



**Evaluación Específica del Programa Federal U013
Programa de Atención a la Salud y Medicamentos
Gratuitos para la Población Sin Seguridad Social Laboral,
correspondiente al ejercicio fiscal 2024, de la **Secretaría
de Salud del Estado de Tabasco****

RESUMEN EJECUTIVO

La presente Evaluación Específica del Programa Federal U013 "Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población Sin Seguridad Social Laboral" correspondiente al ejercicio fiscal 2024 se realiza en cumplimiento de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 110 y 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, así como en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Su objetivo general es evaluar la aportación del Programa Federal U013 ejercido en 2024 por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, así como los resultados obtenidos por los programas presupuestarios estatales que recibieron su financiamiento, con la finalidad de proveer información que retroalimente el diseño, gestión y resultados del programa.

La evaluación se desarrolla mediante análisis de gabinete con base en la documentación normativa del programa federal y estatal, información presupuestaria, Matrices de Indicadores para Resultados (MIR), informes de avance trimestral y entrevistas con unidades responsables. El análisis contempla la evaluación de la congruencia entre el diseño del programa federal U013 y los programas estatales E044 (Atención Primaria a la Salud), E045 (Atención Médica Especializada de Segundo Nivel) y E046 (Atención Médica Especializada de Tercer Nivel) la consistencia con la normatividad aplicable, el avance de indicadores mediante criterios CREMAA (Claridad, Relevancia, Economía, Monitoreabilidad, Adecuación y Aportación Marginal), la contribución a objetivos y metas de planeación nacional y estatal, y la identificación de complementariedades con otros programas gubernamentales.

La evaluación se desarrolló con rigor metodológico, en estricto apego a los Términos de Referencia (TdR) correspondientes al Ejercicio Fiscal 2025. El alcance se centró en identificar hallazgos y recomendaciones a partir de la evaluación del desempeño, mediante un análisis de gabinete con base en su documentación normativa.

Derivado de la ejecución de la Evaluación Específica de Desempeño, el equipo evaluador identificó los hallazgos siguientes:

- Los indicadores "Porcentaje de Mortalidad", "Razón de servicios médicos", "Promedio diario de consultas generales" y "Porcentaje de actividades curativas estomatológicas" fueron mejorados sustancialmente en términos de definición, unidad de medida y método de cálculo.
- **No se implementaron ajustes estