Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas. Presentación de la Queja vía la CNDH

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Notificación del Acuerdo. Reglamento Interno de la CNDH (art. 125)	3.11 Elaboran y envían “Oficio de respuesta a la CNDH”, en el que se informa el resultado de procedimiento de Queja administrativa, anexa copia de la “Notificación” del Acuerdo, analiza si es viable solicitar la conclusión de la Queja. ¿Es viable solicitar la conclusión de la Queja? Sí: Pasa a la actividad 4.3. No: Pasa a la actividad 4.1	Oficio de respuesta a la CNDH enviado.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Etapas 4. Conclusión de la Queja. Se operacionaliza de acuerdo con lo normado en las actividades del siguiente procedimiento institucional:				
Procedimiento base			Actividades	
1. Procedimiento CNDH			51-158	
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente de Quejas en trámite.	4.1 Asisten a brigada de trabajo semanal a la CNDH, para dar seguimiento a las “Quejas” en trámite.	Seguimiento de Quejas en trámite	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Queja administrativa en proceso.	4.2 En caso de existir “Procedimiento de Queja administrativa” da seguimiento con el médico investigador asignado a la “Queja” hasta su conclusión. Con base en actividades 52 a 54 del Procedimiento CONAMED.	Seguimiento de la Queja hasta su conclusión.	Internos Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Información y documentación relacionada con la Queja Procedimiento CNDH.	4.3 Elaboran y envían “Oficio de solicitud de conclusión de la Queja” a la CNDH junto con “Información y documentación” relacionada con la “Queja”, conforme a actividades 55-61 del “Procedimiento CNDH” y quedan a la espera del comunicado de la CNDH que puede derivar en: 4.3.1 Oficio recordatorio de conclusión del término para la atención de la Queja. Pasa a la actividad 4.4. 4.3.2 Solicita ampliación de información. Pasa a la actividad 4.5. 4.3.3 Realiza propuesta formal de conciliación. Pasa a la actividad 4.6. 4.3.4 Emite una recomendación. Pasa a la actividad 4.7. 4.3.5 Conclusión de Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones. Pasa a la actividad 4.8. 4.3.6 Informa que no existen elementos para concluir la Queja, solicita información, pendiente de cumplimiento. Pasa a la actividad 4.9. 4.3.7 Informa la conclusión de la Queja. Pasa a la actividad 4.10.	Oficio de solicitud de conclusión de la Queja enviado.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH.

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Oficio recordatorio de la CNDH. SIQUEM	4.4 Reciben "Oficio recordatorio de la CNDH" y lo atienden conforme a las actividades 62 a 69 del "Procedimiento CNDH". Regresa a la actividad 2.3.	Oficio recordatorio de la CNDH atendido.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Solicitud de ampliación de información	4.5 Reciben de la CNDH "Solicitud de ampliación de información" y se atiende conforme a la actividad 70 del "Procedimiento CNDH". Regresa a la actividad 1.2.	Solicitud de ampliación de información recibida, registrada y enviada para su atención.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Oficio con la propuesta de conciliación de la CNDH. SIQUEM	4.6 Reciben "Oficio con la propuesta de conciliación de la CNDH" y se entiende conforme a las actividades 71 a 81 del "Procedimiento CNDH". Regresa a la actividad 3.2	Oficio con la propuesta de conciliación de la CNDH registrado en el SIQUEM.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Oficio de recomendación. Proceso CNDH. Correo electrónico. Constancias de pago de la	4.7 Reciben "Oficio mediante el cual se notifica la recomendación" y se entiende conforme a las actividades 82 a 131 y las fases 1 y 2 descritas en el "Proceso CNDH".	Oficio de notificación de recomendación.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

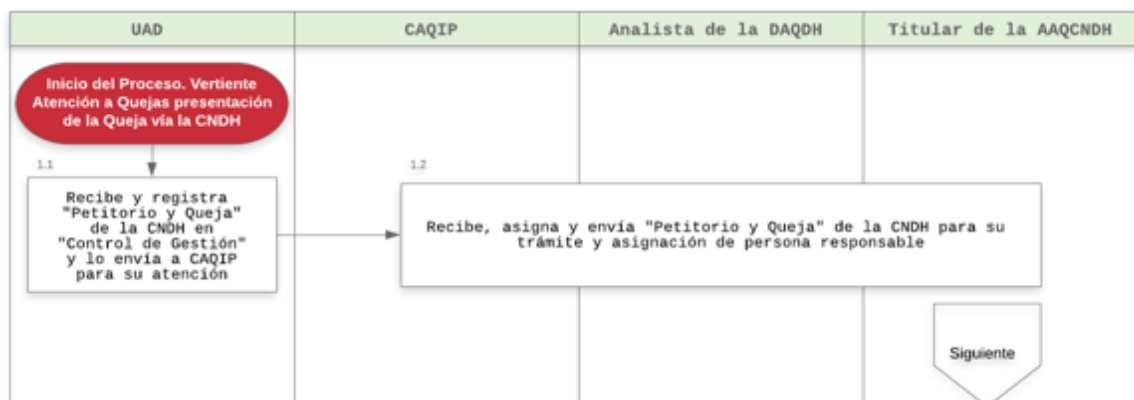
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
recomendaciones de la CNDH	reparación del daño.	Regresa a la actividad 3.11.		Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Reglamento Interior de la CNDH	4.8 Elaboran y envían a la CNDH, "Oficio de solicitud" en el que se pide la emisión del acuerdo de conclusión de la Queja, propuesta de conciliación o recomendación, según corresponda, conforme al fundamento en el artículo 125 o 138 del Reglamento Interior de la CNDH; de acuerdo con las actividades 132 a 150 del "Procedimiento CNDH". Regresa a la actividad 2.3.	Oficio de solicitud de acuerdo de conclusión de la Queja/ conciliación/ recomendación para la CNDH enviado.	Internos Titular de la CAQIP Titular de la DAQDH Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Titular de la UAD Titular de la CAQIP	Oficio de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/ recomendación. Reglamento Interno de la CNDH (art. 135 o 138).	4.9 Reciben "Oficio de la CNDH" a través del cual se concluye la Queja, propuestas de conciliación o recomendación, según corresponda; acusan de recibido y lo registran en el "Control de gestión" y lo turnan para los efectos conducentes.	Oficio de respuesta de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/ recomendación para la CNDH turnado.	Internos Analista de la DAQDH
Analista de la DAQDH	Oficio de respuesta de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/ recomendación para la CNDH. SIQUEM.	4.10 Registra y clasifica en el SIQUEM el "Oficio de la CNDH" a través del cual se concluye la Queja, propuesta de conciliación o recomendación, según corresponda y lo entrega a la persona responsable para su trámite correspondiente.	Oficio de respuesta de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/ recomendación para la CNDH registrado en el SIQUEM.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y	Oficio de respuesta de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/	4.11 Recibe "Oficio de la CNDH" a través del cual se concluye la Queja, propuesta de conciliación o recomendación, según	Oficio de respuesta de la CNDH de conclusión de la Queja/ conciliación/	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de

**Tabla AV.9.3. Descripción general de etapas y actividades globales del
Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Atención a Quejas.
Presentación de la Queja vía la CNDH**

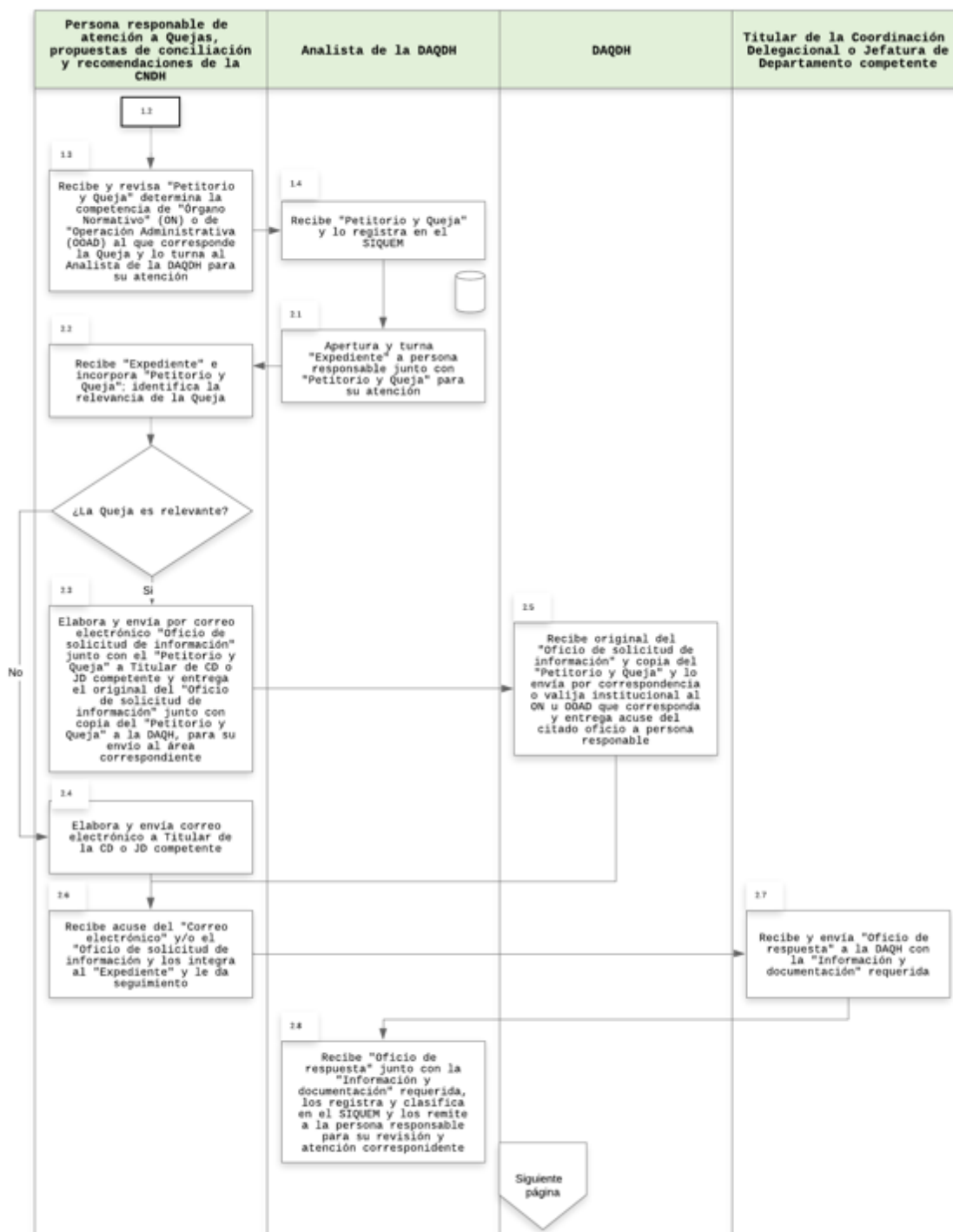
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
recomendaciones de la CNDH	recomendación para la CNDH.	corresponda y lo entrega a la persona responsable para su trámite correspondiente y elabora comunicados a las áreas normativas o desconcentradas informando la conclusión de la Queja.	recomendación para la CNDH entregado.	conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente.	4.12 Concluye el "Expediente" con la información clasificada en términos de lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Expediente concluido.	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH
Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH	Expediente.	4.13 Archiva "Expediente" como asunto concluido. FIN DEL PROCESO VERTIENTE ATENCIÓN A QUEJAS PRESENTACIÓN DE LA QUEJA VÍA LA CNDH	Expediente concluido archivado	Internos Persona responsable de atención a Quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la CNDH

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión del Instructivo y el Procedimiento CNDH (IMSS/ITRQA, 2004) (IMSS-DJ/PAQ CNDH, 2018).

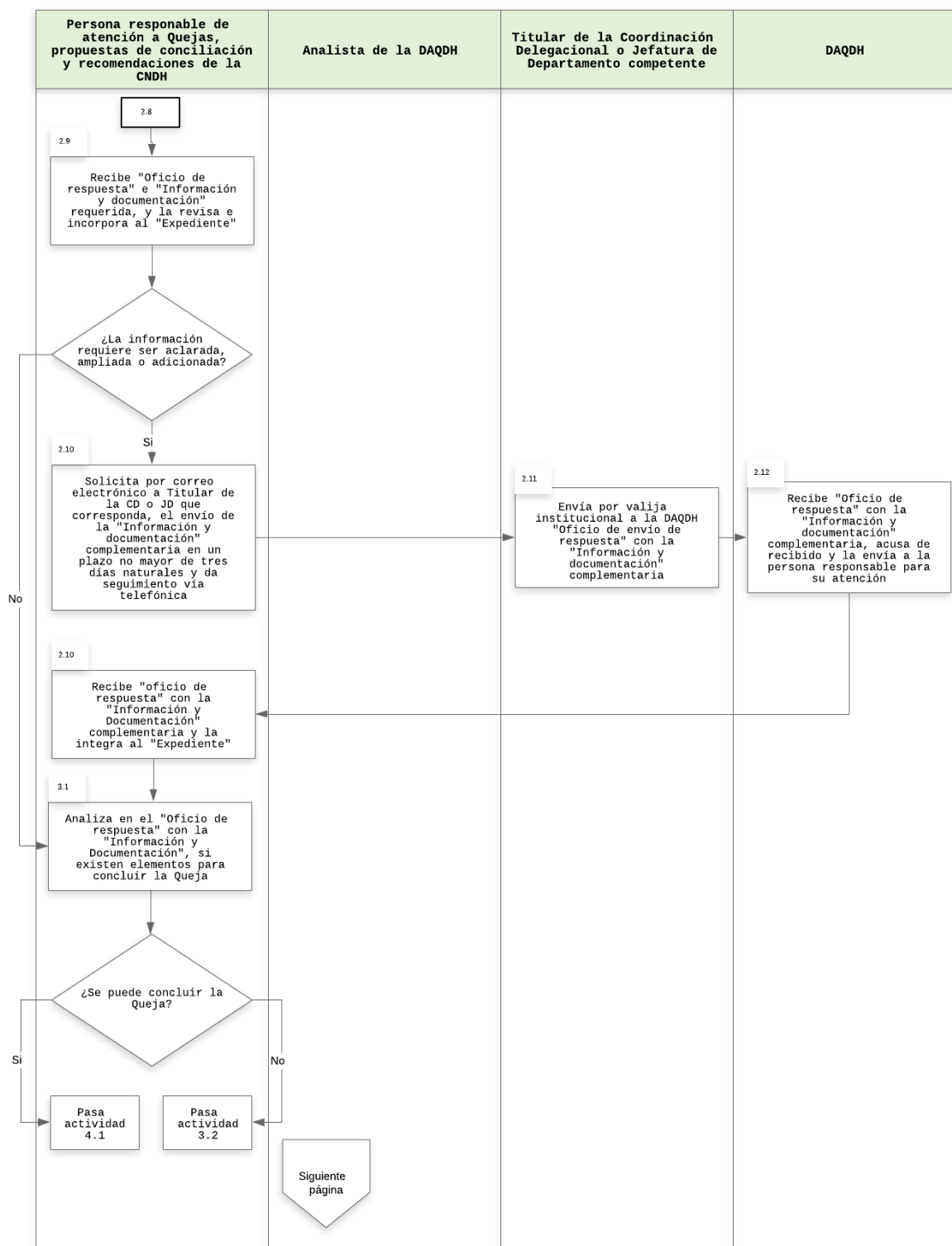
Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



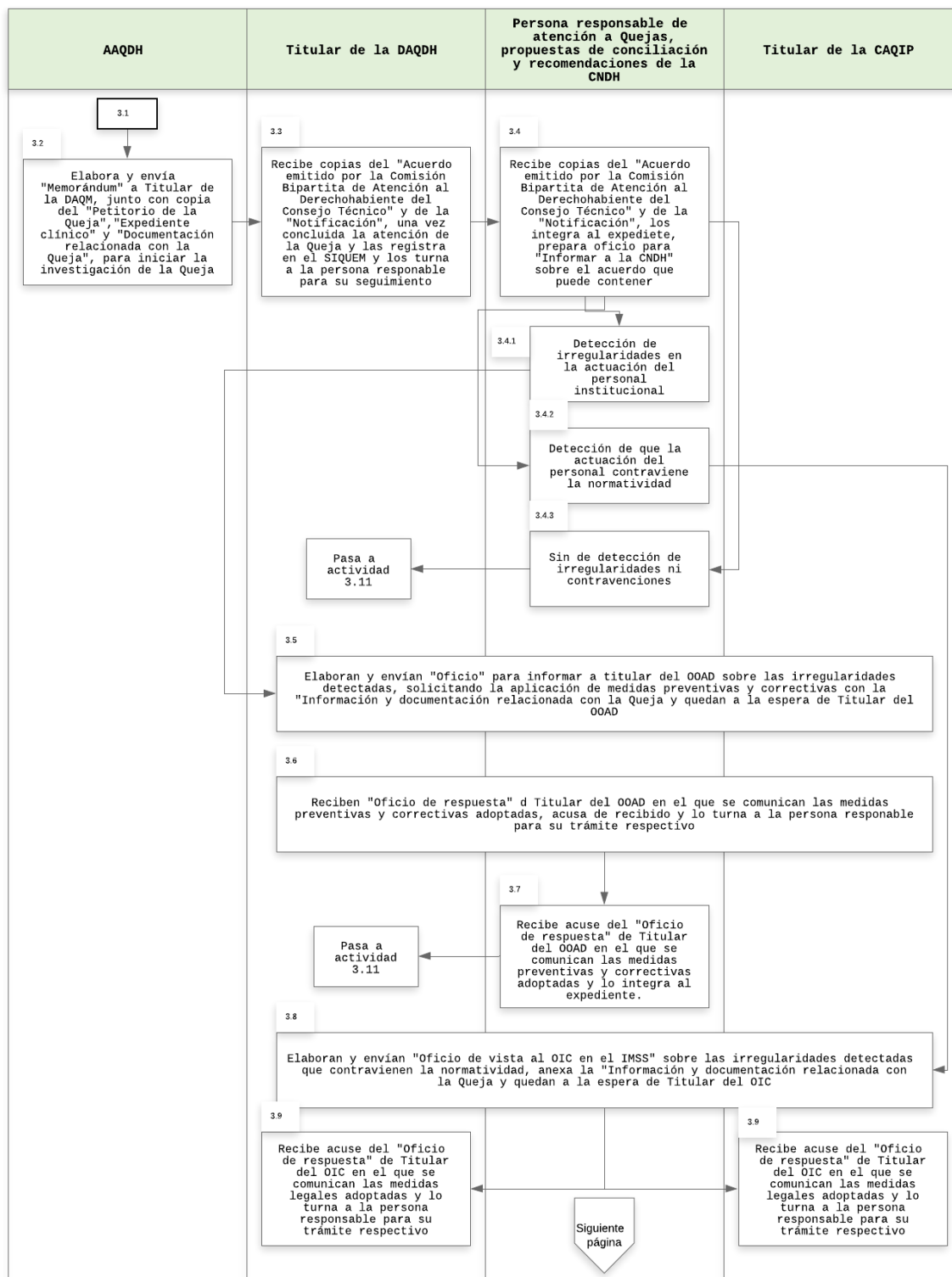
Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



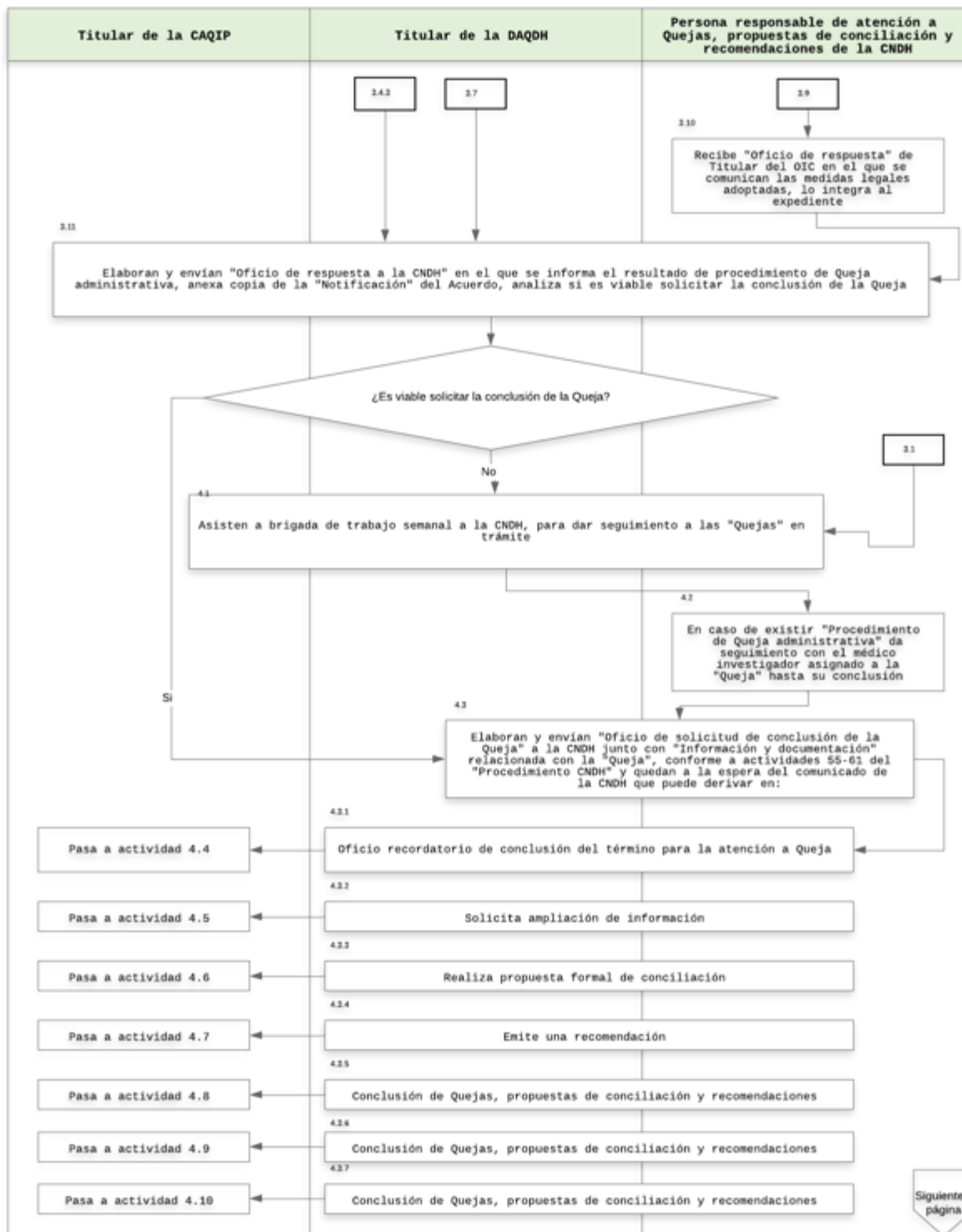
Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



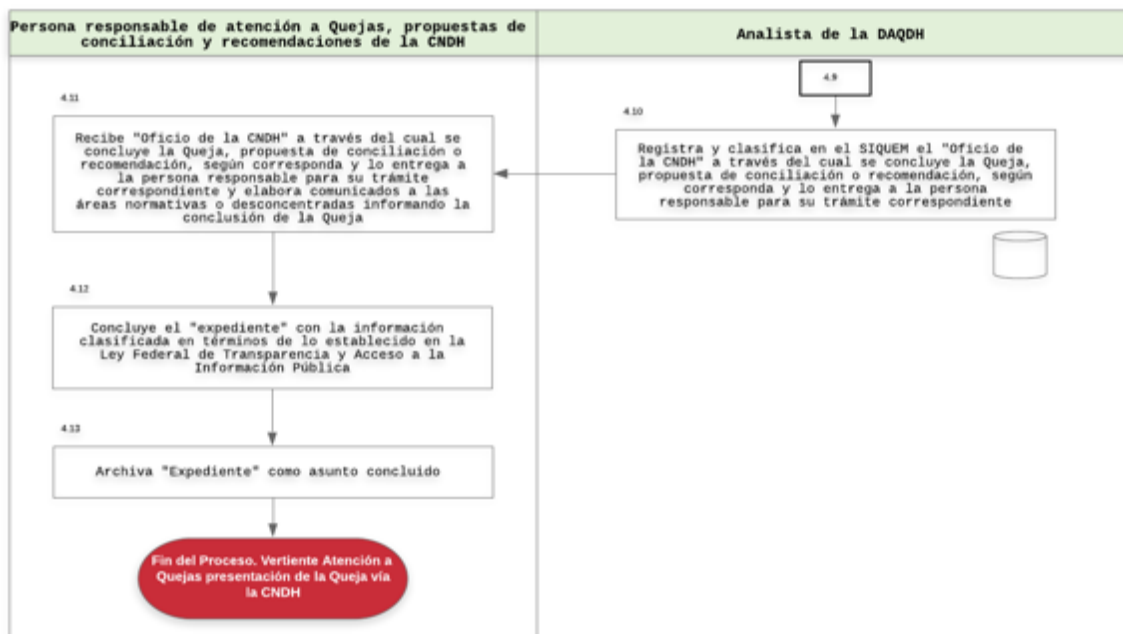
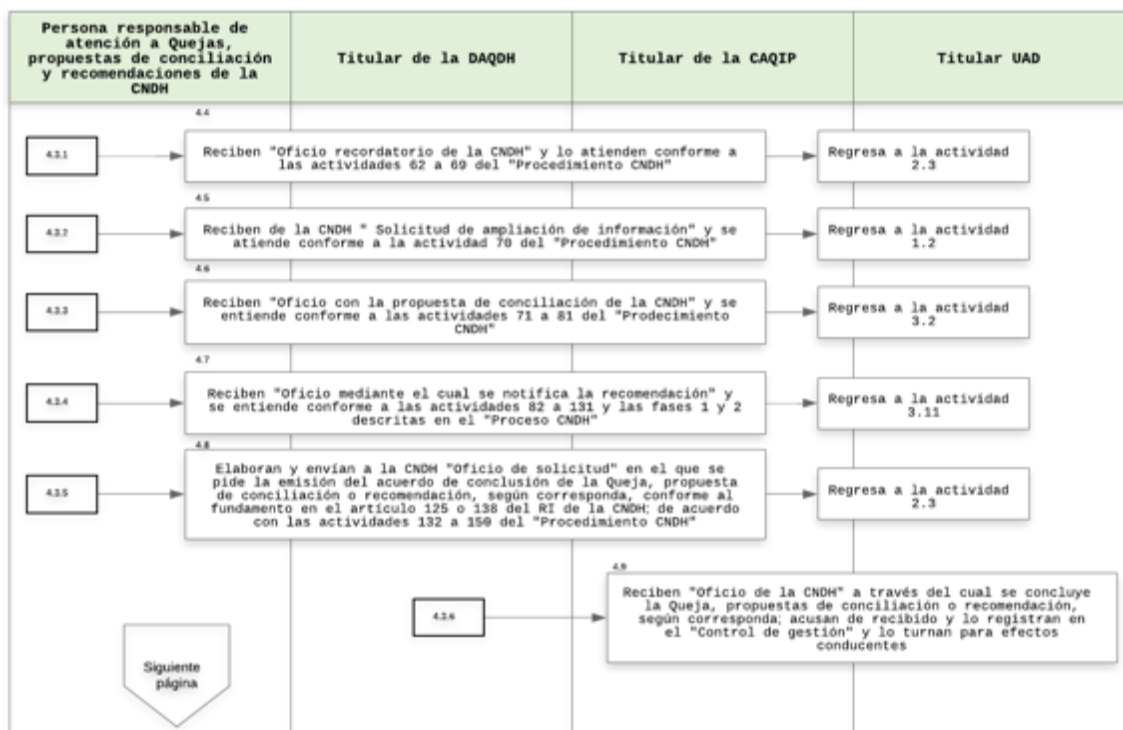
Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



Esquema AV.9.3 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente atención a Quejas presentación de la Queja vía la CNDH



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Vertiente de Satisfacción

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa.

1. Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (DPEI).

Tabla AV.9.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)
INICIO DEL PROCESO QUEJAS Y SATISFACCIÓN VERTIENTE SATISFACCIÓN SATISFACCIÓN DE USUARIOS Etap 1. Diseño y aplicación de la metodología para la selección de la muestra. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
CIE DIPE	Población usuaria.	1.1 Construir marcos muestrales.	Marcos muestrales contruidos para cada estudio por realizar.	Internos CIE DIPE
CIE DIPE	Población usuaria.	1.2 Realizar las estimaciones de tamaños de la muestra.	Tamaño de la muestra establecido.	Internos CIE DIPE
CIE DIPE	Documento metodológico para la realización de los estudios.	1.3 Elaborar notas metodológicas para los estudios de percepción que se realicen.	Cálculo de márgenes de error y niveles de confianza establecidos para el análisis reporte de resultados.	Internos Órganos Normativos del IMSS OOADS Unidades médicas de los tres niveles de atención.
CIE DIPE	Estudios de percepción.	1.4 Proporcionar asesoría sobre diseños muestrales.	Asesoría sobre diseños muestrales otorgada.	Internos Órganos Normativos del IMSS OOADS

Tabla AV.9.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				Unidades médicas de los tres niveles de atención.
Eta 2. Elaboración y/o actualización de instrumentos de recolección de información. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
CIE DIEU	Solicitudes sobre el desarrollo de estudios cualitativos y/o cuantitativos.	2.1 Identificación de técnicas de recopilación de información más adecuadas.	Técnicas de recopilación de información identificadas.	Internos Titular de la DPEI. Direcciones normativas. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención. Externos Empresa contratada para la aplicación del instrumento de recolección de información
CIE DIEU	Solicitudes sobre el desarrollo de estudios cualitativos y/o cuantitativos.	2.2 Diseño de los instrumentos de recolección de datos.	Instrumentos de recolección de datos diseñados.	Internos Titular de la DPEI. Direcciones normativas. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención. Externos Empresa o ente público contratado para la aplicación del instrumento de recolección de información.

Tabla AV.9.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
CIE DIEU	Instrumentos de recolección de datos.	2.3 Diseño de metodología para el levantamiento de información.	Metodología para el levantamiento de información establecida.	Internos Titular de la DPEI. Direcciones normativas. OOAD. Unidades médicas de los tres niveles de atención. Externos Empresa o ente público contratado para la aplicación del instrumento de recolección de información.
Etapas 3. Aplicación de instrumentos de recolección de información. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
CIE DIEU Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención. Empresa o ente público contratado para la aplicación del instrumento de recolección de información.	Instrumentos de recolección de datos. Metodología para el levantamiento de información establecida.	3.1 Aplicar el instrumento de recolección de información.	Instrumentos de recolección de información aplicados.	Internos Direcciones normativas. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.
CIE DIEU	Instrumentos de recolección de información aplicados.	3.1 Envío de instrumentos de recolección de información para su procesamiento	Instrumentos de recolección de información enviados.	Internos DIPE
CIE DIEU	Instrumentos de recolección de datos.	3.2 Diseño de informes y/o reportes de resultados del estudio aplicado.	Informes y/o reportes diseñados.	Internos DIPE DIEU

Tabla AV.9.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción

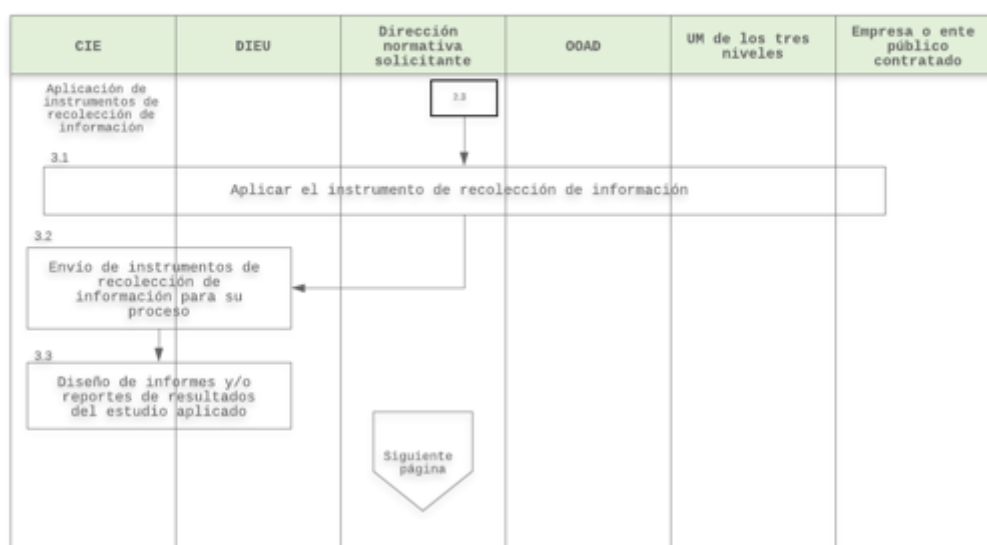
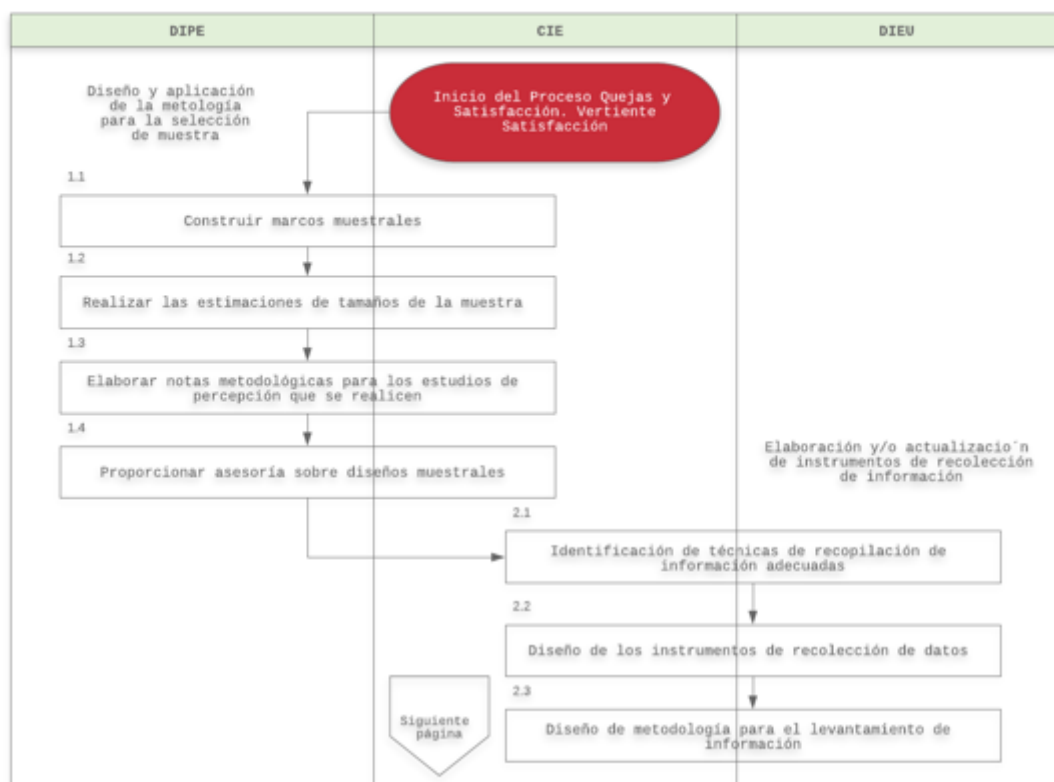
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Metodología para el levantamiento de información establecida.			Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención. Empresa o ente público contratado para la aplicación del instrumento de recolección de información.
Etapas 4. Integración de bases de datos y análisis de información. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
CIE DIPE	Instrumentos de recolección de información.	4.1 Diseñar los criterios a utilizar para la construcción y validación de las bases de datos.	Bases de datos diseñadas.	Internos DIPE
CIE DIPE Empresa o ente público contratado.	Instrumentos de recolección de información. Bases de datos diseñadas.	4.2 Capturar la información de los instrumentos de información en las bases de datos diseñadas.	Información de los instrumentos de recolección de información aplicados capturada. Bases de datos integradas	Internos DIPE DIEU
CIE DIPE	Bases de datos integradas.	4.3 Procesar la información contenida en las bases de datos.	Información de las bases de datos procesadas.	Internos CIE DIEU
CIE DIEU	Bases de datos integradas.	4.4 Análisis de la información contenida en las bases de datos.	Información de las bases de datos procesada.	Internos CIE DIEU
Etapas 5. Difusión de resultados. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
CIE DIEU	Información de las bases de datos procesada.	5.1 Elaboración de informes y/o reportes de los resultados derivados del	Informes y/o reportes de resultados elaborados.	Internos CIE DIEU

Tabla AV.9.4. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
		procesamiento y análisis de la información.		
CIE DIEU	Informes y/o reportes de resultados.	5.2 Envío de informes y/o reportes de los resultados, al área solicitante.	Informes y/o reportes de resultados elaborados.	Internos Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.
Etapas 6. Diseño e implementación de acciones de mejora. Se operacionaliza de acuerdo con las funciones sustantivas establecidas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones para la Coordinación de Información Estratégica y la División de Investigación y Estudios de Usuarios.				
Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.	Informes y/o reportes de resultados.	6.1 Análisis informes y/o reportes de resultados, para el establecimiento de acciones de mejora.	Acciones de mejora establecidas.	Internos Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.
Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.	Acciones de mejora establecidos.	6.2 Implementación de las acciones de mejora establecidas. FIN DEL PROCESO QUEJAS Y SATISFACCIÓN VERTIENTE SATISFACCIÓN SATISFACCIÓN DE USUARIOS	Mejoras implementadas. Mejora en la satisfacción de los usuarios.	Internos Dirección normativa solicitante. OOAD Unidades médicas de los tres niveles de atención.

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión del Manual de Organización de la Dirección de Planeación estratégica Institucional (DPEI) (IMSS/MO DPEI, 2020, págs. 41-46).

Esquema AV.9.4 Flujograma del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción. Vertiente Satisfacción. Modalidad Satisfacción de Usuarios



Anexo V.10 Proceso de Monitoreo y Evaluación

Las etapas y principales actividades globales que se describen a continuación se identificaron en la normativa institucional referida en los documentos organizativos y normativos siguientes:

1. Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Programa Institucional del IMSS 2020-2024.
3. Manual de Organización de la Dirección de Finanzas.
4. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas.
5. Manual de Organización de la Dirección de Administración.
6. Manual Metodológico de Indicadores Médico 2018.

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
(Servidores públicos, organismos, ciudadanos)	(Insumos; documentos; requisitos; sistemas)	(Las actividades globales se relacionan con procedimientos médicos que se citan, en cada caso, de forma particular)	(Productos; bienes o servicios; documentos)	(usuarios internos, externos del proceso)
INICIO DEL PROCESO MONITOREO Y EVALUACIÓN				
Etapas 1. Realización de acciones de monitoreo programático y presupuestal.				
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN	Lineamientos para la revisión, actualización, mejora, calendarización y seguimiento de los Indicadores de Desempeño de los Programas Presupuestarios para el Ejercicio Fiscal respectivo. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Ficha Técnica de los Indicadores de desempeño	1.1 Seguimiento de indicadores de la MIR, de acuerdo con su periodicidad. Pasa a la actividad 1.4.	Registro de avance de las metas de los indicadores de desempeño en el PASH, de acuerdo con su periodicidad. Informes de "Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal", publicados en la Página de	Interno DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE DA

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- CUMAE - DA - CCSG - CCA	(estratégicos y de gestión) de la MIR. PASH SIEED. MEED.		Transparencia Presupuestaria de la SHCP". Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobado en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo. Fichas de Monitoreo y Evaluación publicadas en la página electrónica del CONEVAL. Cuenta Pública.	- CCSG - CCA UAM - CAISN - CUMAE Externo SHCP CONEVAL
DF - CEPF - DPM	Plan Nacional de Desarrollo vigente Informes institucionales Informes de la DPM	1.2 Seguimiento de indicadores del Programa Institucional del IMSS y de la DPM. Pasa a la actividad 1.4.	Informe anual de avance del Programa Institucional del IMSS. Informe de avances del Programa de Trabajo de la DPM.	Interno Externo Presidencia de la República. Cámara de Diputados Secretaría de Salud
DF - CTGP - CTPyED	Portal de Transparencia Presupuestaria de la SHCP. Sistema de Evaluación Específica de Desempeño (SIEED) del CONEVAL. Módulo de Información para la Evaluación Específica de Desempeño (MEED), del CONEVAL.	1.3 Seguimiento del ejercicio del presupuesto. Pasa a la actividad 1.4.	Informes de Avance de Gestión Financiera. Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobado en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo. Fichas de Monitoreo y Evaluación publicadas en la página electrónica del CONEVAL. Cuenta Pública.	Interno DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				- CCA Externo SHCP CONEVAL
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA	Informes de Avance de Gestión Financiera. Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobado en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo. Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal", publicados en la Página de Transparencia Presupuestaria de la SHCP".	1.4 Análisis del avance en el cumplimiento de las metas de indicadores y del ejercicio presupuestal. ¿hay desviaciones en el cumplimiento de las metas/ejercicio del presupuesto? Sí. Pasa a la actividad 1.5. No. Pasa a la actividad 2.1	Identificación de causas de las desviaciones.	Interno DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE DA - CCSG - CCA UAM Externo SHCP CONEVAL
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG	Informes de Avance de Gestión Financiera. Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobado en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo. Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal", publicados en la Página de Transparencia Presupuestaria de la SHCP".	1.5 Definición e implementación de acciones para corregir/mitigar las desviaciones.	Acciones para corregir las desviaciones.	Interno DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE DA - CCSG - CCA UAM Externo

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
- CCA				SHCP CONEVAL
Etapas 2. Realización de acciones de evaluación interna.				
UEIPS - CPS • DIS • DIE	Manual de Metodológico de Indicadores Médicos Anterior. Guías de Práctica Clínica. Programa Sectorial de Salud Vigente. Programa Institucional del IMSS Vigente. Normas Oficiales Mexicanas. En materia de Salud, relacionadas con los indicadores establecidos. Priorización de problemas de salud por atender.	2.1 Actualización y difusión del Manual Metodológico de Indicadores Médicos.	Manual Metodológico de Indicadores Médicos actualizado y publicado.	Internos DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE - CDTOTC UEIPS - CES - CIS - CPoIS DPES UPEST - CST Coordinación de Información y Análisis Estratégico (CIAE) en OOAC Oficinas de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC) en UMAE. UMF UH 2do. Nivel UMAE
UMF UH 2do. Nivel UMAE	Manual Metodológico de Indicadores Médicos. Información de los indicadores de las unidades médicas. Sistema de Información en Salud.	2.2 Registro y/o corrección de la información de los indicadores por las áreas responsables de los indicadores en el Portal de Intranet de la División de	Información de los indicadores registrada en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica	Internos CIAE OIMAC

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
	Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.	Información Epidemiológica.		
CIAE OIMAC	Información de los indicadores por las áreas responsables de los indicadores en el Portal de Intranet de la División Información Epidemiológica.	2.3 Revisión y validación de la información.	Información de los indicadores registrada en el Portal de Intranet de la División Información Epidemiológica.	Internos DPM UAPS - CAISPN - CVE • DIE UAM - CAISN - CUMAE - CDTOTC UEIPS - CPS • DIS
DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE - CDTOTC UEIPS - CES - CIS - CPolS DPES UPEST - CST	Información de los indicadores registrada en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica	2.4 Monitoreo y análisis de información.	Resultados de los indicadores	Internos UAPS - CAISPN - CVE • DIE UEIPS - CPS • DIS

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
UAPS - CVE • DIE UEIPS - CPS • DIS	Resultados de los indicadores.	2.5 Difusión de resultados en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.	Resultados publicados en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.	Internos DPM UAPS - CAISPN - CVE • DIE UAM - CAISN - CUMAE - CDTOTC UEIPS - CES - CIS - CPoIS - CPS • DIS DPES UPEST - CST CIAE OIMAC UMF UH 2do. Nivel UMAE
Etapas 3. Realización de acciones de evaluación externa				
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED	Programa Anual de Evaluación (PAE). Modelo de Términos de Referencia del CONEVAL	3.1 Coordinar el procedimiento de contratación de las evaluaciones conforme a los procesos, atribuciones y disposiciones aplicables.	Anexo Técnico (Términos de Referencia) específicos para la realización de cada una de las evaluaciones.	Internos DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
				- CAISN - CUMAE - DA - CCSG - CCA - Externos - CONEVAL - Evaluadores Externos
DF UOF CPIP - CTPyED - DPPyED	Anexo Técnico (Términos de Referencia) específicos para la realización de cada una de las evaluaciones. Informes parciales de las evaluaciones.	3.2 Dar seguimiento a los procesos de evaluación.	Comentarios a los informes parciales a las evaluaciones.	Externos Evaluadores Externos
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA	Informe final de las evaluaciones.	3.3 Revisar los resultados y productos de las evaluaciones.	Informe final de las evaluaciones validados.	Internos DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA Externos CONEVAL
DF UOF	Informe final de las evaluaciones.	3.4 Coordinar la integración de la posición	Documento de posición institucional	Internos DF

Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

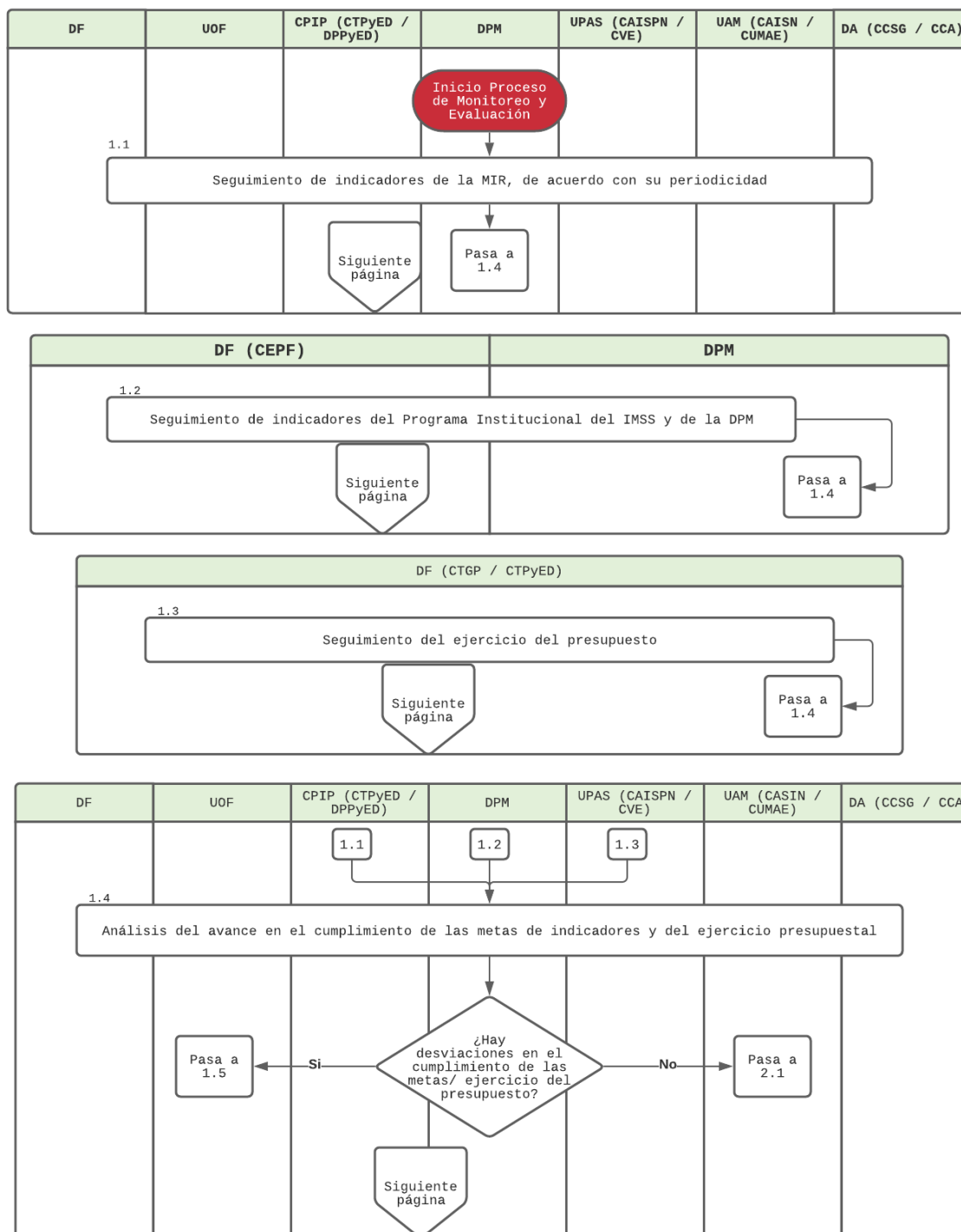
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
CPIP - CTPyED - DPPyED	Formato de Posición Institucional	institucional respecto de las evaluaciones.		UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA Externos CONEVAL Evaluadores Externos
DF UOF CPIP - CTPyED - DPPyED	Informe final de las evaluaciones. Documento de Posición Institucional Página de Transparencia del IMSS.	3.5 Difundir de manera pública y al interior del Instituto, los resultados de las evaluaciones.	Informe final de evaluación publicado en la página de transparencia del IMSS	Internos DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA

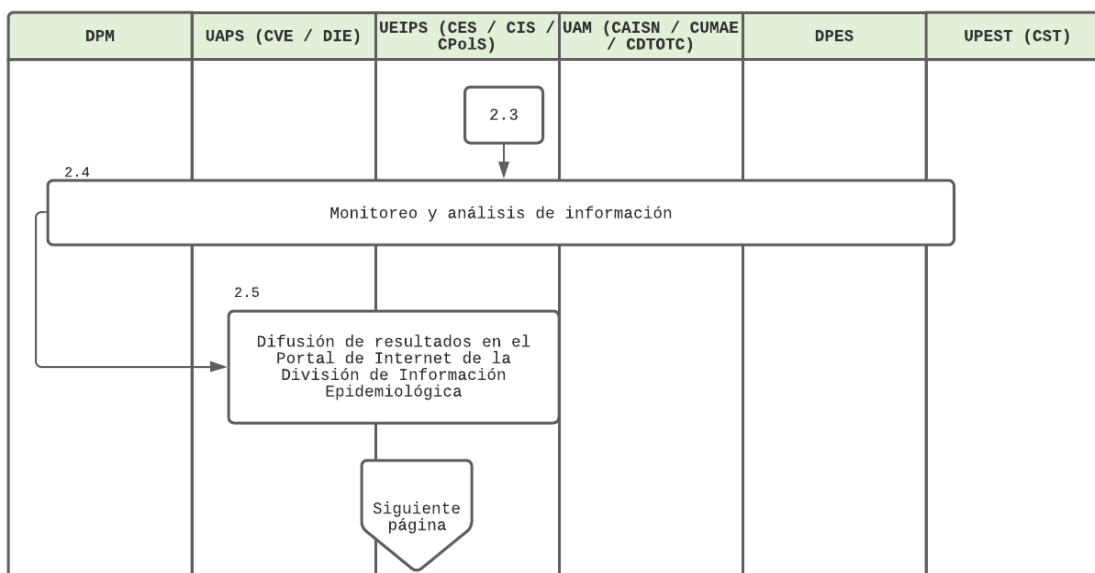
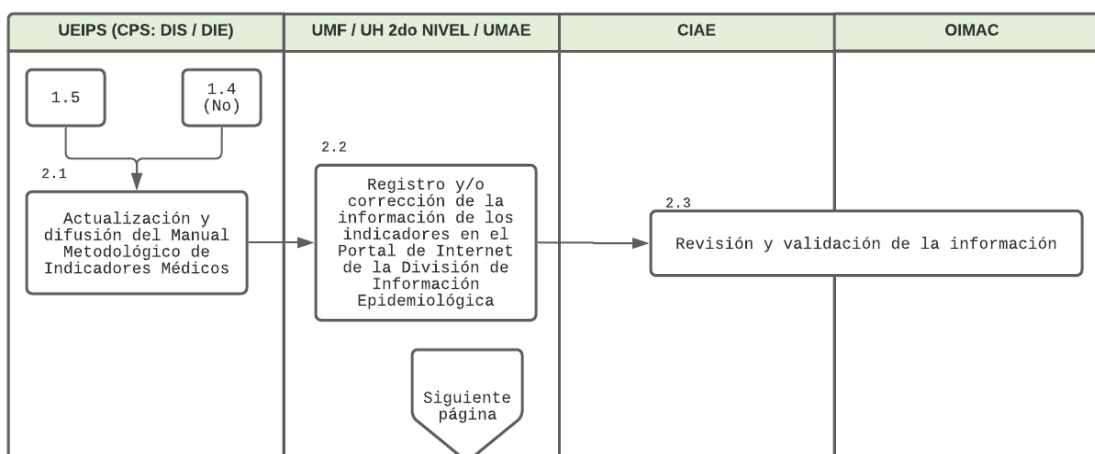
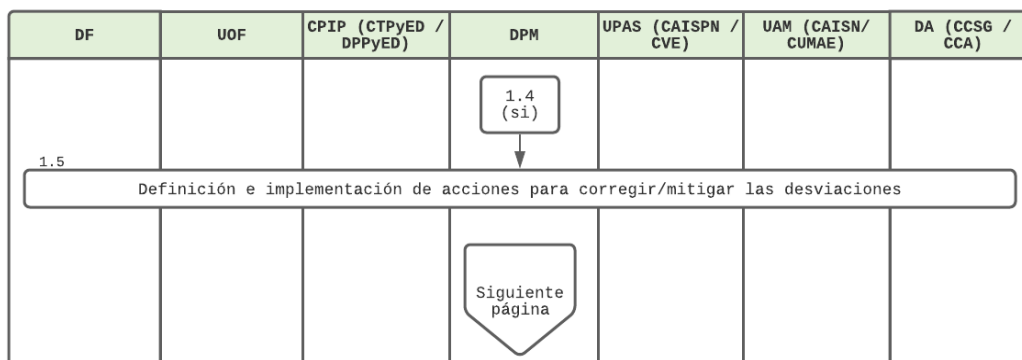
Tabla AV.10. Descripción general de etapas y actividades globales del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

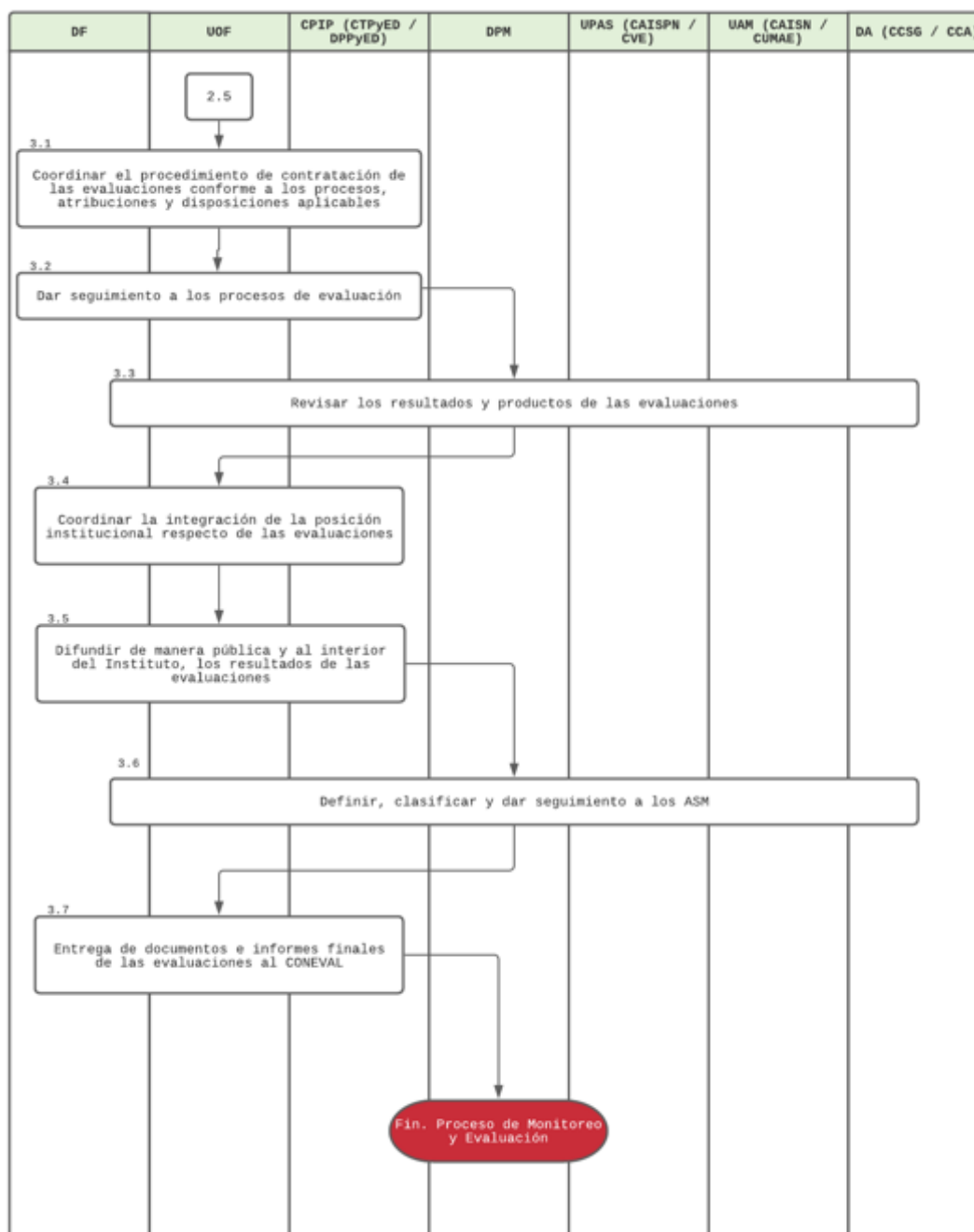
Proveedor ¿Quién lo hace? (1)	Entradas del proceso ¿Con qué lo hace? (2)	Principales etapas y actividades globales ¿Qué es lo que se hace? (3)	Salidas del Proceso ¿Qué se obtiene? (4)	Usuarios ¿Para quién lo hace? (5)
DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE UAM - CAISN - CUMAE DA - CCSG - CCA	Informe final de las evaluaciones. Mecanismo para el Seguimiento de ASM 2011, del CONEVAL/SHCP/SFP Guía del Sistema de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) del CONEVAL Sistema de Aspectos Susceptibles de Mejora del CONEVAL.	3.6 Definir, clasificar y dar seguimiento a los ASM.	ASM definidos y clasificados. Documento de trabajo Documento de Trabajo de ASM Documento Institucional de ASM. Documento de Posición Institucional de ASM.	Internos DF UOF CPIP - CTPyED • DPPyED DPM UAPS - CAISPN - CVE DA - CCSG - CCA UAM - CAISN - CUMAE Externos CONEVAL
DF UOF CPIP - CTPyED - DPPyED	Informe final de las evaluaciones. Documento de Posición Institucional Página del CONEVAL.	3.7 Entrega de documentos e informes finales de las evaluaciones al CONEVAL. FIN DEL PROCESO MONITOREO Y EVALUACIÓN	Publicación de informe final de las evaluaciones y documentos de posiciones institucionales en la Página del CONEVAL	Externos CONEVAL

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normativa institucional y federal correspondiente.

Esquema V.10. Flujograma Proceso Monitoreo y Evaluación







Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de descripción general de etapas y actividades globales del Proceso.

Anexo VI. Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información de los Procesos del Programa (Anexo V del AT)

Anexo VI.1 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 1. de Planeación

Proceso: 1. Planeación		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
Límites	Inicio	El proceso de planeación inicia en la Etapa 1. Alineación y definición de los objetivos al identificar, caracterizar y cuantificar a la población potencial, objetivo y adscrita (atendida), así como las necesidades en materia de atención a la salud y de gestión administrativa.
	Fin	- En la Etapa 3. Presupuestación, se da el ejercicio y control del POA, la evaluación y seguimiento del desempeño de sus indicadores en el ámbito de su competencia a través del cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos y el alcance de metas al final de cada ejercicio. - Informar las acciones, compromisos y correcciones a implementar a más tardar 10 días naturales después de recibir el reporte para asegurar el óptimo ejercicio de los recursos asignados.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	Sí, durante la entrevista semiestructurada grupal se mencionó que los tiempos para desarrollar las actividades son adecuados.
	Personal	Sí, durante la entrevista y en el cuestionario electrónico ⁹¹ se menciona que una de las actividades estratégicas en el ámbito de la planeación es la distribución equitativa de los recursos humanos y económicos para la atención a la salud; aunque está condicionada por el suministro completo y la permanencia de los recursos humanos.
	Recursos financieros	No es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes o adecuados para la operación del proceso; a pesar de que su determinación se realiza con base en el análisis del proceso de atención existente, la demanda de atención, la productividad de los procesos de atención y la presión financiera que existe. ⁹²
	Infraestructura	Sí, aunque durante la entrevista y en el cuestionario electrónico se menciona que el crecimiento de la infraestructura no es acorde con el crecimiento de la derechohabencia.
	Otros	No se identifican.
Productos	Productos del Proceso	Productos de la Etapa 1: 1. Diagnóstico situacional actualizado de la atención a la salud. Productos de la Etapa 2: 1. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). 2. PAT de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel.

⁹¹ Prestador de servicios perteneciente a la UMAE - Baja California- HES 2 CMN Noreste Obregón. Cuestionario electrónico contestado el 18 de septiembre de 2020.

⁹² Prestador de servicios perteneciente a oficinas centrales. Cuestionario electrónico contestado el 18 de septiembre de 2020.

Anexo VI.1 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 1. de Planeación

Proceso: 1. Planeación		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		3. PAT de la Coordinación de Atención Integral del Segundo Nivel. 4. PAT de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Productos de la Etapa 3: 1. Clave presupuestaria y estructura programática para el ejercicio fiscal precedente. 2. POA.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Sí, el Proceso de Planeación es el primero y sirve de base a la ejecución, operación y rendición de cuentas del Programa.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	1. Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED). 2. Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP). 3. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Módulo de Presupuesto basado en Resultados (PBR)-Evaluación del Desempeño (PASH) 4. Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI). 5. Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto del PREI (SOAP).
	Tipo de información recolectada	En el Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED) se coloca el diagnóstico situacional actualizado incluyendo la evolución de la cobertura del Programa e identificación de necesidades de recursos humanos, materiales y financieros. En el Sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP), se encuentra el grado de contribución del Programa a los objetivos de salud institucionales, el grado de contribución del programa a los objetivos sectoriales en materia de salud y el grado de contribución del Pp con las metas de los ODS. En el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Módulo de Presupuesto basado en Resultados (PBR)-Evaluación del Desempeño (PASH) se encuentra la MIR y se incluye el Diagnóstico del Pp E01 (2019); mismo que también se registra en la página del CONEVAL.⁹³ En el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI) se validan acciones de seguimiento en la aplicación de lineamientos del PbR y el SED, y el anteproyecto de presupuesto del Programa. En el Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto del PREI (SOAP) se realiza el proceso de distribución inicial del gasto.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Sí, los sistemas mencionados son útiles para la evaluación del desempeño, para realizar el proceso de programación y presupuesto y para dar seguimiento a los recursos institucionales y los ajustes al presupuesto.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Sí, la entrevista semiestructurada grupal y las respuestas vertidas en el cuestionario electrónico muestran que los servidores públicos entrevistados asumen que la DPM es el área que coordina el proceso

⁹³ <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx#k=Diagn%C3%B3stico>.

Anexo VI.1 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 1. de Planeación

Proceso: 1. Planeación	
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso
	a nivel operativo. Aunado a esto, conocen las áreas que participan en cada una de las etapas del proceso y sus aportaciones al mismo. Los actores enuncian las actividades principales del proceso y conocen el orden en que se desarrollan; han hecho uso de diversos documentos como los manuales operativos, programas anuales de trabajo, diagnóstico situacional vigente, entre otros para el desarrollo de actividades relacionadas con el proceso desde su ámbito de responsabilidad. Los prestadores de servicios entrevistados mencionan que la planeación dentro de los procesos de administración de la salud es el pilar fundamental que permite de forma ordenada llegar a un objetivo, ya sea articulándose en términos de generar planeación estratégica, táctica u operativa y generando la evaluación del impacto de dichas medidas, tal como se realiza en el ciclo de mejora continua P-H-V-A.⁹⁴ La coordinación del IMSS con instancias externas se da a lo largo del proceso.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	Sí, el proceso no sólo es pertinente es básico y primordial para el cumplimiento de los objetivos del Programa ya que no se puede ejecutar u operar un Programa que no ha sido planeado.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

⁹⁴ Prestador de servicios perteneciente a oficinas centrales.

Anexo VI.2 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Proceso 2. Abasto de Medicamentos e Insumos		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Abasto de Medicamentos e Insumos
Límites	Inicio	El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos inicia con la determinación de necesidades de acuerdo con la asignación de techos presupuestales y posteriormente, la autorización del Consejo Técnico. En un siguiente momento se envía a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para someterse a la Cámara de Diputados. Con base a esa autorización, se inicia el proceso de compra y adquisición de medicamentos.
	Fin	Y finaliza con la farmacovigilancia de los medicamentos y su impacto en la calidad, seguridad y costos de la atención.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	De acuerdo con la revisión de la normatividad que regula el proceso y la información generada durante la entrevista del proceso, se identificó que se tienen tiempos estimados para llevar a cabo la licitación de medicamentos e insumos, sin embargo refieren que en virtud de los cambios administrativos esto ha presentado retrasos en la compra, entrega y distribución de medicamentos a las unidades, lo que representa un impacto en la atención y genera costos adicionales por compra emergente de bienes de consumo en unidades médicas.
	Personal	Durante la entrevista hacen referencia a falta de recursos humanos en general.
	Recursos financieros	Durante la entrevista los servidores públicos manifestaron que los recursos financieros son insuficientes, no existe correlación entre las necesidades y el presupuesto asignado; aunado a los cambios en la política pública respecto de la centralización de la compra medicamentos y la inclusión de un actor responsable de la distribución de los medicamentos, lo que impacta en los tiempos de entrega del producto.
	Infraestructura	Durante la entrevista, se hace énfasis en la infraestructura tecnológica, que permite la trazabilidad del abasto de medicamentos e insumos como son los SAIF y la vigilancia farmacológica a través del SIFAVI. Se hizo mención que la distribución de medicamentos a los servicios hospitalarios en Unidades Médicas de Alta Especialidad se realiza a través de un Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT).
	Otros	Durante la entrevista del proceso, se menciona que se cuenta con sistemas adicionales de elaboración propia para la captura de información relativa a los procesos de licitación y/o compra, así como a la consolidación de listados de medicamentos, en virtud de que el sistema no cuenta con estos módulos.

Anexo VI.2 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Proceso 2. Abasto de Medicamentos e Insumos		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Abasto de Medicamentos e Insumos
Productos	Productos del Proceso	Cuadro Básico Institucional Dotación de medicamentos prescritos a los derechohabientes. Reportes en Sistema de Abasto Institucional de Farmacias. Notificaciones de las sospechas de Reacción Adversa en el Sistema de Farmacovigilancia. Otros (Notas médicas y prescripción, formatos de prescripción, reportes y registros en la libreta sanitaria).
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos se articula con procesos previos como son: Urgencias, Consulta Externa, de Hospitalización y con el de Quejas y Satisfacción, en caso de que un derechohabiente presente una queja relacionada con el Abasto de Medicamentos e Insumos.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	SAIF: Sistema de Abasto Institucional de Farmacias. SIFAVI: Sistema de Farmacovigilancia.
	Tipo de información recolectada	SIFAVI: Notificaciones de Avisos de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos. SAIF: Abasto de medicamentos. Subsistema de Farmacia.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	La información generada en los sistemas permite el monitoreo del proceso de la medicación en el Instituto.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Se identifica una coordinación adecuada entre los actores para la ejecución del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos, la cual se realiza a través de los sistemas de abasto, en el que se reportan las existencias de medicamentos y material de curación, lo que a criterio de los entrevistados permite la comunicación entre delegaciones y la eficiencia de los recursos. Sin embargo, la oportunidad en la compra y abasto de medicamentos e insumos en ocasiones se supedita a las vías de comunicación o a la oferta de proveedores. Se mencionó la importancia del Comité de Farmacia y Terapéutica para identificar problemáticas relativas al abasto de medicamentos, calidad, cambios en la normatividad o problemas en su producción por la industria farmacéutica. Durante las entrevistas se cuestionó acerca de los mecanismos existentes para emitir alguna inconformidad relacionada con la

Anexo VI.2 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Proceso 2. Abasto de Medicamentos e Insumos	
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso
	Abasto de Medicamentos e Insumos
	recepción de los insumos o medicamentos, por lo que el personal mencionó que existen formatos para la devolución del medicamento. Además de lo anterior, se hizo referencia a la existencia de un Programa de Optimización de Inventarios el cual permite el intercambio de insumos entre delegaciones (OOAD) en caso de emergencia.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	La importancia estratégica del Programa Abasto de Medicamentos e Insumos radica en que una adecuada gestión organizacional incide en la atención de los derechohabientes; sin embargo, a criterio de los servidores públicos entrevistados no incide de manera directa en la disminución de la tasa de morbilidad de la población derechohabiente objetivo del Programa.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VI.3 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proceso: 3. Seguridad en la Infraestructura		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Vertiente Atención a Quejas Vertiente Satisfacción
Límites	Inicio	Inicio: con la detección de necesidades de conservación a través del PAO 01 (la programación) donde se cargan todas las actividades necesarias y el PAO 2- (la presupuestación) para tener en óptimas condiciones a las unidades.
	Fin	Fin: la supervisión de los servicios contratados que realiza el personal técnico y que realizan las jefaturas de conservación de unidad, las jefaturas de departamento, para ver como se está comportando el ejercicio de presupuesto, los trabajos que están llevando a cabo en algunas de las unidades. En opinión del personal entrevistado no termina, es algo cíclico, la responsabilidad de conservación es seguir supervisando y garantizando que los equipos continúen en operación.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	El personal servidor público que opera el proceso en las unidades médicas refiere que las etapas y actividades del proceso se realizan acorde con los tiempos establecidos en la normatividad aplicable. Se comenta que el orden para abordar las acciones de conservación se ve influido por la prioridad y se detectan cuáles pueden ser inaplazables, necesarias, susceptibles de aplazar. Las inaplazables significa que si se suspenden se puede causar la suspensión del servicio, las necesarias no causan la suspensión del servicio, pero evitan el deterioro, y las susceptibles de aplazar, son para mejorar o para prevenir algún riesgo; es así, como se van atendiendo las intervenciones de conservación, considerando los recursos presupuestales asignados.
	Personal	Durante la entrevista, se refirió que el personal servidor público que participa en la operación del proceso es adecuado, pero se identifica como área de oportunidad la falta de cobertura de plazas, perjudica mucho la capacitación y la concienciación de las personas al cuidado de las instalaciones y de equipos médicos. La determinación de plantillas de conservación y de limpieza, es muy importante, en la división de conservación se realiza la determinación de la plantilla de conservación, técnicos y de limpieza en relación al tamaño de los inmuebles, determinando una cantidad óptima del personal que le toca por las necesidades que tiene, por el tipo de máquinas, equipos y tamaño de las áreas en el caso de la limpieza; estas necesidades se envían al área de personal, de fuerza de trabajo para que impacte en la delegación; el área de personal en delegaciones es la responsable de llevar a cabo el proceso de contratación, previa presupuestación y autorización de las áreas de personal de nivel central.
	Recursos financieros	El personal servidor público participante en la entrevista refiere que en el área de conservación se detecta una gran cantidad de actividades por realizar que se tienen pendientes y que se han aplazado con el paso del tiempo y que no han permitido mejorar algunos aspectos de conservación y mejoras de imagen,

Anexo VI.3 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proceso: 3. Seguridad en la Infraestructura		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Vertiente Atención a Quejas Vertiente Satisfacción
		mantenimiento a equipos; en la elaboración de PAO 2, se programan priorizando de acuerdo con los recursos disponibles lo que puede cubrirse durante el ejercicio presupuestal. Los recursos no son suficientes, son finitos y eso conlleva que se desatiendan algunas otras actividades. También se comenta que hay necesidades prioritarias de inmuebles relacionadas con la seguridad, como el mantenimiento de la cimentación, sistemas de pararrayos, entre otros, los cuales ya se tienen contemplados cada año, pero también hace énfasis en que existen necesidades nuevas que deberán incluirse, derivadas de los reacondicionamientos de las áreas, que por necesidades médicas o epidemiológicas, han sido susceptibles de modificación, en esos casos algunos recursos tienen que ser considerados de manera extraordinaria.
	Infraestructura	En opinión de los participantes la infraestructura en el Instituto es adecuada para la prestación de los servicios de salud, administrativos y recreativos es adecuada, aunque se comenta de la antigüedad de algunas instalaciones y equipos que incrementan las necesidades de conservación y mantenimiento.
	Otros	No se identifican.
Productos	Productos del Proceso	La atención oportuna, eficiente de las condiciones de seguridad que tiene el paciente para recibir la atención médica. Infraestructura, instalaciones y equipo médico y administrativo que funcione correctamente y sea seguro y confiable. Los auxiliares de diagnóstico como laboratorio, patología, imagenología funcionen y sean confiables. Otorgar fluidos y energéticos seguros, confiables, económicos, y el equipamiento, que siempre sean confiables. Áreas físicas limpias y desinfectadas.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Sí, Seguridad en la infraestructura corresponde a un proceso administrativo que se articula de manera directa con los procesos sustantivos de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencia y, Calidad y Seguridad, así como con el proceso de Quejas y Satisfacción. La vinculación se relaciona directamente con el propiciar que los servicios de salud se presten con oportunidad y que sean seguros y confiables. Con un menor riesgo para el personal de salud, el paciente y acompañantes, y lograr un menor índice de Infecciones asociadas a la atención a la salud.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	A través de la revisión de la normatividad se identifica el empleo de los sistemas de información:

Anexo VI.3 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proceso: 3. Seguridad en la Infraestructura		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Vertiente Atención a Quejas Vertiente Satisfacción
		SICWEB Sistema institucional de los servicios de conservación para registrar instalaciones de "Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario". SISPAO para la elaboración de PAO 1 detección de necesidades de conservación y el PAO 2 programación presupuestal y seguimiento mensual de las acciones de conservación. NIC Nivel Integral de Conservación.
	Tipo de información recolectada	SICWEB Sistema institucional de los servicios de conservación permite registrar instalaciones de "Prontuario por especialidad de inmuebles, instalaciones, equipos y mobiliario, y su seguimiento en acciones de conservación. A través del Nivel Integral de Conservación (NIC) se conocen los avances mensuales de los programas de mantenimiento y del personal técnico. Mediante el PAO 1 se realiza la detección de necesidades de conservación y el PAO 2 la programación presupuestal y seguimiento mensual de las acciones de conservación.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Sí. El NIC permite tener una fotografía mensual del avance de los procesos y los programas de mantenimiento y del personal técnico; permite dar el seguimiento diario, el módulo de servicio cuenta con un área de observaciones, donde se puede conocer alguna necesidad extraordinaria, así como la satisfacción del usuario. En opinión de los entrevistados se identifica como área de oportunidad la sistematización de las órdenes de servicio, que se realizan en forma manual.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Si. Se identifica coordinación con instancias externas al IMSS como protección civil, seguridad pública y otras organizaciones, se lleva una estrecha relación con ellas. Otra forma de coordinación del Proceso de Seguridad en la Infraestructura se da a través de la participación con los comités como el Comité de calidad y seguridad del paciente (COCASEP) donde se interacciona con los distintos niveles y servicios de atención a la salud, se analizan los casos de algunos eventos centinelas, adversos o cuasifalla, para establecer las medidas preventivas en una manera multidisciplinaria para evitar la recurrencia del suceso. Es importante la participación en las Comisiones mixtas de seguridad e higiene. Otras áreas de coordinación se dan con la coordinación de abasto como área técnica en la licitación de insumos de limpieza, con el área médica también hay coordinación a través del programa de administración de riesgos, administración de riesgos institucionales, el modelo de seguridad al paciente, en los proyectos de sustitución de equipo electromecánico, a cargo de la División de Conservación, con la coordinación de capacitación en la capacitación del personal técnico de la rama de conservación. Con las áreas de finanzas para el

Anexo VI.3 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Proceso: 3. Seguridad en la Infraestructura		
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso	
	Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
	proyecto de presupuesto, para el ejercicio subsecuente para el registro de cartera de inversión, ente otros.	
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	Sí, su importancia radica en que la ejecución adecuada del Proceso de Seguridad en la Infraestructura puede brindar ambientes, instalaciones y quipos seguros y funcionales, permiten al derechohabiente que demanda los servicios médicos, atender la morbilidad, disminuir de manera directa los días de estancia hospitalaria, así como el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias y se contribuye a la disminución de la morbilidad de los derechohabientes.	

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VI.4 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proceso: 4. Verificación de la Derechohabiencia		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
Límites	Inicio	- El solicitante llega a ventanilla en UMF para darse de Alta. - El responsable del trámite ante el IMSS verifica que la persona que se presenta sea la acreditada.
	Fin	- El responsable del trámite ante el IMSS entrega al solicitante la Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B. - El responsable del trámite ante el IMSS archiva un tanto del "Aviso de prolongación de servicios médicos" en archivo cronológico.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	Si, la verificación de la vigencia de derechos en el Sistema demora en promedio 15 min.
	Personal	Sí, durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se cuenta con personal en el área de afiliación y vigencia en UMF. En UMH y UMAE se cuenta con personal adscrito que realiza las actividades de verificación. Asimismo, se toma en consideración las coberturas del ausentismo programado y no programado. Se refiere también que las plazas se van generando conforme al crecimiento de la Unidad. Destaca también que se cuenta con el Procedimiento para el trámite de propuestas para la actualización al catálogo de plazas, clave 1A12-003-030⁹⁵ y el Procedimiento para la planeación y definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra, clave 2900-003-002 con la cual hace la planeación de la cantidad de personal necesario por cada tipo de Unidad con base en la cantidad de derechohabientes que se espera recibir.
	Recursos financieros	El personal servidor público participante en la entrevista refiere que existe una mayor cantidad de recursos financieros en las UMAE a diferencia de las UMF; sin embargo, con las respuestas emitidas, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso.
	Infraestructura	Si, durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se mencionó que la infraestructura requerida para llevar a cabo este proceso se relaciona principalmente con equipo de cómputo. Se cuenta con equipo de cómputo en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) en hospitales de segundo nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE); no obstante, durante la entrevista realizada

⁹⁵ La actualización al catálogo de plazas es la creación, cancelación, reincorporación, reordenamiento, y/o reubicación de plazas, que afecte las plantillas de personal (IMSS-NEDGC, 2017).

Anexo VI.4 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proceso: 4. Verificación de la Derechohabiencia		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso refirió que en UMF no son suficientes, a diferencia de las UMAE donde se menciona que cuentan con un mayor número de equipos de cómputo debido a que tienen más presupuesto; se refiere también que el equipo de cómputo en ocasiones puede estar un tanto obsoleto, pero cumple con su función, por lo que sí es adecuado. En cuanto a los recursos tecnológicos las unidades dependen en gran medida de la Dirección de Avances Tecnológicos quien proporciona los equipos de cómputo y plataformas; y de la Dirección de Incorporación y Recaudación a través de la División de Vigencia de Derechos quien revisa los requerimientos técnicos normativos para el diseño y mantenimiento de los sistemas y programas informáticos para la automatización de los procesos en materia de registro y control de las y los derechohabientes y certificación de la vigencia de derechos (IMSS/MO DIR, 2018, pág. 101). Bajo este contexto, los requerimientos de infraestructura tecnológica no dependen específicamente del área médica.
	Otros	No se identifican.
Productos	Productos del Proceso	Productos en UMF: • Caratula de la Cartilla Nacional de Salud con firma del asegurado y sello de vigencia. • "Solicitud de Registro o Aviso de Baja de Beneficiario" SAV-002, clave 9220-009-601. • "Aviso de prolongación de servicios médicos". • Constancia de Vigencia IMSS-02-020-B • Censo de población a través de la integración y actualización del registro y control de los derechohabientes, lo cual brinda información que permite sectorizar por grupo etario los programas del Instituto. Productos en Unidades Médicas de Segundo y Tercer nivel de atención: • Formato de "Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98". • Formato de "Control e Informe de la Consulta Externa" 4-30-6/99. • Formato "Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias" clave 2660-009-120 (Anexo 1) • Formato "Solicitud de verificación de vigencia de derechos del paciente al ARIMAC 24-30-021-101 (anexo 11)". Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se refirió que otros productos (intangibles) que resultan de la verificación de la derechohabiencia son los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, programas de prevención, servicios de apoyo como laboratorio, gabinete; en general, todos los servicios médicos que necesite el usuario.

Anexo VI.4 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proceso: 4. Verificación de la Derechohabiencia		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Si, el proceso de verificación de la derechohabiencia permite el acceso del derechohabiente al servicio de consulta externa, si el solicitante no cuenta con vigencia de derechos no se le puede otorgar este servicio. Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso se refirió que la Verificación de la Derechohabiencia es la puerta de entrada a otros procesos; sin este proceso no se puede otorgar atención médica a los usuarios, no se podrían otorgar la mayoría de los servicios médicos que provee el Instituto.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Como sistema principal: 1. Sistema de Acceso a Derechohabientes Unificado (Sistema AcceDer Unificado). Como sistema secundario: 2. Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (SINDO).
	Tipo de información recolectada	El Sistema AcceDer Unificado es un sistema de información computarizado que permite verificar si el derechohabiente cuenta con vigencia de derechos. Recolecta información como el Número de Seguridad Social (NSS) y CURP del asegurado. AcceDer Unificado concentra la operación de 1,288 sistemas locales en uno centralizado, lo cual permite realizar trámites de manera no presencial, disminuyendo costos y mejorando la seguridad informática (IMSS/PIIMSS Logros, 2015, pág. 12). Por su parte, el SINDO es un sistema de información computarizado que utiliza el IMSS para proporcionar apoyo en el otorgamiento de los servicios y prestaciones a sus derechohabientes. Recaba información relacionada con el nombre del asegurado, NSS, identificación de la empresa con número de afiliación).
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Si, el sistema AcceDer está entrelazado con todos los servicios que requiere el derechohabiente, como Hospitalización, Urgencias y laboratorio, esta unificación permite que la información relacionada con el derechohabiente esté disponible tanto en primer, segundo y tercer niveles de atención y áreas administrativas, por lo que su uso puede brindar información para el monitoreo.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Sí, durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso, se comentó que el Sistema AcceDer Unificado está unificado para los tres niveles de atención lo que permite que la verificación de la vigencia tanto en el primer, segundo y tercer nivel de atención se haga por medio del mismo Sistema, esto permite una sistematización y operacionalización efectiva del Proceso lo que facilita que los responsables del trámite de verificación en las Unidades Médicas cuenten con un Sistema homologado que brinda la misma información actualizada del derechohabiente y su familia (en caso de estar datos de alta).

Anexo VI.4 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Proceso: 4. Verificación de la Derechohabiencia	
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso
	En cuanto a la coordinación con otras instancias, destaca la coordinación que se da a través el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica en cuyo Procedimiento se establecen las actividades para validar la vigencia de derechos al IMSS de las mujeres registradas como derechohabientes del IMSS que hayan recibido atención por Emergencia Obstétrica (EO) en los hospitales del ISSTE o de la SS (IMSS/CAEO, 2020). Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas encargado de la operación del Proceso se hizo referencia a la coordinación con IMSS BIENESTAR quien brinda servicio a la población con o sin derechohabiencia; se mencionó que existe un vínculo entre el régimen ordinario y el régimen Bienestar y la verificación de la derechohabiencia se puede hacer en coordinación con UMF o mediante un volante que expide el patrón que el trabajador debe presentar al momento de solicitar atención ya sea en las Unidades de régimen ordinario o IMSS BIENESTAR.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	Sí, el Proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos del Programa ya que es la puerta de entrada a los servicios que ofrece el Instituto, es el primer filtro de atención al paciente; sin este proceso no se podría otorgar atención a la población derechohabiente de todos los grupos de edad.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VI.5 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 5. de Consulta Externa

Proceso: 5. Consulta Externa		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Vertiente Atención a Quejas Vertiente Satisfacción
Límites	Inicio	Primer nivel a) Inicia: el paciente solicita la atención médica, en el área de consulta externa de la UMF es recibido por la asistente médica Segundo nivel a) Inicia: con agendar una cita. Tercer Nivel a) Inicia: con la agenda de la cita donde se programará la primera atención, de acuerdo con la misma se realizará apertura del expediente.
	Fin	Primer nivel b) Finaliza: Cuando concluye la atención médica y refiere al paciente a los servicios internos para acciones preventivas faltantes o a otro servicio. Segundo nivel b) Finaliza: con el producto de la consulta externa brindada por el médico no familiar, derivado a su UMF con tratamiento o a otra unidad. Tercer nivel b) Finaliza: cuando se contra refiere a su HGZ o UMF con instrucciones para su seguimiento.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	El personal servidor público que opera el Proceso de Consulta Externa en las unidades médicas de los tres niveles de atención refiere que las etapas y actividades del proceso se realizan acorde con los tiempos establecidos en la normatividad aplicable. En la entrevista se comenta el desarrollo de estrategias implementadas que permiten acortar los tiempos de espera hacia los derechohabientes, como es el programa de UNIFILA que en caso de no contar con una cita previa puede solicitar atención médica el mismo día, se le puede otorgar una cita oportuna o realizar su atención durante ese mismo día. El paciente puede solicitar su atención médica a través de distintos medios, como lo es a través de la aplicación IMSS Digital, a través del call center con un número 800. Una mejor coordinación entre primero y segundo nivel a través de compartir las agendas para obtener una cita de especialidad el mismo día que se solicita, sistema "Hay citas".
	Personal	En la entrevista se comenta que en la institución se tienen indicadores de dotación de fuerza de trabajo por tipo de unidad médica. De acuerdo con su plantilla autorizada, se establece la cobertura y la suficiencia se hace a través de la gestión. La planeación de los recursos humanos considera los periodos vacacionales y los médicos o el personal que se llega a jubilar también se cuantifica para que se vayan gestionando a través de las bolsas de trabajo esa suficiencia de personal. En la entrevista también se hace mención de que se identifica falta de personal en algunas especialidades y subespecialidades y lo que se tiene no es suficiente para cubrir la demanda actual, en algunas regiones en unidades de segundo y tercer nivel. Se identifica que existe una deficiencia

Anexo VI.5 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 5. de Consulta Externa

Proceso: 5. Consulta Externa		
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso	
	Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
		en el personal médico y de enfermería para lograr el 100% de la cobertura de consulta externa.
	Recursos financieros	Los operadores del proceso entrevistados comentan que los recursos financieros no los solicitan los operadores del Programa, se hace a través del área de finanzas. Se considera que no son suficientes y dependen de la autorización financiera hacia el instituto. Se identifican deficiencias en infraestructura, recursos humanos y materiales. Se comenta que cuentan con mecanismos para gestionar recursos financieros y de insumos, que se realizan a través de “proformas”, ya sea de equipamiento médico, proformas para medicinas y materiales de curación, laboratorio, rayos X. Se realizan unas proformas de forma semestral y con la autorización de prestaciones médicas y la coordinación de abastecimiento. Con lo de recursos financieros, se hacen anteproyectos, que son supervisados y avalados por el área de prestaciones médicas y de finanzas.
	Infraestructura	En las entrevistas se manifiesta que se identifican deficiencias en infraestructura, recursos humanos y materiales. Se comenta que anualmente se revisa el inventario físico de unidades, así como la plantilla de recursos, mismo que en junta de gobierno se determinan prioridades que se desahogan ante la comisión constituida por las áreas médica, administrativa y financiera, tanto para rendir cuentas como para solicitar presupuesto. Los operadores entrevistados refieren que se hace la planeación completa para poder tener tanto el recurso material, humano y también se hace una revisión de toda el área de infraestructura para determinar qué es lo que va a hacer falta durante todo el periodo de año.
	Otros	No se identifican.
Productos	Productos del Proceso	Se comenta que los principales productos son los estudios de laboratorio y gabinete solicitados de acuerdo al diagnóstico obtenido con el interrogatorio y exploración física que pudieran sustentar la posibilidad diagnóstica, el tratamiento farmacológico es uno de los principales productos, ya que al tener una conclusión diagnóstica es importante otorgarle un tratamiento farmacológico al paciente para la mejora en su salud. Otros productos identificados por los participantes son: la curación o bien el control de enfermedades, alta del servicio de consulta externa de especialidades, otorgar cita subsecuente, solicitud de interconsulta, programación de cirugía y envío a hospitalización y urgencias.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Sí, CE es un proceso sustantivo que en sus tres vertientes escalonadas ofrece productos que sirven de insumo para el siguiente nivel, y que a su vez es la vía de entrada, a través de la referencia y contrarreferencia. Se articula con los procesos de Urgencias y de Hospitalización y se apoya para su operación con los procesos administrativos. Los entrevistados aportan ejemplos de la utilidad de los insumos del Proceso de CE con otros procesos como los siguientes: realizar estudios de

Anexo VI.5 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 5. de Consulta Externa

Proceso: 5. Consulta Externa			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
		laboratorio y gabinete se puede sustentar un diagnóstico, con el cual se puede iniciar un tratamiento temprano, y se evita un descontrol en la patología del paciente, lo que evita el aumento en las valoraciones en los servicios de urgencias, así como en las hospitalizaciones. Los productos mencionados de la CE facilitan el proceso de atención médica, para generar un diagnóstico y tratamiento oportunos, para disminuir la morbilidad de los derechohabientes del IMSS. Bien empleados estos productos reducen la estancia hospitalaria por diagnóstico oportuno y tratamiento de facto, con ello disminuyen tiempos de hospitalización, agilizan también el proceso quirúrgico que culmina en hospitalización, a su vez las ventajas de disminuir infecciones nosocomiales.	
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Se cuenta con sistemas de información como: Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC). Sistema de información empleado para verificar la vigencia de derechos (ACCEDER). Expediente clínico electrónico (ECE). Sistema de información de atención integral a la salud (SIAIS). Sistema de información de medicina familiar (SIMF). Tableros de control como el Sistema para calcular de Indicador de Oportunidad de la Consulta de Especialidades (INDOCE). Sistema para revisión de estudios de laboratorio. (WinLab). Sistema electrónico de consulta y sistema de información de hospitalización (SIOC). Sistema de Información Médico Operativo (SIMO). Sistema de Abasto Institucional de Farmacias (SAIF). Sistema de Abasto Institucional (SAI). Módulo PREI-Proforma: Plataforma informática utilizada como herramienta para el registro y priorización de las necesidades de equipo médico, instrumental y mobiliario por parte de los directivos de la UMH.	
	Tipo de información recolectada	Con los sistemas de información referidos se obtiene información relacionada con la CE en los tres niveles de atención, como: registro de derechohabientes y la vigencia de derechos; el expediente clínico electrónico; productividad de servicios de la UMF y de la UMH; tableros de control de indicadores, sistemas de abasto y para el registro y priorización de las necesidades de equipo médico, instrumental y mobiliario.	
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Sí, los sistemas de información sirven como herramienta automatizada para conocer y generar datos de la productividad por servicios y recursos humanos participantes, generación de indicadores de desempeño, consumos y estimación de necesidades de insumos y materiales y con ello satisfacer las necesidades de información para el monitoreo del programa, y en particular del Proceso de CE. En opinión de los entrevistados los sistemas de información les permiten mayor agilidad y otorgar la documentación necesaria al paciente como expedición de recetas electrónicas (vinculada con la disponibilidad de	

Anexo VI.5 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 5. de Consulta Externa

Proceso: 5. Consulta Externa			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
		medicamentos), solicitudes de paraclínicos y consultar resultados de laboratorio, entre otros.	
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		De acuerdo con la opinión del personal servidor público entrevistado, la coordinación es estrecha y adecuada, tanto interna entre las unidades de los tres niveles de atención, en la medida en que se cuenta con un proceso para referir a los pacientes, y se realiza de forma de coordinada con el segundo o tercer nivel y la contrarreferencia hacia el primer nivel. Existe coordinación del área médica, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, con el área de finanzas, personal, abasto y de conservación para la asignación de los recursos físicos y materiales para el adecuado desempeño de la Consulta Externa. Otro enlace fundamental es con auxiliares de diagnóstico y tratamiento quienes acorde a la demanda ofrecen la atención para completar la evaluación del paciente y determinar atención a seguir en cada paciente.	
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?		En opinión de los participantes en la entrevista la pertinencia del Proceso de la CE radica en que la atención médico oportuna y eficaz, en base a las guías de práctica clínica facilita el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los pacientes, permitiendo impactar en la morbilidad de los derechohabientes del IMSS. Es muy importante el Proceso de Consulta Externa ya que permite atender a los derechohabientes de forma multidisciplinaria, y con ello lograr el control de las patologías, realizar actividades de prevención, lograr la detección de complicaciones de forma temprana.	

Fuente: elaboración propia con base en información de la revisión de evidencias documentales y la obtenida en las entrevistas al personal responsable de la operación del Proceso de Consulta Externa.

Anexo VI.6 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 6. de Urgencias

Proceso: 6. Urgencias			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso	
		Vertiente Urgencias en General	Vertiente Atención de Urgencia/Emergencia Obstétrica
Límites	Inicio	Registro del paciente y envío al área de Triage.	Recepción y paso inmediato de la paciente.
	Fin	Alta del servicio de Urgencias.	Alta del servicio de Tococirugía.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	De acuerdo con la revisión de la normatividad que regula el proceso y la recabada durante la entrevista del proceso, se identificó que se tienen establecidos los tiempos de atención en el servicio de urgencias de acuerdo con el nivel de gravedad establecido en el Triage. Asimismo, se refiere que, en la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, se refiere que el paciente no debe permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias. Sin embargo, durante la entrevista del proceso se refiere que no se cumple siempre con esta normatividad, debido a que se tiene un déficit de camas hospitalarias, lo que provoca que los pacientes permanezcan más de un turno en el servicio de urgencias. Con respecto a la atención de las emergencias obstétricas, se refiere que el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) se activa en cuanto se identifica una emergencia obstétrica.	
	Personal	Durante la entrevista se refiere un déficit de médicos especialistas en medicina de urgencias, las plantillas están incompletas, principalmente en el turno nocturno y en la jornada acumulada.	
	Recursos financieros	En general, durante la entrevista se refiere suficiencia de recursos financieros. Sin embargo, con la información disponible no es posible asegurar que los recursos financieros sean suficientes para la operación del proceso.	
	Infraestructura	Se refiere que existe un déficit de camas hospitalarias, situación que provoca que los servicios de urgencias se saturen.	
	Otros	Durante la entrevista del proceso, se menciona que, en el servicio de Atención Médica Continua del primer nivel de atención, existen limitaciones para la atención de Urgencias, dado que se carece de servicios de laboratorio y gabinete en el turno nocturno. También se refieren que existe confusión por parte del paciente, entre el servicio de Atención Médica Continua y el Servicio de Urgencias que se presta en los hospitales. El primero es una extensión de la consulta externa de Medicina Familiar, se da atención de pacientes con cierta prioridad por cuestiones de salud y cuando es necesario, se refiere a los pacientes a los servicios de urgencias de unidades hospitalarias de segundo nivel.	

Anexo VI.6 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 6. de Urgencias

Proceso: 6. Urgencias			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso	
		Vertiente Urgencias en General	Vertiente Atención de Urgencia/Emergencia Obstétrica
Productos	Productos del Proceso	Atención oportuna y eficaz de los pacientes, con base en la aplicación del Triage. Estabilización de los pacientes para continuar su atención en la consulta externa o en hospitalización.	
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	El Proceso de Urgencias se articula con los de Consulta Externa y de Hospitalización; ya que, de este servicio se refieren pacientes a Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización. Se menciona que la mayor cantidad de pacientes que ingresa a Hospitalización, provienen del servicio de Urgencias; asimismo, se realizan interconsultas con otros servicios en las unidades hospitalarias, según sea el caso.	
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). Expediente Clínico Electrónico (ECE). Sistema de Información de Optimización de Camas (SIOC). Sistema Aeropuerto. Sistema Triage. Programa de Telemedicina. Sistema Acceder.	
	Tipo de información recolectada	Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF): registro y recolección de los datos que se generan en el proceso de atención médica integral por parte del personal médico y paramédico en las unidades de medicina familiar, incluido el servicio de urgencias. Sistema de Información de Optimización de Camas (SIOC): contiene los datos de los pacientes y las camas disponibles en la unidad hospitalaria, para la derivación de los pacientes. Sistema Aeropuerto: contiene la información de los pacientes en cuanto a su estado de salud. Sistema Triage automatizado, permite el registro de signos vitales y los datos de los pacientes. Programa de Telemedicina: propio de la consulta externa de especialidades. Actualmente funciona en la región occidente del país, permite la comunicación entre unidades hospitalarias de segundo nivel con las UMAE, para el traslado de pacientes y el otorgamiento de consultas de urgencias a distancia. Sistema Acceder: Contiene la información de los trabajadores, pensionados y personas beneficiarias. Permite verificar la derechohabencia de las personas usuarias.	
	¿Sirve de información para el monitoreo?	El SIMF permite identificar la productividad del servicio de atención médica continua. EL SIOC, permite monitorear la disponibilidad de camas para el ingreso de pacientes a hospitalización.	

Anexo VI.6 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 6. de Urgencias

Proceso: 6. Urgencias		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Vertiente Urgencias en General Vertiente Atención de Urgencia/Emergencia Obstétrica
		El Sistema Aeropuerto informa a las personas acompañantes sobre el estado de salud de los pacientes. Sistema Triage automatizado, permite la toma de los signos vitales de los pacientes.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Existe una coordinación interna adecuada entre los OOAD y las unidades médicas y entre las unidades médicas: vía telefónica, por correo electrónico, y a través de un chat para el Código Infarto y otro para la atención de emergencias obstétricas, en el que participa el ERI. Asimismo, para el Código Infarto se cuenta con un centro de atención telefónica con un número especial que funciona las 24 hrs.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?		Se considera que el proceso es pertinente para el cumplimiento del objetivo del Programa: disminuir la morbilidad de la población derechohabiente; toda vez que se atienden situaciones críticas de salud de la población usuaria. La aplicación del Triage, permite priorizar la atención del paciente de acuerdo con su gravedad, que es un factor determinante en la atención de una patología aguda, de lo que depende la sobrevida de los pacientes o evitar secuelas importantes.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VI.7 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 7. de Hospitalización

Proceso: 7. Hospitalización		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
Límites	Inicio	Inicio Administrativo - Con actividades administrativas de Planeación por parte de las Coordinaciones Delegacionales de Atención Médica, mediante la difusión para cumplir y hacer cumplir la normativa a los niveles operativos.
		Inicio Operativo El médico tratante decide y tramita orden de internamiento, con firma de consentimiento informado del paciente, tutor o familiar responsable. También puede llegar a Hospitalización de las siguientes áreas: - Quirófano o Tococirugía de la propia Unidad - De la consulta externa o - Por urgencias de segundo o tercer nivel o - Por Atención Continua del primer nivel
	Fin	Fin del proceso Desde el punto de vista operativo se da en varias vertientes, según el caso el médico decide: 1) Egreso de hospitalización a: a) Domicilio del paciente, con probable atención domiciliaria del paciente crónico (ADEC). b) Traslado intrahospitalario a otro servicio de la misma Unidad, o c) Traslado a otra unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel.
		2) Alta por defunción del paciente en Hospitalización.
		3) Egreso del Servicio de Hospitalización por Alta Voluntaria.
		4) Egreso del paciente no derechohabiente. En opinión del personal entrevistado, en todos los casos también se realiza el egreso administrativo, con el registro del egreso, para su consideración en las estadísticas de la Unidad.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	Desde la opinión del personal el Proceso de Hospitalización tiene varios tiempos establecidos tales como: tiempo para Admisión hospitalaria, de recuperación para decidir internamiento, de espera para la atención médica, para clasificaciones de pacientes de acuerdo con su estado clínico, de evaluación de paciente y de ingreso a hospitalización, pero el cumplimiento de las metas depende centralmente de la disponibilidad de camas en el hospital.
	Personal	De acuerdo con el personal entrevistado, en algunos casos no se cuenta con todos los personajes mencionados en los procedimientos (aunque está previsto en notas acotadas, quien haría las funciones como es el caso del mensajero o la asistente médica), aun así, ese tipo de situaciones se resuelve de manera local de acuerdo con la complejidad de la Unidad, por lo que sugieren la actualización de los procedimientos correspondientes.

Anexo VI.7 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 7. de Hospitalización

Proceso: 7. Hospitalización		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Según otros comentarios del personal entrevistado, existe deficiencia en el recurso humano, insumos y financiero, así como en la infraestructura hospitalaria en proporción a la derechohabiente adscrita a los servicios de salud.
	Recursos financieros	Con la información disponible y las entrevistas realizadas, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso, aunque en opinión del personal encuestado hay deficiencia en estos recursos.
	Infraestructura	Conforme a lo manifestado por el personal operativo, existe falta de camas por sobredemanda en la hospitalización y el incremento de la población derechohabiente.
	Otros	No se identifican.
Productos	Productos del Proceso	En opinión del personal entrevistado, los productos generados son: mejora en la salud del paciente, solución quirúrgica del padecimiento que causó el ingreso, sobrevida, reducción de la morbilidad y de la tasa de reingresos.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Sí, el Proceso de Hospitalización corresponde a un proceso sustantivo que se articula de ida y vuelta con los procesos de Consulta Externa de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como con el de Urgencias.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	- Sistema de Información Médico Operativo (SIMO). - Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). - Sistema de Atención al Derechohabiente (SIAD). - Sistema Integral de Admisión Hospitalaria (SIH). - Expediente Clínico Electrónico (ECE) (aunque no todas las unidades lo tienen). - Sistema de Referencia – Contrarreferencia. - Sistema de Información del Laboratorio Clínico. - Sistema Único de Información (SUI 13). - Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones del IMSS (SEEDIMSS). - Sistema Único de Información 14 (SUI 14). - Plataforma INOSO (infecciones nosocomiales). - Sistema institucional Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SIAVE). - Data Mart Estadísticas Médicas. - Sistema del Indicador de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ). Además, el personal entrevistado, mencionó la información mensual proporcionada por OIMAC y ACCEDER para la verificación de la vigencia de derechos.
	Tipo de información recolectada	SIMO. Egresos, procedimientos realizados, productividad por Unidad SIMF. Agenda de Citas.

Anexo VI.7 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 7. de Hospitalización

Proceso: 7. Hospitalización		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		SIADE. Registro, seguimiento, resolución y cierre de las peticiones recibidas en los Módulos y Buzones de Atención y Orientación al Derechohabiente. SIA. Interconsulta, laboratorio. ECE. Expediente clínico del paciente. Enlaza las Unidades para envío de pacientes y cita a los diferentes servicios. SUII3. Egresos hospitalarios.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Sí, sirven para contar con información útil para la construcción de indicadores, que permiten el monitoreo de la atención a la salud que se otorga a los usuarios de los servicios de salud que otorga el Instituto a través de las Unidades.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		De acuerdo con lo manifestado en las entrevistas, el personal operativo entrevistado, en el Proceso de Hospitalización se trabaja en estrecha coordinación de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central)

Anexo VI.8 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proceso: 8. Calidad y Seguridad		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Calidad y Seguridad
Límites	Inicio	Gestión de Recursos para reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS).
	Fin	Capacitación y Asesoría.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	De acuerdo con la revisión de la normatividad que regula el proceso y la recabada durante la entrevista del proceso, se identificó que se tienen establecidos tiempo para ejecutar las acciones para la prevención de infecciones asociadas a la atención, entre las que destacan administración de antibióticos en tiempo y forma, así como la vigilancia de los días de estancia intrahospitalaria con el objetivo de reducir el tiempo de exposición a algún germen patógeno. Asimismo, se refiere que, en la NOM- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales define: Periodo de incubación: como el intervalo de tiempo entre la exposición y el inicio de signos y síntomas clínicos de enfermedad en un huésped hospitalario. Caso de infección nosocomial: a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.
	Personal	Durante la entrevista se menciona déficit de médicos y enfermeras para realizar la vigilancia epidemiológica de algunas de las unidades médicas, particularmente en turno nocturno y jornada acumulada.
	Recursos financieros	Durante la entrevista no se identifica claridad respecto a los recursos financieros asignados a la vigilancia epidemiológica de las IAAS, solo se menciona que los recursos se calculan con base en la normatividad vigente.
	Infraestructura	Durante la entrevista, se hace énfasis en la infraestructura tecnológica, con la que cuenta el IMSS para la vigilancia epidemiológica de las IAAS, entre las que destacan la Plataforma en línea de infecciones nosocomiales (http://172.22.235.16/inoso/acceso) de los pacientes con identificación de riesgos para IAAS y casos de IAAS sospechosos y confirmados, el Sistema Vencer II: eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinelas relacionados al sistema de Prevención y Control de Infecciones y el Tablero de control de Indicadores de proceso y de resultado, lo cual permite llevar un adecuado control de las IAAS en las Unidades Médicas de segundo y tercer nivel de atención.
	Otros	Durante la entrevista del proceso, se menciona que se realizan recorridos a las áreas de atención encaminados a la identificación oportuna de brotes intrahospitalarios asociados a IAAS.
Productos	Productos del Proceso	Reportes de Evaluaciones de Apego e Impacto de la implementación de los Paquetes Acciones para prevenir IAAS, Informe de resultados para el CODECIN, informe de funcionalidad del CODECIN, Protocolos

Anexo VI.8 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Proceso: 8. Calidad y Seguridad		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Calidad y Seguridad
		de Investigación epidemiológica operativa y propuestas de mejora para diseño de estrategias orientadas en la reducción de IAAS.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	El Proceso de Calidad y Seguridad, se articula con procesos previos como son: Urgencias, Consulta Externa y de Hospitalización y con el de Monitoreo y Evaluación, en virtud de que la información generada en la plataforma IAAS es un insumo para el reporte de indicadores, así como puede ser un insumo para el de Quejas y Satisfacción, en caso de que un derechohabiente presente una IAAS podría presentar una queja relacionada con la Calidad de la Atención que recibió durante su hospitalización o en algún servicio de alto riesgo.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). Plataforma en línea de infecciones nosocomiales (IASS). Sistema de Eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinelas relacionados al sistema de Prevención y Control de Infecciones (VENCER II). Tablero de control de Indicadores de proceso y de resultados.
	Tipo de información recolectada	Registro de IAAS. Registro de eventos relacionados al sistema de Prevención y Control de Infecciones.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	El INOSO permite identificar las IAAS en cada servicio de atención médica durante la estancia del paciente. El VENCE, permite monitorear los eventos adversos, cuasi fallas y evento.
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		Se identifica una coordinación entre los actores para la ejecución del Proceso de Calidad y Seguridad (Vigilancia Epidemiológica de las IAAS) con predominio de las áreas clínicas; aunque durante las entrevistas se mencionó la relevancia de las áreas administrativas como parte de los tomadores de decisiones en el CODECIN, no se identificó que exista una adecuada coordinación de todos los actores involucrados en las distintas unidades hospitalarias.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?		El proceso es pertinente para el cumplimiento del objetivo del Programa, en virtud de que la prevención, detección y control de IAAS impacta en los días de estancia intrahospitalaria y por consecuencia disminuye el riesgo de exposición a agentes potencialmente infecciosos, lo cual reduce la tasa de morbilidad de la población derechohabiente.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades/etapas del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
Límites	Inicio	Vía de entrada directa al IMSS La persona promovente entrega la Queja y los documentos complementarios. Vía de Entrada CONAMED El personal médico representante de la DQAM recibe "Notificación de la CONAMED" y acude a recoger "Oficio de remisión de Queja" y copia simple de "Queja con anexos". Vía de entrada CNDH Recibe y registra "Petitorio y Queja" de la CNDH en "Control de Gestión" y lo envía a la CAQIP para su atención.	En el caso del ENCAL-SS, la DIPE construye marcos muestrales. En cuanto a la ECCO, la CMC realiza la logística para su aplicación.
	Fin	Vía de entrada directa al IMSS Persona titular de la CDAOD/JDAOD registra en el SIQUEM el expediente de la Queja como asunto concluido y archiva expediente físico. Vía de Entrada CONAMED archiva "Expediente de Queja físico" como asunto concluido. Vía de entrada CNDH Analista de seguimiento de la DQAM archiva "Expediente" como asunto concluido.	En lo que respecta al ENCAL-SS, la dirección normativa, el OOAD y/o las unidades médicas de los tres niveles de atención solicitantes, implementan las acciones de mejora establecidas. En el caso de la ECCO, la CMC coordina la integración de reportes sobre la ECCO y las acciones de mejora.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	El personal servidor público que opera el proceso en las unidades médicas refiere que las etapas y actividades del proceso se realizan acorde con los tiempos establecidos en la normatividad aplicable.	
	Personal	Durante la entrevista, se refirió que el personal servidor público que participa en la operación del proceso es suficiente y adecuado.	El personal servidor público de las unidades médicas que ejecuta esta vertiente del proceso en su modalidad de medición de la satisfacción de los usuarios considera que es suficiente, tiene el perfil y la capacitación adecuada para realizar sus funciones, en materia de derechos humanos, perspectiva de género y atención al derechohabiente. Durante la reunión con el personal servidor público de la CIE, encargado de la

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades/etapas del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
			aplicación del ENCAL-SS refiere que el personal es insuficiente.
	Recursos financieros	El personal servidor público participante en la entrevista refiere falta de materiales y que el presupuesto no alcanza, debido a que atienden pacientes de otros estados, lo que satura los servicios. Consideran la necesidad de contar con otras UMAE. Esta situación aumenta el número de quejas. Durante la reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE, se refirió que el ENCAL-SS está condicionado a la disponibilidad presupuestal, lo que limita su aplicación. Si bien el personal refiere la falta de recursos y material para la operación de las unidades, con las respuestas emitidas, no es posible afirmar que los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso.	
	Infraestructura	Se considera suficiente, en las unidades médicas de los tres niveles de atención, se cuenta con Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente en las que el personal Técnico de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), realiza las actividades de atención y orientación al derechohabiente y se reciben las peticiones y quejas de las personas derechohabientes.	Para esta vertiente del proceso, la infraestructura no es relevante, toda vez que las encuestas se llevan a cabo al entrar o salir de las unidades médicas. No se requiere una infraestructura específica para la realización de estas actividades. Sin embargo, durante la reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE, se menciona que se requiere más equipo, tecnología y sistemas para agilizar la realización de los procesos.
	Otros	No se identifican.	
Productos	Productos del Proceso	Resolución de la Queja. Implementación de acciones de mejora. Mejoras en la calidad de los servicios de salud que se prestan a los usuarios. Mejora en la satisfacción de los beneficiarios.	
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	Sí, corresponde a un proceso adjetivo que se articula con los procesos administrativos y sustantivos. La vinculación se relaciona directamente con la mejora de los procesos referidos; permite identificar las áreas de oportunidad (mejora) de estos procesos, lo que permite implementar medidas preventivas y correctivas. Se articula con el Proceso de Monitoreo y Evaluación, dado que permite dar	

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades/etapas del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
		seguimiento a las acciones de mejora implementadas para mejorar los procesos.	
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Sistema Institucional de Atención a Quejas (SIQUEM). Sistema de Atención al Derechohabiente (SIADE) Sistema BI (Microsoft Power BI), sistema que analiza la información de las bases de datos del sistema SIADE a nivel nacional.	Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios, a través del Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS (ENCAL-SS), que consiste en la aplicación de cuestionarios previamente diseñados por tipo de servicios: Medicina Familiar, Consulta de Especialidades, Hospitalización-Cirugía y Urgencias). Se aplica de manera semestral en las unidades médicas de los tres niveles de atención por una instancia externa al Instituto, contratada exprofeso. A nivel local las unidades médicas realizan encuestas de entrada para identificar entrada para conocer las necesidades de los usuarios y de salida para medir la satisfacción por el personal de Trabajo Social, en los diferentes turnos. Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO), de aplicación anual, responsabilidad de la SFP.
	Tipo de información recolectada	Tipos de Quejas. Documentación que sustenta la queja. Expediente clínico del paciente. Expediente de la Queja. Unidades médicas y servicios involucrados. Tiempo de atención.	El ENCAL-SS Información sobre los siguientes temas: - Características socioeconómicas de las personas encuestadas. - Razones de derechohabiencia. - Satisfacción con la atención médica recibida. - Trato recibido. - Recomendaciones para mejorar el servicio. - Calificación de las instalaciones en cuanto a

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades/etapas del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
			limpieza (unidad y baños), adaptación para personas con discapacidad, ubicación de salidas de emergencia y espacio en salas de espera. - Surtimiento completo de medicamentos. - Tiempo de espera para citas y recibir consulta. - Confianza en el médico. - Calidad de la atención recibida. Encuestas de entrada para identificar entrada para conocer las necesidades de los usuarios y de salida para medir la satisfacción. LA ECCO aborda los siguientes factores: - Datos sociodemográficos - Reconocimiento laboral - Capacitación especializada y desarrollo - Mejora y cambio - Calidad y orientación al usuario - Equidad y género - Comunicación - Disponibilidad y recursos - Calidad de vida laboral - Balance trabajo-familia - Colaboración y trabajo en equipo - Liderazgo y participación - Identidad con la institución y valores - Transparencia y combate a la corrupción - Enfoque a resultados y productividad - Normatividad y procesos - Servicio Profesional de Carrera

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción			
Dimensión del proceso		Actividad o actividades/etapas del proceso	
		Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
			- Impacto de la encuesta en la institución - Profesionalización en la APF - Estrés laboral - Vocación de servicio en la administración pública (AP) - Construir relaciones en la AP - Actuar con valores en la AP - Enfoque a resultados en la AP - Impulsar el cambio en la AP - Aplicar eficientemente los recursos a las tecnologías de la información y comunicación - Liderar permanentemente la administración pública - Igualdad y no discriminación.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	Sí, el análisis de las quejas presentadas y de los resultados de la aplicación del ENCAL-SS, permite contar información para la construcción de indicadores, que contribuyen al monitoreo de la atención a la salud que se presta a los usuarios de los servicios de salud que otorga el Instituto. Sin embargo, durante la reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE, refiere que se requiere sistematizar el uso de la información para la mejora de los procesos.	
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?		De acuerdo con el personal servidor público entrevistado, la coordinación es estrecha y adecuada. La coordinación externa con la CONAMED y la CNDH se realiza a través de convenios de colaboración. Durante la entrevista, se refirió que la coordinación interna entre las áreas que intervienen en la ejecución del procedimiento de las áreas está normada en los procedimientos específicos.	Con respecto a la coordinación para la aplicación de las encuestas de satisfacción se refiere que la coordinación es adecuada. En cuanto a la aplicación del ENCAL-SS, las unidades médicas se coordinan con la empresa que lo aplica, brindando todas las facilidades para su aplicación. En lo que respecta a la aplicación local de las encuestas de entrada y salida

Anexo VI.9 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Proceso: 9. Quejas y Satisfacción		
Dimensión del proceso	Actividad o actividades/etapas del proceso	
	Vertiente Atención a Quejas	Vertiente Satisfacción
		en las unidades médicas, la coordinación con las áreas de Trabajo Social y de Calidad, la consideran estrecha y adecuada.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	Sí, su importancia radica en que permite una retroalimentación de cómo se están otorgando los servicios; las quejas presentadas se convierten en un insumo para identificar las áreas de oportunidad; de su resolución adecuada y de la implementación de acciones de mejora, depende que la satisfacción de los usuarios sobre la prestación de los servicios mejore. Esto permite brindar la atención a la salud con mayor calidad.	

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central), así como de la reunión de trabajo realizada con el personal servidor público de la CIE del pasado 21 de octubre de 2020.

Anexo VI.10 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proceso: 10. Monitoreo y Evaluación		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
Límites	Inicio	Seguimiento de indicadores de la MIR. para
	Fin	Entrega de documentos e informes finales de las evaluaciones al CONEVAL.
¿Los insumos y recursos son suficientes y adecuados?	Tiempo	Durante la entrevista se refiere que, existe un atraso en la captura de la información en las unidades médicas, lo que no permite tenerla a tiempo, para la integración de los reportes, lo que provoca que se deba recurrir a estimar las cifras para cumplir con la normatividad federal para el registro oportuno de la información en el PASH.
	Personal	Durante la entrevista, el personal servidor público de nivel central refiere que no se cuenta con suficientes recursos humanos y tecnológicos para el desarrollo de las actividades de monitoreo y evaluación. Asimismo, se refiere que es necesario revisar la carga de trabajo de las ARIMAC y ORMAC.
	Recursos financieros	En general, durante la entrevista del proceso, el personal servidor público refiere que son suficientes y que dependen de la realización de una planeación adecuada. Sin embargo, con los elementos disponibles no es posible confirmar la suficiencia de recursos financieros para la operación del proceso.
	Infraestructura	Durante la entrevista, el personal servidor público refiere que el equipo de cómputo en algunas unidades médicas es obsoleto, lo que no permite que los sistemas de información funcionen adecuadamente.
	Otros	Durante la entrevista, se refiere que los recursos humanos y materiales no son adecuados; el personal de salud y los recursos son insuficientes para reducir la morbilidad y la mortalidad de la población derechohabiente, debido a que están alejados del centro del país, que es donde se concentran los recursos. Asimismo, se menciona que, en las zonas alejadas del centro del país, la reparación de equipo médico no es oportuna, lo que se traduce en una demora en la atención a la salud.
Productos	Productos del Proceso	Etapas 1. “Realización de acciones de monitoreo programático y presupuestal”: 1. Informes de Avance de Gestión Financiera. 2. Informes sobre avance físico y financiero de los programas y proyectos aprobado en el PEF del ejercicio presupuestal respectivo. 3. Fichas de Monitoreo y Evaluación. 4. Cuenta Pública. Etapas 2. “Realización de acciones de evaluación interna”: 5. Tablero de indicadores semaforizado. 6. Publicación de resultados en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica.

Anexo VI.10 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proceso: 10. Monitoreo y Evaluación		
Dimensión del proceso		Actividad o actividades del proceso
		Etapas 3. "Realización de acciones de evaluación externa": 7. Informes finales de evaluación. 8. Documento de posición institucional. 9. Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM). 10. Documentos de trabajo e institucionales para la atención de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) derivados de evaluaciones externas. 11. Publicación de informes finales de evaluación en la página del Instituto, y en la página de transparencia presupuestaria de la SHCP y en la página electrónica del CONEVAL.
	¿Sirven de insumo para el proceso siguiente?	El Proceso de Monitoreo y Evaluación corresponde al segundo proceso adjetivo que se identifica en el Modelo General de Operación del Programa propuesto, se articula con todos los procesos administrativos y sustantivos del Programa, dado que con la información que se registra en los sistemas de información en las unidades médicas de los tres niveles de atención, es posible la generación de indicadores para monitorear el desempeño del Programa.
Sistemas de información	Sistema(s) empleado	Externos: 1. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Módulo de Presupuesto basado en resultados (PBR)-Evaluación del Desempeño (PASH). 2. Sistema de Evaluación Específica de Desempeño (SIEED) del CONEVAL. 3. Módulo de Información para la Evaluación Específica de Desempeño (MEED), del CONEVAL. 4. Sistema de Aspectos Susceptibles de Mejora del CONEVAL. 5. Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIEMPS), a través del Módulo de indicadores de programas y acciones de desarrollo social. Internos: 6. Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) 7. Sistema de Atención Integral a la Salud 8. Nivel Integral de Conservación (NCI) (no sistematizado). 9. Sistema de Información en Salud (INFOSALUD). 10. Sistema de Información Central (SIMOC). 11. Módulo de Consulta Externa (MOCE). 12. Sistema de Información de Optimización de Camas (SIOC).
	Tipo de información recolectada	Productividad de las unidades médicas.
	¿Sirve de información para el monitoreo?	La información generada, permite la construcción de indicadores que permiten el monitoreo del desempeño del Programa.

Anexo VI.10 Límites, Articulación, Insumos y Recursos, Productos y Sistemas de Información del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Proceso: 10. Monitoreo y Evaluación	
Dimensión del proceso	Actividad o actividades del proceso
¿Es adecuada la coordinación entre actores para la ejecución del proceso?	Durante la entrevista se refiere una adecuada y oportuna coordinación con la SHCP y el CONEVAL y entre las áreas normativas de nivel central, los OOAD y las unidades médicas; esta se realiza vía telefónica o correo electrónico y/o a través de mesas de trabajo. Adicionalmente, se refiere que otra forma de relación con instancias externas, es mediante los comités estatales, para la revisión de los indicadores sectoriales, con la Secretaría de Salud y el ISSSTE.
¿El proceso es pertinente para el cumplimiento de los objetivos?	La importancia estratégica del Monitoreo y Evaluación del Programa se asocia con la evaluación interna y externa de su desempeño, dado que permite determinar su pertinencia y el avance en el logro de sus objetivos y metas, con la finalidad de mejorar su operación (SHCP/SED, 2008). La evaluación del desempeño de las unidades médicas permite conocer los resultados de las acciones realizadas para contribuir al logro del objetivo de disminuir la morbilidad de los derechohabientes con la atención a la salud que se otorga a los derechohabientes. El Monitoreo y la Evaluación, permite identificar las áreas de oportunidad y cuellos de botella que limitan el buen desempeño del Programa, así como el establecimiento de estrategias y acciones preventivas y correctivas para su atención. De igual manera, hace visibles las fortalezas y buenas prácticas que pueden ser compartidas entre las diferentes unidades médicas para asegurar que el desempeño del Programa sea lo mejor posible. En la entrevista se refiere que, cuando se cuenta con los resultados de los indicadores, se realiza un análisis estratégico (trimestral o semestral), en el que se identifican los puntos críticos y/o las áreas de oportunidad, para la implementación de propuestas de mejora, líneas de acción estratégicas sobre los indicadores o los programas para mejorar. Que tienen que ver con la mejora de la calidad de la información que se registra en los sistemas y con el seguimiento de los indicadores para monitorear su desempeño.

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa federal e institucional relacionada con la planeación del IMSS; así como la información obtenida de la entrevista semiestructurada grupal y el cuestionario electrónico aplicados el 18 de septiembre de 2020.

Anexo VII. Grado de Consolidación Operativa del Programa (Anexo IV del AT)

Metodología empleada para la valoración del grado de consolidación operativa de los procesos

De acuerdo con los elementos establecidos en el Anexo Técnico de la evaluación, la metodología que se ocupó para analizar el grado de consolidación operativa de cada uno de los diez procesos del Modelo General de Operación del Programa consideró las siguientes categorías:

- 1) Si existen documentos que normen el proceso.
- 2) Si es del conocimiento de todos los operadores el proceso que está documentado.
- 3) Si el proceso está estandarizado; es decir, es utilizado por todas las instancias ejecutoras.
- 4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión que retroalimente el proceso operativo que desarrollan los operadores.
- 5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras.

Para la valoración de cada categoría se asignó un criterio o valor ordinal en función de su nivel de cumplimiento:

0 (cero)	Si no existe ningún elemento o aspecto valorado
1 (uno)	Si los elementos o aspectos existen de forma parcial; es decir, no existen en su totalidad.
2 (dos)	Si se encuentra la totalidad de elementos o aspectos valorados.

Para determinar el grado de consolidación operativa global de cada proceso se efectuó la suma aritmética del valor obtenido en cada categoría; con base en el total obtenido de la suma de las cinco categorías se estableció la siguiente escala:

9 y 10	Nivel alto de consolidación operativa del proceso
7 y 8	Nivel medio de consolidación operativa del proceso
6 o menos	Nivel bajo de consolidación operativa del proceso

Anexo VII.1 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 1. de Planeación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			El análisis de la información documental y la información por comunicación directa ha permitido inferir el Proceso de Planeación desarrollado para el Programa, dado que no se ha identificado un documento en el que dicho proceso se haga explícito. A pesar de esto, dentro de la normatividad vigente y las evidencias documentales proporcionadas por el Instituto (ver apartado 2.1.6 Valoración de la consolidación del proceso), sí existen documentos que norman el proceso.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Durante la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público y con base en el cuestionario electrónico contestado, se sabe que los actores involucrados en el proceso conocen y han usado los documentos que lo norman.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				Los servidores públicos entrevistados conocen las actividades desarrolladas durante el proceso de planeación, el orden, los productos y los instrumentos de seguimiento de acuerdo con su ámbito de operación.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				1. Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Módulo de Presupuesto basado en resultados (PBR)-Evaluación del Desempeño (PASH). 2. Manual Metodológico de Indicadores Médico 2018.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras		1			Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado del proceso se enunciaron los tiempos, el análisis de indicadores y los sistemas de información vigentes como las principales fortalezas del proceso. Por otra parte, el área de oportunidad se encuentra en la rigidez o generalidad del proceso puesto que es difícil su

Anexo VII.1 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 1. de Planeación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					aplicación al ámbito local, entorpeciendo la operatividad. ⁹⁶
Grado de consolidación operativa					Con base en los resultados obtenidos de la valoración de las cinco categorías se puede inferir que el Proceso de Planeación se clasifica con un grado de consolidación <<medio>>; se obtuvo una valoración de 8 puntos de un máximo de 10. El área de oportunidad se relaciona con la elaboración del documento del proceso del Programa en el cual se expliciten los mecanismos para la implementación de la mejora continua de dicho proceso.

Fuente: Elaboración propia con base en la normativa federal e institucional relacionada con la planeación del IMSS; así como la información obtenida de la entrevista semiestructurada grupal y el cuestionario electrónico aplicados el 18 de septiembre de 2020.

⁹⁶ Prestador de servicios perteneciente a la UMAE - CAMPECHE - HES 2 CMN MÉRIDA. Cuestionario electrónico contestado el 18 de septiembre de 2020.

Anexo VII.2 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			La normatividad institucional se considera suficiente y adecuados para el Proceso Abasto de Medicamentos e Insumos. El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos cuenta con documentos normativos entre los que destacan: La Norma que establece las disposiciones generales para la administración de los almacenes en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1000-001-007, el Procedimiento administrativo para farmacias con sistema automatizado y manual 1082-003-01 y el Procedimiento para la recepción, almacenamiento, control y surtido en almacén de unidad médica con sistema automatizado, clave 1082-003-002. Como área de oportunidad, se sugiere la integración de un proceso documentado que regule la operación y describa las actividades globales que deben llevarse a cabo.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Los documentos fueron identificados por los participantes durante las entrevistas.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				En virtud de la extensa normatividad, los procesos se encuentran estandarizados y son utilizados por todos los actores involucrados en los distintos niveles de la organización.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión		1			Se cuenta con un indicador relacionado al porcentaje de surtimiento de recetas publicado en el portal de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP); sin embargo, hasta el momento, no se identifican indicadores de gestión que

Anexo VII.2 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 2. de Abasto de Medicamentos e Insumos

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					permitan monitorear cada una de las etapas del proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				Durante la entrevista del Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos, se identificó la existencia de mecanismos para la implementación sistemática de mejora entre los que destacan los Comités de Farmacia y Terapéutica en los que se identifican las áreas de oportunidad. En la normatividad revisada por el equipo evaluador, se identificó que existen mecanismos para la implementación sistemática de mejoras en virtud de la información capturada en los sistemas SIAF y SIFAVI.
Grado de consolidación operativa	El Proceso de Abasto de Medicamentos e Insumos cuenta con un grado de consolidación <<medio>>, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 8 puntos. Como áreas de oportunidad se detectan la falta de un proceso documentado que regule la operación del proceso y la falta de una matriz de indicadores que permita el monitoreo de indicadores de la gestión que consideren las distintas etapas del proceso.				

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los niveles de responsabilidad y operación del Programa.

Anexo VII.3 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			Se requiere la documentación integral del proceso que haga explícitas las etapas y actividades globales que actualmente se llevan a cabo; que identifique la normatividad que las regula y que permita visibilizar a los actores que intervienen en ellas, la interconexión con otros procesos, y monitorear y evaluar el desempeño del Proceso en su conjunto. La documentación normativa que sustenta el Proceso de Seguridad en la Infraestructura consta de una norma, instructivos y procedimientos que describen parcialidades de las etapas y actividades globales que integran el proceso.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Durante la entrevista con el personal servidor público se pone en evidencia que los documentos que norman el proceso son del conocimiento de todos los operadores y los aplican en el desempeño de su trabajo. Se comenta como oportunidad de mejora la actualización de los instrumentos normativos y, que están en proceso de actualización.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				La documentación normativa que sustenta el Proceso de Seguridad en la Infraestructura consta de una norma, instructivos y procedimientos que son utilizados por todas las instancias ejecutoras desde el nivel central, OOAD y unidades médicas de los tres niveles de atención.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				Sí, el Proceso de Seguridad en la Infraestructura cuenta con un Sistema de evaluación institucional de los servicios de conservación que permitan una medición numérica de estos resultados a través del Nivel Integral de Conservación y sus Indicadores de Desempeño.

Anexo VII.3 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					En lo que respecta al monitoreo y evaluación de las acciones de conservación el SICWEB permite tener una foto mensual del avance de los procesos y los programas de mantenimiento y del personal técnico que los realiza, lo que permite verificar el cumplimiento de los indicadores de desempeño de las metas establecidas en el NIC. Por otra parte, el módulo de servicios cuenta con un área de observaciones, donde se puede conocer alguna necesidad extraordinaria, así como la satisfacción del usuario con los servicios de conservación.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso, se identificaron mecanismos que se llevan a cabo para medir la satisfacción de los usuarios con los servicios de conservación, a través del NIC; esta información les permite en el nivel local (unidad de salud) la implementación de acciones de mejora. Otro mecanismo mencionado de captación de la percepción de los usuarios con el servicio de conservación que puede traducirse en oportunidades de mejora se da a través de la participación en los comités con todas las áreas que intervienen en la prestación de los servicios de salud. En la emisión de comentarios a los diversos entregables durante la evaluación, se mencionó que la implementación de mejoras se registra en el "Procedimiento Integral para obtener el Diagnóstico Situacional de los Servicios de Conservación por Delegación, UMAE, Unidad y Centro Vacacional CLAVE: :1280-003-004; los mecanismos para la implementación sistemática de mejoras se encuentran

Anexo VII.3 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 3. de Seguridad en la Infraestructura

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					en el Anexo 7 “Seguimiento de acciones de mejora y compromisos establecidos en Unidades Evaluadas, clave 1280-009-021” (IMSS-PIDSSC, 2017).
Grado de consolidación operativa					La calificación otorgada al proceso es de 9, de un puntaje máximo de 10, lo que puede calificarse como un nivel alto en el grado de consolidación operativa; esta calificación se debe a la ausencia de un proceso documentado integrado.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista realizada con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso de seguridad en la infraestructura.

Anexo VII.4 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos	2				Sí, el <i>Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340</i>, norma de manera general las políticas y actividades que el personal de vigencia en las Delegaciones, Subdelegaciones y Unidades de Medicina Familiar deben de observar para realizar el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en UMF. Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas de los tres niveles de atención encargados de la operación del Proceso se hizo énfasis en que en las unidades médicas de Segundo y Tercer nivel de atención como el paciente ya pasó por un proceso de certificación de vigencia de derechos en UMF, solamente se verifica en una lista que el paciente esté dado de alta, que se encuentre vigente en el Sistema AcceDer Unificado.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas de los tres niveles de atención encargados de la operación del Proceso, se observó que el <i>Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar, clave 9220-B03-340</i>, que norma el proceso de certificación de la vigencia de derechos en UMF es conocida por todos los actores que ejecutan el proceso.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				Sí, tanto el Registro en UMF y Turno y la verificación de la vigencia están normadas por el <i>Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina</i>

Anexo VII.4 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					<i>Familiar, clave 9220-B03-340.</i> Asimismo, las actividades relacionadas con la verificación de la vigencia en el Sistema AcceDer Unificado en los servicios relacionados con Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias están normados en los procedimientos ya referidos en el apartado "descripción de las etapas principales con los actores que intervienen en cada una de ellas" del presente documento.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión		1			Sí, la División de Vigencia de Derechos revisa las metas e indicadores de desempeño que permitan evaluar y mejorar las funciones de vigencia de derechos en las Delegaciones y Subdelegaciones, así como analizar su cumplimiento (IMSS/MO DIR, 2018, pág. 102). No obstante, no se identifica si se cuenta con un sistema de monitoreo.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras		2			Sí, durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso, se identificaron mecanismos que se llevan a cabo de manera en las unidades médicas para la implementación de acciones de mejora derivadas del análisis del tipo de quejas relacionadas con la verificación de la vigencia que presentan los derechohabientes; el personal entrevistado refirió que cuentan con un buzón de sugerencias en donde se le da seguimiento a las quejas o sugerencias de los derechohabientes y que el área de trabajo social también realiza tareas de monitoreo de la satisfacción; asimismo se menciona que se cuenta con encuestas de salida con las cuales pueden ver cuáles son las áreas de oportunidad. Asimismo, en la normatividad que regula el Programa se identificó que la Coordinación Delegacional de Atención

Anexo VII.4 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 4. de Verificación de la Derechohabiencia

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					y Orientación al Derechohabiente tiene la responsabilidad de analizar las peticiones recibidas de la derechohabiencia, patrones, sujetos obligados y población usuaria, para la identificación de la problemática recurrente en trámites y servicios institucionales, la información estratégica se presenta en las Juntas de Cuerpo de Gobierno Delegacional para la toma de decisiones y seguimiento de los acuerdos en materia de atención y orientación al derechohabiente, también se supervisa que el personal TAOD presente la información que le corresponde en las Juntas de Gobierno de las unidades médicas y administrativas (IMSS/MO Atención DH, 2018).
Grado de consolidación operativa	Con base en los elementos referidos con anterioridad se considera que el Proceso de Verificación de la Derechohabiencia cuenta con un nivel de consolidación que puede ser clasificado en la categoría de <<alto>>; se logró una valoración ordinal de 9 puntos de un máximo de 10 posibles.				

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista realizada con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso.

Anexo VII.5 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 5. de Consulta Externa

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			Se carece de un proceso documentado que regule la operación del Proceso de Consulta Externa que describa las actividades globales que deben llevarse a cabo. El Programa cuenta con procedimientos suficientes que norman las actividades de cada uno de los actores que intervienen en la CE, en los tres niveles de atención.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				En la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas de los tres niveles de atención, se observó que la normativa vigente relacionada con las tres vertientes del proceso de Consulta externa: Normas y los procedimientos específicos ya referidos, es conocida por todos los actores que ejecutan el proceso.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				En lo referente a las tres vertientes de del proceso, la prestación de la Consulta Externa en los tres niveles de atención, están regulados por las normas y los procedimientos específicos ya referidos, y de acuerdo con los comentarios de los operadores del proceso, son utilizados por todas áreas de nivel central, OOAD y unidades médicas de los tres niveles de atención, involucradas en la ejecución del proceso.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				En lo referente a las tres vertientes de del proceso, la prestación de la Consulta Externa en los tres niveles de atención, a través de los sistemas referidos anteriormente, se genera información para el monitoreo del proceso, que es analizada en las reuniones técnicas mensuales del Cuerpo Directivo Delegacional y las Juntas de Gobierno en las unidades médicas de los tres niveles de atención.

Anexo VII.5 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 5. de Consulta Externa

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					Se cuenta con los siguientes indicadores de la MIR relacionados mayoritariamente con la CE. Tasa de incidencia de enfermedades crónico degenerativas seleccionadas en derechohabientes del IMSS. Porcentaje de pacientes en control adecuado de Hipertensión Arterial Sistémica en Medicina Familiar. Porcentaje de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (70 -130 mg/dl). Porcentaje de pacientes a quienes se les otorga una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal. Promedio de atenciones prenatales por embarazada. Total de consultas de primera vez otorgadas en Unidades Médicas de Alta Especialidad. Pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden de manera subsecuente a la consulta de Medicina Familiar.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso de Consulta Externa en los tres niveles de atención, se identificaron mecanismos que se llevan a cabo de manera <<informal>> en las unidades médicas para conocer la percepción de la población beneficiaria y la implementación de acciones de mejora derivadas del análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción y de quejas que presentan los derechohabientes que realizan las TAOD a usuarios de la

Anexo VII.5 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 5. de Consulta Externa

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					consulta externa. Estas encuestas se analizan en las Juntas de Cuerpo Directivo y Comités de Quejas, en las que participan las autoridades de las diferentes áreas administrativas y médicas. Durante la entrevista se especificó que los resultados de la encuesta y la atención de la queja permite establecer áreas de oportunidad para así ajustar el proceso de atención a los derechohabientes en la consulta externa.
Grado de consolidación operativa					El grado de consolidación operativa global del Proceso de Consulta externa se infiere en un nivel de <<alto>>; se valoró con 9 de 10 puntos posibles. Como área de oportunidad está el hacer explícito la documentación del proceso para regular su operación y describir las actividades globales que deben llevarse a cabo.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista realizada con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso (IMSS, 2016) (IMSS/PAMCE 2do. nivel, 2017) (IMSS/PAMUMF, 2012) (IMSS/PPROCAMCEEUHTA, 2012).

Anexo VII.6 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 6. de Urgencias

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			Se cuenta con procedimientos que norman el Proceso de Urgencias, en los cuales describen de manera detallada las actividades realizadas por el equipo de salud y del personal administrativo para otorgar la atención en el servicio de Urgencias/Tococirugía en los tres niveles de atención. Sin embargo, se carece de un proceso explícito en el que se identifiquen las actividades globales interrelacionadas que deben llevarse a cabo para la atención de pacientes en los tres niveles de atención. Estos procedimientos se consideran suficientes y adecuados; sin embargo, durante la entrevista del proceso, se refiere que los procedimientos son extensos y muy detallados, por lo que se opta por la revisión de los flujogramas respectivos, dado que es una forma resumida de revisar el procedimiento para resolver las dudas que pudieran existir. Asimismo, se menciona que los procedimientos deberían estar integrados en un Manual de Procesos, dentro del cual deberían tener "fragmentados todos los procedimientos involucrados en el ciclo propiamente del proceso".
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Los procedimientos son enviados a las unidades médicas de manera oficial cuando son actualizados dentro del periodo establecido por el Instituto y cuando hay actualizaciones adicionales que requieren ser comunicadas, se informan a los OADS y UMAE de manera inmediata, para su implementación.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				Los procedimientos están estandarizados, son utilizados por el personal que labora en los servicios de urgencias de todas las unidades médicas de los tres niveles de atención, existen mecanismos de supervisión para verificar su utilización.

Anexo VII.6 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 6. de Urgencias

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				La Matriz de Indicadores para Resultados del Programa para 2020, incluye el Componente denominado “Atención médica en servicios de urgencias otorgadas”, que incluye el indicador “Porcentaje de pacientes con estancia prolongada (mayor de 12 horas) en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel”, cuya frecuencia de medición es semestral. Asimismo, cuenta con la actividad “Otorgamiento de consultas en urgencias”, cuyo indicador es “Índice consultas de urgencias por 1,000 derechohabientes en unidades de segundo nivel”, con una frecuencia de medición trimestral (IMSS/MIR, 2020). Estos indicadores son monitoreados con base en su periodicidad de manera externa por la SHCP y el CONEVAL a través del portal de transparencia de la SHCP (SHCP, 2020) y del Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIEMPS), a través del Módulo de indicadores de programas y acciones de desarrollo social (CONEVAL/SIEMPS, 2020). De manera interna se cuenta con el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica, en el que se monitorea el avance en el cumplimiento de las metas de estos indicadores, los cuales están incluidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (IMSS-DPM/MMIM, 2018).
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				Durante la entrevista del Proceso de Quejas y Satisfacción, se identificó la existencia de mecanismos informales para la implementación sistemática de mejora, consistentes en la realización de reuniones de la Junta del Cuerpo Directivo y del Comité de Quejas en las unidades médicas para la revisión de las quejas y de los resultados del Estudio Nacional de Calidad de la Atención y de los Servicios de Salud del IMSS (ENCAL-

Anexo VII.6 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 6. de Urgencias

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
					SS); en dicho estudio existe un cuestionario específico para la exploración de la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de Urgencias o Admisión Continua que se prestan; dicho cuestionario se exploran aspectos relacionados con el trato recibido, la gravedad del padecimiento, los motivos por los que acude el paciente al servicio de Urgencias, el tiempo de espera para recibir la atención y la calidad en la atención. De igual manera se analizan los resultados de las encuestas locales de satisfacción aplicados por el área de Trabajo Social. En la entrevista del Proceso de Urgencias se refiere que se cuenta con un Módulo de Atención y Orientación al Derechohabiente, atendido por el personal Técnico en Orientación y Atención al Derechohabiente (TAOD), quien asegura la atención del derechohabiente y también es receptor de quejas o peticiones. Asimismo, algunas unidades médicas cuentan con una Tablet (dispositivo electrónico) en la que se realiza una breve encuesta de salida, para investigar cómo fue la atención que recibió. Estas encuestas de satisfacción permiten integrar un diagnóstico situacional de cómo está operando el servicio de Urgencias. En estas reuniones se identifican las áreas de oportunidad y se definen estrategias para su atención. Sin embargo, en la normatividad revisada por el equipo evaluador, no se identificaron de manera explícita estos mecanismos.
Grado de consolidación operativa	El Proceso de Urgencias cuenta con un grado de consolidación <<alto>>, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 9. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración del documento del proceso del Programa; asimismo, deberán hacerse				

Anexo VII.6 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 6. de Urgencias

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					explícitos, los mecanismos para la implementación de mejoras del proceso.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VII.7 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 7. de Hospitalización

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos	2				En general el personal operador del Proceso de Hospitalización en las unidades médicas manifestó que cuentan con la normatividad aplicable. Sin embargo, también mencionaron que los documentos de los procedimientos son largos y extensos, lo que implica mayor grado de dificultad para su implementación y sugieren que sería mejor contar con Manuales de Procesos por área (Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa, etc.), y los procedimientos como contenido de los procesos. Asimismo, consideran la necesidad de actualizar la normativa con relación a la atención materna y los directivos que participaron en las entrevistas, consideran que también se requiere una buena supervisión.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Con base en las respuestas obtenidas en las entrevistas y las encuestas contestadas, todos los actores entrevistados estuvieron de acuerdo en que los procedimientos son del conocimiento de todos.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras		1			Por las respuestas recibidas en las entrevistas, se infiere que los procedimientos son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				Sí, se cuenta con el Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 y el Sistema de Información en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				En opinión del personal operativo entrevistado, cuentan con la retroalimentación de la satisfacción de los usuarios que se transmite al personal operativo, se analizan y se ponen en marcha acciones de mejora.

Anexo VII.7 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 7. de Hospitalización

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
Grado de consolidación operativa					La valoración del grado de consolidación fue de 9 <<alta>>, de un puntaje máximo de 10. Con las evidencias proporcionadas y localizadas por INSAD, se demostró que se cuenta con los documentos normativos necesarios, el personal operativo los conoce, se infiere que los procesos están estandarizados, cuentan con sistema de monitoreo e indicadores de gestión y aplican mecanismos que les permite la implementación sistemática de mejoras. Se identifica una ventana de oportunidad para mejorar el proceso en cuanto a los sistemas de información.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista realizada con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso.

Anexo VII.8 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos	2				Se cuenta con un Programa Institucional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2019-2024, acorde a la normatividad oficial mexicana y la normatividad institucional vigente. En el cual se identifican las actividades globales interrelacionadas que deben llevarse a cabo para la implementación de los paquetes de acciones preventivas de las principales IAAS, programa institucional para la higiene de manos, así como el modelo de gestión de riesgos relacionados a la atención médica focalizado a la prevención y control de IAAS. Además, se cuenta con una Guía Técnica para la Organización de la Vigilancia Epidemiológica y Prevención y Control de Infecciones, en donde se identifican las funciones de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Estos procedimientos se consideran suficientes y adecuados para el Proceso Calidad y Seguridad.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Los documentos están actualizados dentro del periodo administrativo 2019-2024 y durante las entrevistas fueron identificados por los participantes.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras		1.5			Los procesos son ejecutados en las unidades hospitalarias de segundo nivel, ambulatorias y de alta especialidad, existen mecanismos de supervisión; sin embargo, con base en la información de las entrevistas se considera que aún no se tiene un 100% de estandarización de los procesos

Anexo VII.8 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					relacionados con la prevención, detección y control de IAAS.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				De manera interna se cuenta con el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica, en el que se monitorea el proceso 6. Atención de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud el cual tiene 7 indicadores para medir el avance en el cumplimiento de las metas, los cuales están descritos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (IMSS-DPM/MMIM, 2018).
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras		1.5			Durante la entrevista del Proceso de Calidad y Seguridad, se identificó la existencia de mecanismos informales para la implementación sistemática de mejora, consistentes en la realización de reuniones del CODECIN. En la normatividad revisada por el equipo evaluador, se identificó que un mecanismo para la implementación sistemática de mejoras es el desarrollo de procesos seguros. Durante la entrevista del Proceso de Calidad y Seguridad, el personal refiere que las reuniones mensuales del CODECIN permiten identificar áreas de oportunidad y determinan acuerdos para su atención, sin embargo, no mencionan la importancia del desarrollo de procesos seguros y la implementación de barreras de seguridad, por los equipos multidisciplinarios de las unidades médicas con el fin de disminuir los riesgos de las IAAS.
Grado de consolidación operativa	El Proceso de Calidad y Seguridad cuenta con un grado de consolidación <<alto>>, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 9 puntos. Las áreas de oportunidad se relacionan con la				

Anexo VII.8 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 8. de Calidad y Seguridad

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					estandarización del proceso y la difusión de los mecanismos para la implementación de mejoras de forma continua.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los niveles de responsabilidad y operación del Programa.

Anexo VII.9 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			Se carece de un proceso documentado que regule la operación del proceso que describa las actividades globales que deben llevarse a cabo. Para la vertiente de atención de la queja, se cuenta con Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS (instructivo), que regula el procedimiento administrativo para la atención de la queja, conforme al artículo 296 de la Ley del Seguro Social. Asimismo, se cuenta con procedimientos específicos para su atención, dependiendo de la vía de entrada de la queja: IMSS, CONAMED y CNDH. En cuanto a la vertiente de satisfacción, se identificaron las funciones sustantivas establecidas en los Manuales de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica, de la Dirección de Administración y de las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente de los OODA y las unidades médicas de los tres niveles de atención, no se cuenta con alguna normativa adicional que regula la ejecución de esta vertiente del proceso.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				Durante la entrevista con el personal servidor público de áreas centrales, de los OOAD y de las unidades médicas de los tres niveles de atención, se observó que la normativa vigente relacionada con la vertiente de quejas del proceso: el Instructivo y los procedimientos específicos ya referidos, es conocida por todos los actores que ejecutan el proceso. Para la vertiente de satisfacción, se identifica un dominio de la CIE en la metodología para la aplicación del ENCAL-SS; en cuanto a la aplicación de las encuestas de satisfacción locales, así como para el análisis de la información derivada de éstas y la implementación

Anexo VII.9 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					de medidas preventivas y correctivas para mejorar la satisfacción de la población usuaria.
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras		1			En lo que respecta a la vertiente de quejas del proceso, la atención de las quejas en el Instituto, están normadas por el Instructivo y los procedimientos específicos ya referidos, los cuales son utilizados por todas áreas de nivel central, OOAD y unidades médicas de los tres niveles de atención, involucradas en la ejecución del proceso. En cuanto a la vertiente de satisfacción, es utilizada por el personal que opera esta vertiente del proceso en su variante de usuarios; sin embargo, se desconoce si existe normatividad adicional para la variante de satisfacción de prestadores de servicios.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				Sí, en lo que respecta a la vertiente de quejas del proceso, a través de los sistemas SIQUEM y SIADE, se genera información para el monitoreo del proceso, que es analizada en las reuniones mensuales del Comité de Quejas y en las Juntas de Cuerpo Directivo Delegacional y las Juntas de Gobierno en las unidades médicas de los tres niveles de atención. Se cuenta con el indicador "Atención Oportuna de Quejas". En cuanto a la vertiente de satisfacción se cuenta con indicadores relacionados con satisfacción, tiempo de espera, condiciones de las instalaciones, surtimiento de medicamentos y de calidad en el servicio que son difundidos en la página del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios.
5) Si se cuenta con mecanismos para la	2				Durante la entrevista realizada con el personal servidor público encargado de la operación del Proceso, se

Anexo VII.9 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
implementación sistemática de mejoras					identificaron mecanismos que se llevan a cabo de manera <<informal>> en las unidades médicas para la implementación de acciones de mejora derivadas del análisis del tipo de quejas que presentan los derechohabientes; dado que, tanto los OOAD como en las unidades médicas, se cuenta realizan Juntas de Cuerpo Directivo y Comités de Quejas, en las que participan las autoridades de las diferentes áreas administrativas y médicas para la revisión mensual de las quejas presentadas por la población derechohabiente. Durante la entrevista se especificó que la atención de la queja incide directamente en la mejora de la satisfacción de la población beneficiaria del Programa. En lo que respecta a la vertiente de satisfacción, durante la reunión de trabajo con el personal servidor público de la CIE, se refiere que para 2019 conjuntamente con la DPM se realizaron los ajustes necesarios para recopilar información a mayor detalle en los servicios médicos que otorga el Instituto. Sin embargo, no se identificó en la normatividad disponible, que de manera explícita se describa los mecanismos empleados para la implementación sistemática de mejoras derivadas del análisis de las quejas y de los resultados de las encuestas de satisfacción. El área de oportunidad radica en hacer explícito en un apartado específico del documento del proceso, los mecanismos que se llevan a cabo para la implementación sistemática de las mejoras.
Grado de consolidación operativa	El Proceso de Quejas y Satisfacción se ubica en un grado de consolidación <<medio>>, obtuvo un puntaje de 8, de un máximo de 10. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración del documento del proceso del Programa; asimismo, deberán hacerse				

Anexo VII.9 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 9. de Quejas y Satisfacción

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					explícitos, los mecanismos para la implementación de mejoras del proceso.

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central), así como de la reunión de trabajo realizada con el personal servidor público de la CIE del pasado 21 de octubre de 2020.

Anexo VII.10 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
1) Si existen documentos que normen los procesos		1			En la documentación revisada se identifican herramientas y elementos que evidencian que el Proceso de Monitoreo y Evaluación se lleva a cabo; sin embargo, no se identificó documento normativo alguno que explicita el proceso. Se cuenta con documentos externos e internos que norman el proceso: Entre los externos destacan: Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Lineamientos para la revisión, actualización, mejora, calendarización y seguimiento de los Indicadores del Desempeño de los Pp 2020. Programa Anual de Evaluación de los Programas Presupuestarios y Políticas Públicas de la Administración Pública Federal para los ejercicios fiscales 2018, 2019 y 2020. Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora (emitido en 2011). De manera interna el Manual de Indicadores Médicos, los anexos técnicos (términos de referencia) que norman las evaluaciones externas. Asimismo, hay productos que evidencian que el proceso se está ejecutando: la MIR actualizada del Programa; las fichas técnicas actualizadas de los indicadores contenidos en la MIR; los informes de evaluación realizados al programa; las fichas de monitoreo y evaluación; los documentos de trabajo e instruccionales de los ASM, los tableros de control en las unidades médicas, entre otros.
2) Si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados	2				La normatividad federal e institucional, es del conocimiento de personal que opera los procesos, dado que se cuenta con los productos referidos.

Anexo VII.10 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
3) Si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras	2				La normatividad federal e institucional, es utilizada por el personal que opera los procesos, dado que se cuenta con los productos referidos.
4) Si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión	2				La Matriz de Indicadores de Resultados el Programa para 2020, incluye 19 indicadores para todos los niveles de objetivo, los cuales son monitoreados con base en su periodicidad de manera externa por la SHCP y el CONEVAL a través del portal de transparencia de la SHCP (SHCP, 2020) y del Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIEMPS), a través del Módulo de indicadores de programas y acciones de desarrollo social (CONEVAL/SIEMPS, 2020). El seguimiento de los indicadores del Programa de trabajo de la DPM, se realiza de manera interna, se cuenta con el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica, en la siguiente dirección electrónica: http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx, en el que se monitorea el avance en el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM). Cabe mencionar que estos indicadores son definidos por las Coordinaciones Normativas para el seguimiento y control de los programas y servicios de salud que tienen asignados. Cada Coordinación Normativa es responsable de analizar los resultados de sus indicadores e implementar las acciones que considere pertinentes para su control. Asimismo, los resultados de los indicadores se construyen conforme a los criterios y periodicidad definidos para cada indicador en el MMIM y se difunden en la dirección electrónica ya referida (IMSS-DPM/MMIM, 2018) (IMSS/Nota PTDPM, 2020). Así como los tableros de control referidos por las

Anexo VII.10 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcial-mente	No	NA	
					unidades médicas durante las entrevistas. El seguimiento de los indicadores establecidos en el Programa Institucional del IMSS se lleva a cabo a través de los lineamientos para la elaboración de informes de seguimiento de los programas derivados del PND 2019-2024, que aún no son publicados por la SHCP. Se refiere que las metas fueron establecidas por las áreas del Instituto, las cuales serán responsables de proporcionar los avances que deberán integrarse en los informes anuales (IMSS-DF-DEPF, 2020).
5) Si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras	2				Durante la revisión de la normativa y la entrevista del proceso, se identifican los siguientes mecanismos para el monitoreo y evaluación del Programa: 1. Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos Susceptibles de Mejora para la atención de las recomendaciones derivadas de las evaluaciones externas normado por el CONEVAL, a través de documentos de trabajo e instruccionales. 2. Las Juntas de Gobierno de las unidades médicas en las que se analizan los resultados del avance de los indicadores establecidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, permiten la identificación de las áreas de oportunidad a través del Tablero de Indicadores semaforizado, lo que permite el establecimiento de estrategias y acciones para solventar las desviaciones. Sin embargo, en la normatividad institucional revisada por el equipo evaluador, no se identificaron de manera explícita estos mecanismos.

Anexo VII.10 Grado de Consolidación Operativa del Proceso 10. de Monitoreo y Evaluación

Criterio de valoración	Puntaje				Comentarios
	Sí	Parcialmente	No	NA	
Grado de consolidación operativa	El Proceso de Monitoreo y Evaluación se considera con un grado de consolidación <<alto>>, con oportunidades de mejora; del total máximo esperado de 10 puntos, el proceso obtuvo una valoración ordinal de 9. Las áreas de oportunidad se relacionan con la elaboración del documento del proceso del Programa; asimismo, deberán hacerse explícitos, los mecanismos para la implementación de mejoras del proceso.				

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad institucional revisada y la información obtenida durante la realización de la entrevista semiestructurada grupal con el personal servidor público responsable de normar y operar la ejecución del proceso en los cinco niveles de responsabilidad y operación del Programa (UMF, unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, OOAD y nivel central).

Anexo VIII. Análisis FODA del Programa (Anexo VII del AT)

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
1. Disponibilidad de una amplia y robusta normatividad que regula al Programa	1. Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas.	1. Carencia de un documento que integre y describa los procesos con los que opera el Programa.	1. Tiempos ajustados establecidos en la normatividad federal para la planeación de recursos del Programa.
2. Existencia de Manuales de Organización con funciones sustantivas explícitas para la operación del Programa.	2. Disponibilidad de Guías de Práctica Clínica para la prestación de servicios de salud.	2. Carencia de mecanismos explícitos para implementar mejoras en los procesos.	2. Falta de médicos especialistas en el país.
3. Se cuenta con procedimientos médicos y administrativos específicos que norman la operación del Programa.		3. Insuficiencia de recursos humanos para la salud en las unidades médicas.	3. Carencia de una estrategia federal para generar incentivos que permitan promover el otorgamiento de compensaciones para el personal de salud que labore en lugares alejados.
4. Personal capacitado en el manejo de los procedimientos y lineamientos institucionales para la operación del Programa.		4. Insuficiente capacidad instalada del Instituto para solventar el incremento en la demanda de atención.	4. Inexistencia de normatividad institucional que oriente al Programa para la realización de una posible evaluación de impacto.
5. Disponibilidad de una amplia gama de sistemas de información administrativos y médicos que apoyan la operación del Programa.		5. Insuficiencia de camas censables en las unidades hospitalarias.	
6. Disponibilidad de un tablero de		6. Obsolescencia de los equipos	

Anexo VIII. Análisis FODA del Programa (Anexo VII del AT)

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
control del avance en el cumplimiento de las metas de los indicadores con los cuales se evalúa el desempeño de las unidades médicas.		de cómputo en unidades médicas.	
7. Existencia de equipos multidisciplinarios que realizan un manejo integral del paciente.		7. Carencia de interfaces que permitan la comunicación entre los diferentes sistemas de información.	
8. Adecuada comunicación con instancias internas y externas.		8. Carencia de una normativa que regule la sistematización del uso de la información para la mejora de los procesos del Instituto.	
9. Utilización de herramientas tecnológicas que facilitan la comunicación y el intercambio de información entre las áreas normativas y operativas.		9. Poca visibilidad de acciones preventivas en segundo y tercer nivel de atención.	
10. Disponibilidad de herramientas para medir la satisfacción de usuarios y del personal de salud.		10. Inadecuada orientación del Programa para la reducción de morbilidad con un enfoque preventivo.	

Fuente: Elaboración propia, con base en las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas identificadas durante la evaluación para los procesos.

Anexo IX. Propuesta de modificación a la normatividad (Anexo VI del AT)

Tipo de normatividad	Dice:	Problema generado (causas y consecuencias):	Se recomienda decir:	Efecto esperado de aplicar la recomendación de cambio	Restricciones prácticas que puedan existir para su implementación
Externa <i>Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal</i>	Capítulo II. De la matriz de indicadores. NOVENO... I... c) Gestión: describe los recursos financieros, humanos y materiales aplicados en un programa federal...	Actualmente los programas presupuestarios no vinculan de manera directa las actividades y acciones a realizar que se reflejan en la Matriz de Indicadores para Resultados, con el presupuesto federal requerido para su realización.	Capítulo II. De la matriz de indicadores. NOVENO... I... c) Gestión: HACER EXPLÍCITOS los recursos financieros, humanos y materiales aplicados en un programa federal...	Darle congruencia a lo que necesita hacer el Programa de forma ordinaria (Actividades y Acciones) con los recursos presupuestarios para su ejecución.	Decisiones programáticas

Fuente: Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (SHCP-CONFEVAL-SFP/LGEPFAPF, 2007).

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
Recomendaciones específicas por proceso								
1. Planeación	Carencia de un documento donde se haga explícito el Proceso de Planeación.	Elaborar un documento del Proceso de Planeación, donde se incluyan los mecanismos para la implementación de la mejora continua de dicho proceso.	Dirección de administración, División de Normatividad y Mejora Regulatoria. Dirección de Planeación Estratégica Institucional.	No se requieren recursos o insumos adicionales.	Si bien, la primera actividad del proceso se encuentra institucionalizada a no se tiene la misma condición para el resto de las actividades de las tres etapas en que se divide el proceso.	Contar con un documento que norme el proceso al interior del Instituto dará mayor claridad al personal servidor público participante.	Documentos o productos del Proceso de Planeación del año precedente y precedente para realizar ejercicios comparativos.	Alto
2. Abasto de Medicamentos e Insumos	En unidades centrales del IMSS se observó un amplio dominio de las funciones administrativas del proceso (adquisición, distribución, entrega); se identificó una menor visibilidad (mención) de la vinculación explícita con las funciones relacionadas con aspectos de farmacovigilancia.	Fortalecer la coordinación entre las áreas que participan en el Proceso para mejorar la integración de los participantes.	Coordinación de Abasto y Dirección de prestaciones médicas.	Personal de las áreas participantes.	Se requiere organizar reuniones de trabajo con el objeto de validar las etapas y actividades del Proceso y definir estrategias de trabajo para su consolidación.	Consolidar la integralidad del Proceso de abasto de medicamentos e insumos.	Documentos de gestión de reuniones de trabajo. Minutas de acuerdos.	Alta

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
3. Seguridad en la Infraestructura	Falta de congruencia y apego a las necesidades en la programación de las actividades de conservación del PAO.	Fortalecer la capacitación del personal responsable de la elaboración del PAO.	En NC: Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG). En OOAD: Jefatura de Servicios Administrativos (JSA) y Departamento de Conservación y Servicios Generales (DCSG).	Personal capacitador y materiales de apoyo didáctico.	Totalmente factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para realizarlo.	Mayor congruencia en la programación y atención de necesidades de conservación.	Informes de capacitación y reportes de supervisión de la elaboración del PAO.	Alto
3. Seguridad en la Infraestructura	Falta de corresponsabilidad del personal usuario y del uso adecuado de los equipos de instalaciones.	Fortalecer la capacitación técnica a operadores de equipos, así como campañas de difusión para el uso responsable y cuidad de los equipos.	En NC: Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG). En OOAD: Jefatura de Servicios Administrativos (JSA) y Departamento de Conservación y	Personal capacitador y materiales de apoyo de difusión y didáctico.	Totalmente factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para realizarlo.	Mejor funcionamiento de los equipos.	Reporte de supervisión y bitácoras de operación.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
			Servicios Generales (DCSG).					
3. Seguridad en la infraestructura	Falta de visibilidad en la aplicación sistemática de mecanismos de mejora en la operación del Proceso.	Documentar los mecanismos empleados en la atención de oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del Proceso.	En NC: Coordinación de Conservación y Servicios Generales (CCSG). En OOAD: Jefatura de Servicios Administrativos (JSA) y Departamento de Conservación y Servicios Generales (DCSG).	Personal, procedimientos y materiales de difusión.	Totalmente factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para realizarlo.	Documentación de los mecanismos de mejora.	Reportes de atención de oportunidades de mejora.	Alto
4. Verificación de la derechohabencia	Carencia de equipos de cómputo actualizados en UMF.	Actualizar de manera periódica el software de los equipos de cómputo del área de verificación.	Dirección de Incorporación y Recaudación. Dirección de Avances Tecnológicos.	Software para la actualización de los equipos de cómputo.	Se considera viable su implementación, ya que la actualización del software involucra solamente el costo de la licencia de actualización (en	Ya no habrá lentitud ni falta de capacidad en los equipos de cómputo.	Reportes de actualización bimestral.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
					caso de requerir una).			
5. Consulta Externa	Limitaciones de la infraestructura que generan falta de accesibilidad geográfica. Mayor demanda de servicios que la capacidad de atención en el segundo nivel de atención. Persisten limitaciones en el trato digno hacia los derechohabientes, principalmente derivadas del tiempo limitado que se destina en la consulta (15 min en UMF y 20 min en segundo nivel de atención).	Fortalecer la capacitación y sensibilización del personal de la CE, en tópicos de trato digno al paciente. Revisar Indicadores de recursos humanos por número de derechohabientes y asegurar su cumplimiento. Actualizar los estudios de regionalización operativa para fundamentar los planes de ampliación o construcción de unidades nuevas en Zonas de crecimiento.	En NC: Dirección de administración. Dirección de Prestaciones Médicas; Unidad de Atención Primaria a la Salud; Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel; Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel; Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. En OOAD: Jefatura de Servicios de Prestaciones	Personal capacitador y materiales de apoyo didáctico. Diagnósticos situacionales de cobertura y recursos humanos y regionalización operativa.	Totalmente factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para realizar la capacitación y sensibilización, estudio de diagnóstico situacional de cobertura y regionalización operativa.	Mejor la satisfacción de los derechohabientes. Mejor relación oferta-demanda. De servicios y accesibilidad geográfica para los derechohabientes.	Indicadores de cobertura y recursos humanos. Encuestas de satisfacción.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
			Médicas y la Coordinador de Prevención y Atención a la Salud. En UMAE: Jefatura de Departamento o Servicio Clínico y el Responsable de la Consulta Externa.					
5. Consulta Externa	Falta de apego a criterios de envío de pacientes a especialidades. Falta de oportunidad en las consultas subsecuentes.	Fortalecer la estrategia de referencia y contrarreferencia y los mecanismos para reducir los tiempos para obtener una cita.	En OOAD: Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y la Coordinador de Prevención y Atención a la Salud. En UMAE: Jefatura de Departamento o Servicio Clínico y el Responsable	Personal, procedimientos y materiales de difusión Diagnósticos situacionales de cobertura.	Totalmente factible ya que se cuenta con los recursos necesarios para realizarlo.	Disminuir tiempos para obtener una cita.	Indicadores de tiempos de espera obtener una cita.	Alta

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
			de la Consulta Externa.					
5. Consulta Externa	Deficiente actualización de los sistemas de información. Falta de compatibilidad de los sistemas de información (ECE) entre niveles de atención. Fallas en sistemas tecnológicos que entorpece la continuidad en la atención y genera insatisfacción al personal de salud.	Establecer una estrategia nacional de adecuación de los sistemas informáticos para la atención médica en Instituto que considere la actualización e interconexión de sistemas informáticos aplicados a la atención médica. Debe incluir un diagnóstico situacional que permita identificar y atender prioridades.	Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Administración y Áreas de Sistemas del IMSS y de la DPM.	Recursos humanos, tecnológicos y financieros.	El Instituto cuenta con recursos para el diseño de la estrategia, la elaboración del diagnóstico situacional que le permita aprovechar la infraestructura disponible y definir y atender prioridades.	Evitar cuellos de botella en la prestación de los servicios, abatir costos de oportunidad y financieros, así como, mejorar la satisfacción de prestadores de servicios y derechohabientes.	Encuestas de satisfacción. Indicadores de productividad. Informes de operación de los sistemas informáticos.	Alto en cuanto al diseño de la estrategia. Medio en cuanto a componentes de la estrategia que requieren inversión.
7 Hospitalización	Retraso en la actualización de algunos manuales y Procedimientos para la Atención Médica en el Proceso de	Gestionar la actualización oportuna de manuales y procedimientos,	Coordinación de Atención Médica o Coordinación de Atención y Prevención en	Gestionar ante la instancia que corresponda la actualización de manuales y procedimientos y	La viabilidad es totalmente posible por ser un mecanismo administrativo, usado	Mantener actualizada la Normativa Institucional y garantizar mayor certeza al	Supervisión de cronogramas y requerimiento de necesidades de actualización.	Alto, por ser una actividad institucionalizada.

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
	Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel.	que requieran. lo	Salud del OOAD.	difundirlos al personal operativo a través de los diferentes niveles jerárquicos.	habitualmente en la Institución.	desempeño directivo y operativo.		
7. Hospitalización	Desvinculación de los diferentes sistemas de información, entre primero y segundo nivel de atención que dificulta la integración de información para la evaluación periódica y permanente, así como para agilizar la continuidad del servicio.	Vincular los sistemas de información que se complementen tanto para la continuidad de la atención, como para facilitar la evaluación y planeación de las diferentes actividades que se realizan.	Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Administración y Áreas de Sistemas de información del IMSS y de la DPM.	Para la integración de los sistemas de información, se tendrán que realizar: -Propuesta de integración de los sistemas que se complementen (para las áreas operativas) y para las áreas administrativas (para la evaluación y la planeación). -Presentar a las autoridades administrativas que corresponda y tramitar en el área correspondiente. -Contar con la autorización para	La viabilidad está sujeta al presupuesto con que se cuenteo se asigne en la institución para este rubro.	Operativamente: Agilización de la vinculación entre los niveles de atención para beneficio de los derechohabientes (referencia - contrarreferencia, programación de citas, interconsultas, de estudios, cirugías, medicamentos, etc.). Administrativa-mente: Facilitar el procesamiento y concentración de la información, para efectos de	Por definir como parte de los planes de vinculación de los sistemas de información.	Medio, mejoraría procesos operativos y administrativos. Aunque su autorización depende del presupuesto.

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
				la contratación de los servicios que realicen la vinculación de los sistemas informáticos.		evaluación y planeación.		
8. Calidad y Seguridad	El proceso de Calidad y Seguridad se circunscribe a las IAAS y no considera la implementación de barreras de seguridad para reducir otros riesgos asociados a la atención. En el Programa institucional de prevención de infecciones no se considera de manera explícita la participación de las áreas como inhaloterapia, lavandería y conservación y mantenimiento para la vigilancia de los sistemas de aire para la reducción de IAAS; de manera particular neumonía asociada a	Realizar reuniones de coordinación entre las áreas participantes en el proceso para definir estrategias conjuntas para reducir otros riesgos asociados a la atención. Actualizar el programa institucional de prevención de las IAAS con las nuevas estrategias definidas.	Dirección de Prestaciones Médicas, y Coordinación de Conservación y Servicios Generales.	Integración de grupos de trabajo con la participación de las áreas involucradas	Totalmente viable, en la medida en que se realizan la mayoría de las actividades, de manera separada.	Consolidar la integralidad del Proceso de Calidad y Seguridad. Mayor claridad entre los operadores con base a procesos.	Minutas de acuerdo. Programa de trabajo actualizado. Indicadores de IAAS.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
	ventilador y con ello, consolidar la vigilancia activa, proactiva y global de las IAAS.							
10. Monitoreo y Evaluación	Retraso en la captura de información en las unidades médicas en los sistemas de información respectivos.	Establecer estrategias para evitar la saturación de los sistemas de información en las fechas de captura: - Calendarizar la captura por regiones del país. - Sensibilizar al personal en la importancia de la captura oportuna de información. Capacitar al personal en el manejo adecuado de los sistemas de información y en el registro adecuado de la	Dirección de Prestaciones Médicas, OOAD, Unidades Médicas de los tres niveles de atención.	No se requieren recursos adicionales a los ya disponibles.	La implementación de esta recomendación es viable, dado que no se requieren recursos adicionales.	Contar con información oportuna y confiable que permita atender los diferentes requerimientos de manera oportuna.	Estrategias implementadas.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
		información en dichos sistemas.						
10. Monitoreo y Evaluación	Se carece de una herramienta que permita llevar a cabo el seguimiento de la gestión operativa del Programa.	Realizar una reunión participativa con todas las áreas involucradas, para desarrollar e implementar un sistema de monitoreo de la gestión del Programa, con base en la propuesta planteada en el Anexo XI.	Dirección de Finanzas con el Apoyo de la Dirección de Prestaciones Médicas, la Dirección de Administración, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales y las respectivas áreas de cada una de ellas que estén involucradas. Áreas de Sistemas del IMSS y de la DPM.	Hardware y software para el diseño del tablero de indicadores de gestión.	Se considera viable la implementación del Sistema de Monitoreo de la Gestión, sin el desembolso de recursos económicos.	Contar con un sistema de monitoreo que permita dar seguimiento a la gestión operativa del Programa a través de los diez procesos que forman parte del Modelo General de Operación del Programa propuesto, permitirá contar con información oportuna y confiable, para conocer periódicamente el avance de la gestión operativa, así como identificar las limitantes que la obstaculizan para una toma de decisiones oportunas.	Sistema de Monitoreo de la Gestión del Programa desarrollado e implementado.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
Recomendaciones generales para el Programa								
Programa	Las causas primarias que originan problema que atiende el Programa de disminuir la morbilidad, rebasan el ámbito del IMSS como la institución responsable de atender dicha problemática.	Realizar un curso-taller participativo con el personal servidor público responsable del Programa, con la finalidad de que se aplique la metodología de marco lógico para redimensionar el planteamiento del problema por atender con el Programa	Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Administración.	Se requiere la disponibilidad de recursos económicos para la contratación de un servicio de empresa que brinde asesoría externa experta en el manejo de la Metodología de Marco Lógico, para la realización del curso-taller. O en su defecto, sería pertinente solicitar al CONEVAL el apoyo para la realización del curso-taller.	La implementación de esta recomendación es viable, depende de la disponibilidad de recursos económicos o de la solicitud formar al CONEVAL para su realización, el cuyo caso el costo no sería un problema.	El problema de la alta morbilidad sería construido desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.	Curso-taller realizado. Problema que atiende el Programa replanteado.	Alto
Programa	La esencia del Programa es eminentemente curativa, en la presupuestación se prioriza la atención curativa (prevención secundaria y terciaria) sobre la	Conceptualizar el término "atención a la salud".	Dirección de Prestaciones Médicas.	No se requieren recursos adicionales. Los insumos requeridos para su se relacionan con la revisión de la literatura nacional e	La implementación de esta recomendación es viable, toda vez que no requiere recursos económicos	La definición del término "atención a la salud", aportaría elementos para su valoración y atención integral.	Término "atención a la salud" conceptualizado.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
	prevención primaria de la salud.			internacional que aporte elementos para conceptualizar el término "Atención a la Salud.	adicionales. La capacitación deberá realizarla el personal responsable de los sistemas de información y podría ser en cascada.			
Programa	La responsabilidad de la operación del Programa se comparte por dos áreas normativas del Instituto: la DPM y la DA.	Realizar reuniones a fin de revisar, desde una visión organizacional, la pertinencia de que una sola unidad administrativa sea responsable del diseño, operación y operación del Programa.	Dirección de Finanzas, Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Administración.	No se requieren recursos adicionales. Entre los insumos necesarios destaca la legislación federal e institucional en la materia.	La implementación de esta recomendación es viable, toda vez que no requiere recursos económicos adicionales.	La definición del término "atención a la salud", aportaría elementos para su valoración y atención integral.	Instrumentos de gestión aplicados.	Alto
Programa	Se carece de procesos explícitos para el Programa que definan las actividades generales que deben llevarse a cabo y que establezca de	Construir un manual de operación del Programa en el que se documenten los procesos y los mecanismos	Dirección de Finanzas, Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Administración.	No se requieren recursos adicionales Entre los insumos destacan: - Evaluación de procesos	La implementación de esta recomendación es viable, se cuenta con la evaluación de procesos que	Facilitaría la gestión operativa del Programa por procesos.	Manual de Operación del Programa elaborado y difundido.	Alto

Anexo X. Recomendaciones del Programa (VIII del AT)

Proceso	Situación actual (hallazgo o problema detectado)	Recomendación	Principales responsables de la implementación	Recursos e insumos necesarios para su implementación	Breve análisis de viabilidad de la implementación	Efectos potenciales esperados	Medio de verificación	Nivel de priorización (Alto, Medio, o Bajo)*
	manera explícita los mecanismos para la mejora de los procesos.	para la mejora de los procesos.		realizada al Programa. - Procedimientos específicos de los procesos.	presenta la propuesta de etapas y actividades que deben llevarse a cabo para su ejecución. Asimismo, se dispone de un acervo procedimental institucional suficiente.			
Programa	No hay claridad en la delimitación de programas presupuestarios, no se percibe la diferencia entre actividades del Pp E001 y el Pp E011. Tanto a nivel central como a nivel de unidades.	Difundir la delimitación programático-presupuestal del Pp; elementos del PbR y el modelo operativo y los procesos específicos.	Dirección de prestaciones médicas y Dirección de administración	Personal y materiales de difusión.	Altamente viable, se cuenta con la estructura organizacional, los elementos programático-presupuestales del PBR. no requiere recursos económicos adicionales.	Delimitación de objetivos, metas, recursos y resultados del Pp. Reforzar la operación de los programas con base en procesos	Cobertura de capacitación/difusión Evaluación del aprendizaje.	Alto

Fuente: Elaboración propia con base en los hallazgos y resultados de la evaluación.

*El nivel de priorización Alto, Medio o Bajo, se estimó considerando la mejora en la operación del programa, la viabilidad de la implementación de la recomendación, así como el efecto potencial que esto pueda tener el alcance del objetivo del Programa.

Anexo XI. Sistema de Monitoreo e Indicadores de Gestión (Anexo IX del AT)

En diversas corrientes conceptuales se plantea que una intervención social o programa público (programa presupuestario) para ser efectivo requiere, entre otros elementos, tener un buen diseño, una planeación óptima, una participación activa de los beneficiarios y contar con un sistema o programa de seguimiento o monitoreo y de evaluación adecuados para conocer el avance del programa; y disponer así con información para “mejorar la acción, reorientarla o hacer una planeación futura mucho más asertiva y efectiva” (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013). En particular, se refiere que entre los propósitos de un sistema de seguimiento y evaluación se encuentran: 1. La detección de problemas para mejorar el desempeño de un programa; 2. Fortalecer la toma de decisiones y la planeación para aprender de las dificultades; 3. Contribuir al aprendizaje institucional y social; 4. Avanzar en el empoderamiento con el fortalecimiento de las capacidades de la organización, el equipo encargado y la población involucrada; 5. Mejorar la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos y el impacto de los programas y, 6. Contribuir a la construcción del conocimiento. El análisis de la evaluación permite compartir con otros y difundir el aprendizaje y las mejores prácticas (Esquema 1) (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).

Esquema 1. Propósitos de un Sistema de Monitoreo y Evaluación



Fuente: Tomado de la Guía para el Seguimiento y evaluación de Proyectos Sociales (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).

En el contexto del Programa E011 “Atención a la Salud”, la importancia de un sistema de monitoreo y evaluación se relaciona con el conocer su avance y contar con información para identificar problemas que pongan en riesgo la efectividad de su gestión operativa y, a la vez tener elementos para la toma oportuna de decisiones para mejorar su diseño y/o redireccionar su operación hacia el logro del objetivo central de reducir la morbilidad.

Desde una consideración metodológica el seguimiento de un programa puede ser referido como el:

Mecanismo correctivo y preventivo que permite la corrección de desviaciones, la detección oportuna e incongruencias o deficiencias a través de la formulación, ejecución, instrumentación y evaluación de acciones; con el fin de fortalecer y complementar las estrategias, objetivos, metas, política, asignación de recursos y la normatividad que las rige (GEJ/LMEPP, 2019).

La evaluación es explicada como la:

Apreciación sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo. Una evaluación deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones de beneficiarios y donantes (OCDE/Glosario, 2010).

De acuerdo con lo solicitado en el AT de la evaluación, en este Anexo se formulan consideraciones para fortalecer del sistema de monitoreo de gestión del Programa (IMSS-DPM/AT, 2020). Respecto de la evaluación se ha recomendado que en el sistema de evaluación del Programa se establezcan las condiciones para llevar a cabo una evaluación de impacto, de acuerdo con la normatividad establecida (CONEVAL/GAFEI, 2007).

La normativa relacionada con un sistema de monitoreo de gestión para todo programa presupuestario se describe en la siguiente sección.

Marco normativo

El artículo 1 de Ley General de Desarrollo Social (LGDS) refiere como objetivo VIII “establecer mecanismos de evaluación y seguimiento de los programas y acciones de los programas y acciones de la Política Nacional de Desarrollo Social” (LGDS/DOF, 2018).

El numeral trigésimo cuarto de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal refiere que, el sistema integral de monitoreo y evaluación basado en resultados de los programas federales representa un proceso de recopilación y análisis de información de las dependencias y entidades para conocer el desempeño de los programas federales (SHCP-CONEVAL-SFP/LGEPFAPF, 2007).

El artículo 45 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) refiere que los ejecutores del gasto deben cumplir con las metas y objetivos de sus respectivos programas por lo que tienen la responsabilidad de llevar a cabo la administración por resultados; asimismo, el artículo 11, menciona que la SHCP dará seguimiento a los resultados con base en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) (LFPRH/DOF, 2020).⁹⁷

El numeral II del artículo 275 de la Ley del Seguro Social menciona que, el anteproyecto de presupuesto deberá contener el presupuesto asignado por programa, señalando prioridades, objetivos, metas y unidades responsable de su ejercicio, así como su valuación estimada por programa, y los mecanismos e indicadores de evaluación para cada programa (LSS/DOF, 2020).

El numeral XVIII del artículo 82 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS) refiere que entre las atribuciones de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) se encuentra la de “Diseñar y operar, en coordinación con los órganos Normativos, de Operación Administrativa

⁹⁷ Sistema de Evaluación del Desempeño: el conjunto de elementos metodológicos que permiten realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas, bajo los principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer el impacto social de los programas y de los proyectos (LFPRH/DOF, 2020).

Desconcentrada y unidades operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud” (IMSS/RIIMSS, 2012).

El numeral 8.1.2 del Manual de Organización del IMSS (MO IMSS) confiere entre las funciones sustantivas de la DPM, la de “Establecer estándares e indicadores de evaluación del desempeño institucional en materia de prestaciones médicas, a fin de contribuir a la mejora continua de procesos y programas de trabajo” (IMSS/MO DOF, 2018).

El Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas (MO DPM) establece entre las políticas de la DPM el fortalecimiento del Sistema de Información en Salud y la implementación del Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema Institucional de Salud y apoyará la rendición de cuentas; asimismo, establece entre sus funciones sustantivas la ya referida en el MO IMSS (IMSS/MO DPM, 2018).

La Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social establece en el numeral 7.2.2 que las direcciones normativas, deben elaborar sus elementos programáticos en el ámbito de sus respectivas competencias (objetivos, metas e indicadores) y que, cada unidad responsable del gasto deberá evaluar el desempeño de sus indicadores a fin de hacer eficientes los procesos operativos y sustantivos (IMSS/NP, 2013).

En el Manual Metodológico de Indicadores Médicos se establecen los criterios y estándares para la construcción homogénea de indicadores que establecen las diferentes áreas de la DPM para evaluar y monitorear las prestaciones médicas que otorga el Instituto (IMSS-DPM/MMIM, 2018).

Marco conceptual sobre monitoreo (seguimiento), gestión operativa y sistema de monitoreo de gestión

La evaluación de las políticas y programas públicos con un enfoque de Gestión para Resultados (GpR) ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas, a fin de proveer información sobre los resultados de las acciones gubernamentales para alimentar la toma de decisiones y así asignar presupuesto y prioridades con

base en su desempeño.⁹⁸ En este sentido, CONEVAL refiere que para lograr que la gestión pública se fundamente en resultados y a partir de ella se oriente hacia una planeación estratégica, son necesarios instrumentos, metodologías y sistemas comunes, así como el establecimiento de procedimientos para facilitar la incorporación de recomendaciones en la toma de decisiones, crear mecanismos de difusión de la información e identificar a los actores participantes, así como sus obligaciones y atribuciones (CONEVAL/MNE, 2019).

Según el CONEVAL, la construcción e implementación de la GpR, se fundamenta en cinco pilares: 1. la Planificación; 2. el Presupuesto Basado en Resultados (PbR); 3. el Monitoreo; 4. la Evaluación y, 5. la Transparencia y la Rendición de Cuentas, los cuales interactúan entre sí (Esquema 2).

Esquema 2. Pilares para la Construcción e implementación de la GpR



Fuente: Tomado del documento “Marco normativo para la evaluación de la política y los programas de desarrollo social en el ámbito federal en México” (CONEVAL/MNE, 2019, pág. 13).

De estos pilares referidos para la implementación de la GpR, el concepto del monitoreo o seguimiento según el CONEVAL se define como el “Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, etcétera, para orientar a los servidores públicos acerca de

⁹⁸ La Gestión para Resultados (GpR) es un modelo de cultura organizacional, directiva y de gestión que pone énfasis en los resultados y no en los procedimientos. Aunque también interesa cómo se hacen las cosas, cobra mayor relevancia qué se hace, qué se logra y cuál es su impacto en el bienestar de la población; es decir, la creación de valor público (SHCP/SED, 2008).

los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto de los resultados esperados” (CONEVAL/Glosario, 2020).⁹⁹

Para Lauriac el monitoreo es “un proceso esencial para conducir un proyecto de manera a que éste contribuya a un cambio efectivo para los «beneficiarios»”. Asimismo, refiere que permite conocer el avance de un proyecto, para asegurar que va por un buen camino para alcanzar los resultados esperados o para identificar brechas, dificultades o nuevas oportunidades y que contribuye a la toma de decisiones sobre los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos (Lauriac, 2016).

Para la OCDE el seguimiento es una función continua que emplea la recopilación sistemática de datos sobre indicadores especificados para proporcionar a los administradores y a las partes interesadas principales de una intervención para el desarrollo, indicaciones sobre el avance y el logro de los objetivos, así como de la utilización de los fondos asignados (OCDE/Glosario, 2010).

Niño-Martínez y de la Macorra definen el seguimiento o monitoreo como un proceso continuo y sistemático para obtener y analizar información sobre el avance hacia la consecución de metas y objetivos de un proyecto el monitoreo se ocupa del análisis de los distintos componentes de la gestión interna. (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).

En el marco del SED que regula el funcionamiento de la APF, incluido el IMSS, el seguimiento o monitoreo de un Pp corresponde a una de las siete etapas del ciclo presupuestario basado en resultados,¹⁰⁰ la cual se operacionaliza de la siguiente forma (cfr. Subcapítulo 3.10) (Esquema 3) (SHCP/SED, 2008) (SHCP/PbR-SED).

Esquema 3. Etapa 5. Monitoreo del Ciclo Presupuestario del PbR-SED

⁹⁹ Para efectos de este documento, se considera que el monitoreo y el seguimiento son equivalentes por lo que podrán utilizarse de manera indistinta.

¹⁰⁰ El proceso presupuestario orientado a resultados considera siete etapas: 1. Planeación; 2. Programación, 3. Presupuestación; 4. Ejercicio; 5. Seguimiento; 6. Evaluación y 7. Rendición de Cuentas (SHCP/SED, 2008, págs. 36-37).



Fuente: Elaboración propia con base en la "Cédula, conceptos básicos del Presupuesto Basado en Resultados- Sistema de Evaluación del Desempeño

Según Lauriac un sistema de monitoreo permite recolectar, tratar, analizar y difundir información con los actores involucrados en la implementación de un proyecto para la toma de decisiones (Lauriac, 2016).

El CONEVAL refiere que un sistema de monitoreo recopila información cuantitativa en forma sistemática sobre el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos vinculados con una política, programa o proyecto y de la utilización de recursos, para proveer información a los hacedores de política y a la ciudadanía en general. Además, el sistema de monitoreo debe informar sobre el desempeño, es decir, debe advertir si las entidades e intervenciones públicas actúan dentro de las normas y criterios definidos en las metas y planes.

De estas definiciones se identifican los siguientes elementos de importancia: 1. la recopilación sistemática de información; 2. el tratamiento y análisis de la información y, 3. la difusión y uso de la información para la toma de decisiones.

Desde un enfoque de sistemas, la recopilación sistemática de la información corresponde con la entrada, el tratamiento y análisis de la información, con el procesamiento y la difusión y el uso de la información con la salida (Esquema 4).

Esquema 4. Sistema de Monitoreo



Fuente: Elaboración propia.

En este contexto, el seguimiento debe ser entendido como una actividad interna de un programa, convirtiéndose en un elemento fundamental para la buena administración y gestión. A través del seguimiento se monitorea la ejecución de un proyecto, programa o política pública con el objetivo de optimizar sus procesos, resultados e impactos.

Hacia la consolidación del Sistema de Gestión Operativa del Programa

Se tiene claridad de que el Programa cuenta con un Manual Metodológico de Indicadores Médicos que establece los criterios y estándares para la construcción homogénea de 213 indicadores de resultados/impacto y de gestión, con la finalidad de evaluar y monitorear las prestaciones médicas que otorga el Instituto; se operacionaliza en un tablero de indicadores que permite la evaluación del desempeño de las unidades médicas y de los OOAD (IMSS-DPM/MMIM, 2018), cuyos resultados se difunden en el Portal de Intranet de la División de Información Epidemiológica. Al respecto, se ha identificado la oportunidad de complementar esta fortaleza con elementos para consolidar un sistema de monitoreo. Se dispone de mecanismos adecuados para la recolección de información de las variables con las que se construyen los indicadores, su procesamiento y análisis de la información y su difusión de resultados. En este contexto, se recomienda clarificar la forma en que la información se utiliza por las áreas normativas y operativas para la toma de decisiones que permitan implementar mejoras en el Programa. Los indicadores que se monitorean están enfocados a medir el otorgamiento de las prestaciones médicas del Instituto.

En este contexto y desde una visión de procesos, el Programa requiere de un sistema de monitoreo que se vincule con la gestión del Programa. Bajo esta lógica, el Modelo General de Operación propuesto (MGO-P) permite afirmar que la gestión operativa¹⁰¹ funciona con este modelo y contribuye al logro del objetivo del Programa de reducir la morbilidad. Esta gestión operativa resulta de la interacción y de la sinergia de los diez procesos identificados.

Para la consolidación del sistema de monitoreo se requieren las siguientes líneas de acción:

1. Identificar a los actores que deben participar en la conceptualización integral del sistema de monitoreo de la gestión del Programa.
2. Definir el objetivo del sistema de monitoreo dirigido al seguimiento de la gestión del Programa.
3. Identificar indicadores de gestión¹⁰² para cada uno de los diez procesos con base en el Manual para el diseño y la construcción de indicadores del CONEVAL, disponible en la siguiente dirección electrónica: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf.
4. Integrar un manual de indicadores de desempeño del Programa que defina el sistema e incluya la ficha técnica de los indicadores, ya que son la base para orientar la generación de información.
5. Implementar un tablero de control semaforizado que contenga los indicadores definidos, a fin de sistematizar la información para facilitar su seguimiento.
6. Elaborar reportes periódicos que resuman los principales resultados y reportar periódicamente el grado de avance en el cumplimiento de las metas

¹⁰¹ Gestión operativa: concepción, revisión, coordinación de la programación de todas las operaciones del proyecto, de su planificación, de la gestión y del seguimiento de los recursos humanos, materiales y financieros.

¹⁰² De acuerdo con la SHCP, un indicador es de gestión cuando mide el avance y logro en procesos y actividades, es decir, sobre la forma en que los bienes y/o servicios públicos son generados y entregados (SHCP/GDIE, S.F.).

de los indicadores establecidos; los cuales deberán difundirse entre los actores involucrados, tanto en el nivel normativo como en el operativo.

7. Hacer explícitas estrategias para el uso de la información en todos los niveles de responsabilidad. En primera instancia, la información deberá ser utilizada de manera directa en las áreas primarias donde se genera el dato, a fin de asegurar que se mejore la calidad, la oportunidad y la toma de decisiones.
8. Fortalecer la capacitación y actualización técnica del personal responsable del registro y captura de la información, con el fin de asegurar, en la medida de lo posible, que la información sea útil, oportuna y confiable.

Anexo XIV. Ficha Técnica con los Datos Generales de la Instancia Evaluadora y el Costo de la Evaluación

Nombre de la instancia evaluadora:	Investigación en Salud y Demografía, S.C. de C.V. (INSAD)
Nombre del coordinador de la evaluación:	Ricardo Vernon Carter
Nombres de los principales colaboradores:	Javier Enrique Jiménez Bolón; Elsa Elena García Koch; Gregorio Ornelas García; Ana Beatriz Pérez Díaz; Manuel Urbina Fuentes; Beatriz Esther Aréchiga Arreola; Ana Rosa Moreno Vázquez; Elizabeth Escobar Vázquez; Francisco Mendoza Diez; Luis Guillermo Rangel Rojas
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:	Coordinación Técnica Programática y de Evaluación del Desempeño. División de Política Presupuestaria y Evaluación del Desempeño.
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:	Lic. Edgar Peña Chávez edgar.pena@imss.gob.mx 5238-2700 Ext. 12704 Mtra. Norma Larios Barrera norma.larios@imss.gob.mx 5238-2700 Ext. 12722
Forma de contratación de la instancia evaluadora:	Licitación Pública
Costo total de la evaluación:	\$ 2,552,000.00 (Dos millones, quinientos cincuenta y dos mil pesos 00/100 M.N.) IVA incluido
Fuente de financiamiento:	Recursos Propios

ANEXOS OFICIALES EN ARCHIVOS ADJUNTOS

Anexo AOAA-1. Base de datos cuantitativa (anexo estadístico)

La información estadística en la que se fundamenta el análisis sobre el comportamiento de los indicadores se ha tomado de la Agenda estadística 2019 para los nueve años referidos (IMSS/PIIMSS, 2020). Los cuadros elaborados para el análisis se pueden consultar en el Anexo estadístico (Anexo AOAA-1) que se incluye en un archivo adjunto en formato Word a este Producto 3.

Anexo AOAA 2. Base de datos cualitativa

Para una más amplia referencia de los comentarios emitidos por el personal servidor público que participaron durante las diez entrevistas semiestructuradas grupales para los diez procesos del MGO-P, podrá consultarse la base de datos cualitativa (Anexo AOAA-2) que se incluye en un archivo adjunto en formato Excel a este Producto 3.

ANEXOS TEMÁTICOS ELABORADOS POR INSAD

Anexo A. Ordenamiento de OOAD por variable, 2019

OOAD	DD ¹	O ²	Delegación	CMFyE ³	O ²	Delegación	Presupuesto Ejercido	O ²
CDMEX Norte	68.0	1	Jalisco	11,153,342	1	Jalisco	13,586,321,915	1
Durango	67.0	2	México Oriente	9,390,303	2	CDMEX Sur	13,325,416,339	2
Querétaro	66.7	3	Nuevo León	8,510,888	3	México Oriente	12,020,394,562	3
Quintana Roo	66.7	3	CDMEX Sur	8,346,589	4	Chihuahua	9,090,396,943	4
Hidalgo	65.8	5	CDMEX Norte	6,633,876	5	Nuevo León	9,080,903,754	5
Oaxaca	65.8	5	Coahuila	5,470,718	6	Baja California	8,476,908,236	6
Tlaxcala	65.1	7	Chihuahua	5,367,957	7	CDMEX Norte	8,329,717,937	7
Guerrero	63.4	8	Guanajuato	5,205,282	8	Tamaulipas	6,929,769,909	8
Guanajuato	61.9	9	Baja California	4,902,634	9	Sonora	6,863,134,350	9
Puebla	61.4	10	México Poniente	4,598,006	10	Coahuila	6,671,419,119	10
Baja California Sur	61.2	11	Sinaloa	4,416,336	11	México Poniente	6,489,043,130	11
Colima	61.1	12	Tamaulipas	4,305,891	12	Sinaloa	6,268,705,624	12
México Poniente	61.0	13	Sonora	4,236,877	13	Guanajuato	5,852,030,494	13
México Oriente	60.8	14	Veracruz Norte	3,976,046	14	Michoacán	5,475,652,316	14
San Luis Potosí	60.4	15	Puebla	3,932,066	15	Puebla	5,096,996,498	15
Nuevo León	59.2	16	Michoacán	3,621,571	16	Veracruz Norte	4,568,885,572	16
Chiapas	59.1	17	Veracruz Sur	3,027,201	17	Veracruz Sur	4,239,672,600	17
Campeche	59.0	18	Yucatán	3,019,487	18	San Luis Potosí	4,221,038,510	18
Morelos	58.7	19	San Luis Potosí	2,890,728	19	Yucatán	4,019,431,690	19
Michoacán	56.5	20	Querétaro	2,570,784	20	Querétaro	4,000,220,106	20
Coahuila	55.4	21	Aguascalientes	2,485,780	21	Aguascalientes	3,594,472,030	21
Sinaloa	54.2	22	Durango	2,241,184	22	Durango	3,394,526,147	22
Sonora	53.4	23	Morelos	2,122,994	23	Guerrero	3,297,889,057	23
Chihuahua	52.4	24	Guerrero	2,007,324	24	Quintana Roo	3,247,337,889	24
CDMEX Sur	52.1	25	Hidalgo	1,947,361	25	Morelos	2,977,318,866	25
Nayarit	51.6	26	Chiapas	1,840,934	26	Chiapas	2,970,169,035	26
Tabasco	50.4	27	Quintana Roo	1,780,595	27	Hidalgo	2,758,556,039	27

Anexo A. Ordenamiento de OOAD por variable, 2019

OOAD	DD ¹	O ²	Delegación	CMFyE ³	O ²	Delegación	Presupuesto Ejercido	O ²
Baja California	49.7	28	Tabasco	1,484,854	28	Baja California Sur	2,533,136,340	28
Tamaulipas	49.5	29	Nayarit	1,477,843	29	Tabasco	2,271,861,355	29
Jalisco	46.9	30	Oaxaca	1,453,538	30	Oaxaca	2,262,493,635	30
Aguascalientes	45.9	31	Zacatecas	1,325,319	31	Nayarit	2,095,795,011	31
Veracruz Norte	59.8	32	Baja California Sur	1,297,154	32	Colima	2,036,784,351	32
Veracruz Sur	48.7	33	Colima	1,194,072	33	Zacatecas	1,957,701,906	33
Yucatán	65.4	34	Tlaxcala	1,049,860	34	Campeche	1,545,705,089	34
Zacatecas	51.2	35	Campeche	974,809	35	Tlaxcala	1,488,548,643	35

Fuente: Elaboración propia con base la información proporcionada por el IMSS y la consulta realizada a la página de la Memoria estadística 2019 (IMSS-DPM/BD ED, 2019), (IMSS/ME, 2019), (IMSS-DPM/Presupuesto, 2019).

Nomenclatura: ¹DD = Desempeño delegacional. ²O = Orden de la delegación. ³CMFyE = Consultas de medicina familiar y de especialidad en el primero y segundo niveles de atención.

Anexo B. Orden de los OOAD por variable y cálculo del índice categórico, 2019

OOAD	Desempeño delegacional	Consultas	Presupuesto	Índice Categórico
Aguascalientes	31	21	21	73
Baja California	28	9	6	43
Baja California Sur	11	32	28	71
Campeche	18	35	34	87
CDMEX Norte	1	5	7	13
CDMEX Sur	25	4	2	31
Chiapas	17	26	26	69
Chihuahua	24	7	4	35
Coahuila	21	6	10	37
Colima	12	33	32	77
Durango	2	22	22	46
Guanajuato	9	8	13	30
Guerrero	8	24	23	55
Hidalgo	5	25	27	57
Jalisco	30	1	1	32
México Oriente	14	2	3	19
México Poniente	13	10	11	34
Michoacán	20	16	14	50
Morelos	19	23	25	67
Nayarit	26	29	31	86
Nuevo León	16	3	5	24
Oaxaca	5	30	30	65
Puebla	10	15	15	40
Querétaro	3	20	20	43
Quintana Roo	3	27	24	54

Anexo B. Orden de los OOAD por variable y cálculo del índice categórico, 2019

OOAD	Desempeño delegacional	Consultas	Presupuesto	Índice Categórico
San Luis Potosí	15	19	18	52
Sinaloa	22	11	12	45
Sonora	23	13	9	45
Tabasco	27	28	29	84
Tamaulipas	29	12	8	49
Tlaxcala	7	34	35	76
Veracruz Norte	32	14	16	62
Veracruz Sur	33	17	17	67
Yucatán	34	18	19	71
Zacatecas	35	31	33	99

Fuente: Elaboración propia con base la aplicación de la metodología propuesta.

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
1. Planeación	Disponibilidad de software y de herramientas informáticas para la organización, atención y control de la gestión del Programa que favorece una adecuada planeación. Proceso de planeación estandarizado con alcances macro, meso y micro. Suficiencia de recursos financieros para las acciones de planeación. La planeación se realiza de forma participativa en los tres niveles de atención incluyendo los OOAD y el nivel central. Adecuado conocimiento del programa presupuestario por el personal operativo y administrativo. Adecuada normatividad sobre actividades y responsabilidades de planeación por realizar en los diferentes niveles de atención y de operación, con delimitación de actores, funciones operativas y constructo de indicadores. Adecuada supervisión de las actividades que integran al proceso de proceso en los diferentes niveles de atención.	Adecuada regulación sobre la planeación del Programa por las dependencias globalizadoras de la planeación gubernamental (SHCP y CONEVAL). Disponibilidad de una normativa institucional adecuada: clara, conocida y aplicada. La obligatoriedad constitucional de garantizar el derecho a la salud contribuye a redimensionar el concepto de "atención a la salud". Disponibilidad del enfoque de determinantes sociales de la salud para abordar de forma integral el objetivo programático de reducir la morbilidad de la PDH.	Inadecuada orientación del Programa para la reducción de morbilidad con acciones curativas y no preventivas primarias. Obsolescencia de equipos de cómputo en áreas operativas. No identificación de un documento integral sobre el proceso de planeación del Programa. Insuficiencia de recursos humanos en áreas operativas.	Los tiempos que establece la normatividad son cortos para hacer la planeación. Inadecuada normatividad federal para la vinculación de las actividades de la MIR con los recursos financieros requeridos para su implementación. Inexistencia de mecanismos federales para fomentar la sinergia entre los tres programas de atención a la salud que se operan en el sector salud (IMSS, SS e ISSSTE).	Comunicación y articulación incompleta entre las áreas Falta de personal médico limita la atención a la población y condiciona el aumento de la morbilidad.	La lógica de la planeación se determina a partir de la definición de necesidades sustantivas y adjetivas en pro de la reducción de la morbilidad. Se desarrolla un proceso de planeación participativo e integral. Planeación con base en un análisis retrospectivo de los resultados. Planificación apoyada en un cronograma de actividades.	Las contingencias epidemiológicas. Desastres naturales.
2. Abasto de Medicamentos e Insumos	La experiencia y buena ejecución del proceso por el uso del Sistema de Abasto Institucional (SAI). Conocimiento diario del consumo y abastecimiento de las unidades a nivel de OOAD y nacional. Existencia del portal CCA para coordinar con la delegación los trasposes de medicamentos entre unidades. El adecuado manejo de los inventarios en almacén y unidades médicas para una mejor	Reducción de costos por compra consolidada en medicamentos de alto costo y baja disponibilidad. Reingeniería de la logística de entrega de medicamentos a través de la retroalimentación de las delegaciones y el diseño de propuestas conjuntas. Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas y del Cuadro Básico de Insumos para la Salud.	El programa de Abasto Medicamentos e Insumos se circunscribe al proceso administrativo de compra y entrega de medicamentos. Limitada coordinación con otras instancias del IMSS que considere todas las fases del proceso de medicación y su correcta ministración y destino final, incluida la farmacovigilancia. Capacitación constante tanto en el manejo de los sistemas como	Las variaciones de precios (aumento) y la inflación. Ejercicio de contratación de un distribuidor logístico. Incumplimiento de proveedores. Falta de recursos humanos. Incremento en las quejas de derechohabientes por falta de entrega de insumos o medicamentos.	Retraso en la entrega de insumos por parte del proveedor logístico. Retraso en la contratación de recursos. Retraso en la liberación de compras locales (claves desiertas e incumplidas). Flotilla vehicular vieja y constantemente esta en servicio esto incide en el suministro de insumos a las unidades. Insuficiente área de almacén y de equipamiento. Lentitud en la respuesta de la	Implementación de cuestionarios internos para identificar áreas de oportunidad. Realización semanal de comités de abasto, en presencia del delegado con los titulares de diversas jefaturas, para crear sinergia y atender oportunamente temas prioritarios de abasto El monitoreo de los niveles de inversión y la comunicación para el apoyo entre unidades y entre delegaciones.	Falta de proveedores en las ciudades pequeñas. Incumplimiento por parte de la proveeduría. Incremento en la mortalidad por falta de insumos y medicamentos de alta especialidad

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	determinación de las necesidades. La estandarización de los procedimientos		en la normatividad. Falta de oportunidad por parte de la CAIES en la formalización de los contratos.		generación de órdenes de reposición y autorización de compras		
3. Seguridad en la Infraestructura	Existen manuales de procedimientos, para la toma de decisiones y conservación de los inmuebles. Existencia de sistemas de información (PAO-CICPAO). Órdenes de servicio sistematizadas. Adecuada comunicación entre las instancias participantes. Buena disponibilidad que tienen los normativos. Liderazgo de personal directivo, misión, visión y valores. Disponibilidad de tecnología y capacitación. Personal técnico y administrativo capacitado. Disponibilidad de recursos económicos. Actualización del personal técnico.	Vinculación estrecha Institucional y local con Protección Civil Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas.	Falta de oportunidad en la cobertura de plazas. Falta de congruencia y apego a las necesidades en la programación de las actividades del PAO. Capacitación y Actualización del personal técnico en el manejo de los equipos. Falta de corresponsabilidad del personal usuario y del uso adecuado de los equipos de instalaciones. Identificación oportuna de las necesidades que tengan las unidades.	Falta de cuidado de las instalaciones y equipos por parte de las personas usuarias.	Retraso en los trámites de formalización de contratos por parte de las áreas que intervienen. falta de cobertura de plazas de limpieza y de técnicos de conservación. Inoportuna o baja disposición de insumo de limpieza porque hay retrasos en las licitaciones. Compra de insumos de limpieza de forma emergente. Rotación constante de jefes de conservación. Jubilación de personal. Problemas con el reaprovisionamiento y sustitución de oportuno del equipo médico.	Programación de actividades en el PAO. Evaluación en los procesos de conservación. Capacidad de respuesta ante las contingencias presentadas. Capacidad de priorizar de acuerdo a las necesidades de los inmuebles. Comunicación entre las áreas operativas y las de nivel central. Atención oportuna del mantenimiento de equipo. Retraso en los trámites de fortalecimiento de contratos por parte de las áreas que intervienen.	Antigüedad de los inmuebles. Falta de personal Higiene y Limpieza. Inmuebles en riesgo derivado de la sobreocupación.
4. Verificación de la Derechohabencia	Existencia de documentos que norman el proceso. Automatización y sistematización del proceso. Homologación del uso del mismo sistema de información por todas las áreas: AcceDer Unificado y de la liga para verificar la vigencia. Enlace entre los diferentes sistemas (AcceDer Unificado, SINDO, SIMF y MOCE). la sistematización del proceso ha permitido la reducción en los tiempos de espera de los usuarios. Existencia de herramientas para medir la satisfacción del usuario. Disponibilidad de hacer el trámite de alta en UMF y	Cobertura de personal oportuna en la ausencia programada y no programada. Mejora del trato brindado a la población derechohabiente. Mayor inversión en el área de cómputo. Promoción del uso de tecnologías para realizar los trámites en línea. Ampliación del horario de atención.	Lentitud en los equipos de cómputo. Falta de capacidad en los equipos de cómputo. Insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros, principalmente en UMF.		Cuando se presentan fallas en el Sistema AcceDer Unificado ya que retrasa la atención a los usuarios. Falta de actualización del software de los equipos de cómputo.	Atención de calidad al usuario ya que es un proceso fácil, sencillo de ejecutar y de reproducir. Intervención del área de informática cuando hay fallas en los equipos de cómputo.	Suplantación de documentos falsos cuando el trámite se hace por internet y no se verifican bien en ventanilla en UMF.

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	turno y verificación de la vigencia en línea.						
5. Consulta Externa	Personal altamente capacitado y con alto sentido de pertenencia e identidad institucional. Rapidez en los tiempos de espera (programa unifila). Coordinación adecuada entre instancias del IMSS que participan en el proceso de la consulta externa/ atención materna perinatal. Agilidad en la referencia de pacientes del primero al segundo y tercer nivel de atención (Agenda electrónica de citas, programa IMSS citas). Receta resurtible, permite que el derechohabiente no acuda mensualmente. Digitalización de la consulta. Disponibilidad de sistemas de información que apoyan las actividades estratégicas. Agilidad de acceso a la información del paciente debido al uso de sistemas informáticos (ECE, AcceDer, SIMO). Disponibilidad de marco presupuestal de plazas de personal autorizado. Existencia de documentos que norman los procedimientos y que están estandarizados.	Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas. Disposición de Guías de Práctica Clínica.	Persisten limitaciones en el trato digno hacia los derechohabientes, principalmente derivadas del tiempo limitado que se destina en la consulta (15 min en UMF y 20 min en segundo nivel de atención). Limitaciones de la infraestructura que generan falta de accesibilidad geográfica. Deficiente actualización de los sistemas de información. Falta de apego a criterios de envío de pacientes a especialidades. Falta de oportunidad en las consultas subsecuentes. Mayor demanda de servicios que la capacidad de atención en el segundo nivel de atención. Falta de compatibilidad de los sistemas de información (ECE) entre niveles de atención. Fallas en sistemas tecnológicos que entorpece la continuidad en la atención y genera insatisfacción al personal de salud.	Saturación de demanda en UMF principalmente. Falta de médicos especialistas en el país. La demanda supera la capacidad física y humana del IMSS en las especialidades que atienden las UMAE. Negociación con sindicato para controlar privilegios tales como cambio de horarios y días de descanso; Hay demasiados médicos de lunes a viernes en turno matutino y pocos en vespertino o sábado y domingo.	Limitaciones en la infraestructura, hace que no se pueda atender toda la demanda Problemas para la obtención de citas si se cae el sistema. Deficiencias en software, hardware e impresoras con insumos suficientes retrasan el proceso de atención (resultados de gabinete en archivo electrónico; impresión de recetas, consulta de agendas de citas). Falta de suplente en algunas especialidades y subespecialidades.	Planeación anual de los recursos humanos, materiales y financieros. Ampliación del horario de atención. Servicios de atención médica continua. Intercambio de agendas entre niveles de atención para agilizar las citas de especialidades médicas. Cita escalonada en la consulta externa, sistema de transcripción de medicamentos. Uso de guías de práctica clínica. Difusión en salas de espera de consulta externa de tópicos de prevención.	Falta de personal para cobertura de ausentismos no programados. Retraso en el diagnóstico y/o tratamiento por falta de recurso humano y/o de gabinete. Diferimiento en las consultas de algunas especialidades (oftalmología) derivadas de la limitación en el número de atenciones por la pandemia.
6. Urgencias	Se cuenta con servicio de atención médica continua/urgencias en las UMF. Se cuenta con equipos de respuesta inmediata para la atención de emergencias obstétricas. Trabajo en equipo. Buena comunicación entre las áreas. La aplicación del Triage permite la atención	Utilización de Guías de Práctica Clínica.	Procedimientos muy extensos que dificultan su aplicación. Limitaciones en las UMF que cuentan con servicio de Atención Médica Continua para considerarse como servicios de urgencias. Insuficientes recursos humanos, principalmente en el turno nocturno	Problemas geopolíticos y de seguridad nacional, limitan que el personal de salud ocupe plazas en lugares alejados o conflictivos.	Falta de personal médico especialista para otorgar la atención y disponer de interconsultas. Saturación de servicios de salud: - Falta de recursos humanos. - Egresos hospitalarios no van a la misma velocidad que las solicitudes de ingreso, lo que provoca que urgencias se	Utilización de servicio subrogado de ambulancias para traslado de pacientes.	Si no se mejoran las condiciones de salud de las personas derechohabientes con los programas actuales, existirá insuficiencia de recursos humanos y materiales para otorgar la atención, debido a la saturación de los servicios. La saturación de los servicios de urgencias por falta de camas

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	oportuna de acuerdo con el nivel de gravedad de los pacientes. Las personas beneficiarias aún creen en la institución. Se cuenta con sistemas de información consolidados para apoyar el desarrollo de las actividades. Espíritu de servicio del personal de salud para brindar la atención, aún con la insuficiencia de recursos materiales. Comunicación adecuada entre nivel central, OOAD y unidades médicas, vía telefónica, por correo electrónico y por chat. Se cuenta con procedimientos específicos actualizados para otorgar la atención de urgencias para los tres niveles de atención.		o en la jornada acumulada. Plantillas de recursos humanos incompletas. Falta de camas hospitalarias para el internamiento de pacientes derivados del servicio de urgencias. Servicios auxiliares de diagnóstico (laboratorio e imagenología) no disponibles en todos los turnos. Se carece de servicios de laboratorio rayos X en el turno nocturno de las UFM que cuentan con servicio de Atención Médica Continua. No se cumple con la normatividad respecto al alta de pacientes del servicio antes de 12 hrs. cuando ingresará a hospitalización, por la falta de camas hospitalarias.		sature y que no se atiende con oportunidad a toda la población que requiere el servicio. Déficit de camas hospitalarias que saturan el servicio de urgencias, cuando el paciente va a hospitalización. Traslado de pacientes con retraso debido a células de recursos humanos incompletas en todos los turnos. Incremento de la población adscrita, provoca sobredemanda del servicio. Incremento de las enfermedades crónicas degenerativas que requieren la atención en los servicios de urgencias.		hospitalarias, pone en riesgo la oportunidad en la atención de la población beneficiaria.
7. Hospitalización	Se cuenta con manuales de procedimientos muy completos que incluyen actividades para todos los actores que intervienen en el proceso. Se cuenta con un equipo multidisciplinario que permite realizar una atención integral y completa del paciente (médicos, enfermeras, personal de trabajo social, nutrición, asistente médica, fisioterapia y otros servicios interconsultantes: Inhaloterapia y rehabilitación si cuentan con el servicio). Se cuenta con una normativa sólida y estandarizada a todos los niveles de la organización. Proceso de hospitalización fortalecido con toda la normativa. Se cuenta con un documento que norma los procesos de actualización de la	Disponibilidad nacional para atender las carencias de personal médico y paramédico en las instituciones públicas de salud. Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas. Actualización quinquenal de normas oficiales mexicanas. Disposición de Guías de Práctica Clínica.	Poca visibilidad de acciones preventivas en segundo y tercer nivel de atención. Manuales de procedimientos extensos y su implementación tiene un grado de dificultad mayor. Retraso en la actualización de algunos manuales, entre otras causas, debido a la pandemia. En los manuales, se requiere actualizar la categoría: de personal de intendencia a Auxiliares de Higiene y Limpieza, e incorporar la de Camillero, categoría del personal que interviene en el proceso. Faltas de mensajeros en el turno nocturno, este personaje es el enlace entre los diferentes recursos humanos en salud. Sistemas de información separados y desvinculados	Falta de médicos especialistas en el país, aún cuando la bolsa de trabajo está abierta. Reconversión de hospitales por el COVID (aunque es temporal). Papel del sindicato para la contratación de recursos humanos.	Falta de recursos humanos, principalmente médicos. Atención de la Referencia-Contrarreferencia en tercer nivel (depende de la ocupación y disponibilidad de camas y de la especialidad que requiera el paciente).	Supervisión de la aplicación de los procedimientos. Capacitación permanente del personal.	Saturación de los servicios por alta demanda y por la pandemia.

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	normatividad del Instituto. Se cuenta con sistemas de información que les facilita el control de registros médicos.		que no son compatibles entre sí, lo que genera dificultad para el análisis de la información.				
8. Calidad y Seguridad	Se cuenta con una plataforma informática para el registro de las IAAS. Se cuenta con un tablero de indicadores relacionados con las IAAS, establecidos en el Manual Metodológico. Vigilancia estrecha de las IAAS. Se cuenta con el Comité para la Detección de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel. Se cuenta con un sistema y unidades de Vigilancia Epidemiológica que permite el registro de IAAS en las unidades médicas. Reuniones del cuerpo de gobierno en las unidades médicas. Competencia adecuada de los epidemiólogos en las unidades médicas. Interrelación de áreas normativas, OOAD y unidades médicas. Supervisión estrecha.	Disponibilidad de Normas Oficiales Mexicanas y del ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Amplio marco normativo intersectorial para apoyar la vigilancia de las IAAS y comunicación con la COFEPRIS.	Limitaciones en la plantilla de personal para la vigilancia de las IAAS. El proceso de Calidad y Seguridad se circunscribe a las IAAS y no considera la implementación de barreras de seguridad para reducir otros riesgos asociados a la atención. En el Programa institucional de prevención de infecciones no se considera de manera explícita la participación de las áreas de inhaloterapia, lavandería y conservación y mantenimiento para la vigilancia de los sistemas de aire para la reducción de IAAS; de manera particular neumonía asociada a ventilador y con ello, consolidar la vigilancia activa, proactiva y global de las IAAS.	La presencia de eventos epidemiológicos (brotes, epidemias, pandemias), podrían rebasar la capacidad instalada del equipo epidemiológico de las unidades médicas, así como generar un sub-registro y falta de notificación de las IAAS en tiempo y forma adecuados.	Retraso en la notificación de las IAAS. Retraso en la limpieza y desinfección de las áreas. Retraso en el cumplimiento de acuerdos del CODECIN, lo cual podría repercutir o retrasar la implementación de las medidas preventivas de los cuatro paquetes de la vigilancia activa, proactiva y global de las IAAS.	Identificación adecuada de riesgos y definición de planes de acción a través de trabajo en equipo (CODECIN). Sistemas y/o actividades locales para la prevención y control de las IAAS. Minutas locales de supervisión. Sistema de desinfección con tecnología con rayos ultravioleta en UMAE HG La Raza, CDMEX Norte. Existencia de paquetes de acción preventiva locales para las cuatro infecciones más relevantes: 1. Prevención de Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter venoso central. 2. Prevención de infección de sitio quirúrgico. 3. Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica. 4. Prevención de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter urinario.	La falta de mitigación de los riesgos que inciden en el desarrollo e incremento de las IAAS podría generar brotes intrahospitalarios, lo que repercute en los días de estancia intrahospitalaria y a elevar los costos de la atención.
9. Quejas y Satisfacción	Vertiente Quejas Se cuenta con personal altamente capacitado. Capacitación continua del personal de las AAOD, en temas relacionados con la atención del DH, derechos humanos, perspectiva de género, atención al público. Análisis conjunto periódico de las quejas con el personal directivo de las unidades médicas y el		En ocasiones no se atiende la queja de manera oportuna. Falta de capacitación para la atención de personas con discapacidad auditiva o analfabeta. El área de Consulta Externa tiene muchas quejas, derivado de la alta demanda de citas. La saturación de los servicios genera quejas.		Limitaciones en los recursos humanos, lo que disminuye la capacidad de respuesta.	El dictamen de las quejas se analiza con el personal directivo y de las áreas responsables de las quejas en de las unidades médicas y el personal de las AAOD. Realización de juntas semanales para el análisis de las quejas, no se espera a la reunión mensual del Comité de Quejas. Se cuenta con chat local para que la TAOD informe cuando	Agresión por parte de las personas usuarias.

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	personal de las AAOD. Aplicación de medidas preventivas y correctivas. Las unidades médicas cuentan con un Comité de Quejas. Se cuenta con procedimientos específicos para la atención de quejas, de acuerdo con la vía de entrada: IMSS, CONAMED y CNDH. Existencia del Sistema Institucional de Queja Médica (SIQUEM). Se cuenta con un instructivo específico para la atención de la queja médica. Comunicación directa con los jefes de servicio involucrados para la atención de las quejas. Apoyo de personal directivo y jefes de servicio. Se cuenta con un proceso normado, estructurado, sistematizado y supervisado. Contacto directo de los jefes de servicio con el derechohabiente que presenta la queja. Existe confidencialidad en la presentación de la queja, se evita la confrontación entre el personal y el usuario. Vertiente Satisfacción Disponibilidad de una encuesta nacional para medir la satisfacción de beneficiarios de manera periódica. Metodología robusta. Se cuenta con un equipo multidisciplinario en el nivel central para el diseño y aplicación de la encuesta. Imparcialidad del área responsable de la aplicación de la encuesta al ser área		Alcance limitado de la encuesta, sólo considera usuarios de los servicios de salud, no toma en cuenta a las personas no usuarias de los servicios, que también forman parte de la población derechohabiente. Falta de sistematización del uso de la información derivada de la encuesta para la mejora de los procesos. Carencia de una metodología unificada para la realización de encuestas locales de satisfacción en las unidades médicas. Carencia de una normativa que regule el uso de la información para		Recursos humanos limitados a nivel central para la ejecución del Proceso. Equipo y sistemas disponibles entorpecen la operación del proceso. Presupuesto limitado para la contratación de terceros para el levantamiento de la encuesta. Carencia de mecanismos para la obtención de resultados más oportunos. Limitados tiempos y procesos administrativos para la contratación de la empresa que realiza el levantamiento de la encuesta.	se recibe una queja. Trabajo Social aplica encuestas de entrada en algunas unidades médicas, para conocer las necesidades de los usuarios para anticipar la presentación de quejas. Con las encuestas de satisfacción, es posible conocer las áreas de oportunidad y atenderlas para evitar la queja. Se procura que las quejas se conviertan en gestiones para incrementar la satisfacción de los derechohabientes y evitar que se presente la queja. Aplicación de encuestas en diferentes turnos. Firma de convenios con instancias externas para la atención de quejas (CONAMED, CNDH, CONAPRED). La aplicación de encuestas de satisfacción es ajena al Instituto, lo que evita sesgos.	

Anexo C. Identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas, Cuellos de Botella, Buenas Prácticas y Riesgos por Proceso

Proceso	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Cuellos de Botella	Buenas Prácticas	Riesgos
	independiente del Instituto. Adecuada coordinación entre las áreas involucradas en el diseño de la encuesta. Disponibilidad de encuestas locales de entrada y de salida para medir la satisfacción de beneficiarios.		la mejora de los procesos del Instituto.				
10. Monitoreo y Evaluación	Se cuenta con sistemas de información de apoyo que sirven para la ejecución del proceso. Se cuenta con un área normativa sólida que establece las directrices. Buena relación con las áreas responsables de los programas. Adecuada comunicación entre las áreas externas e internas que intervienen en el proceso.		Faltas de recursos humanos. Plantilla de recursos humanos insuficiente. Atraso en la disponibilidad de información para la integración de indicadores, se recurre a la estimación. Desfase en la integración de la información. Desvinculación entre el área operativa y la programático-presupuestaria.	Tiempos establecidos por a SHCP limitados para la actualización de la MIR y de las fichas de indicadores del desempeño, así como para la incorporación de avances en el cumplimiento de las metas de los indicadores.	Retraso en la captura de información en las unidades médicas por exceso de trabajo. Saturación y lentitud en los sistemas de información en los periodos de captura.	Existencia de un tablero de control semaforizado de indicadores para el seguimiento y monitoreo.	En el tercer nivel se presta poca atención a las acciones preventivas.

Fuente: Elaboración propia con base en los hallazgos de la evaluación y la información proporcionada durante las entrevistas semiestructuradas grupales aplicadas para los diez procesos.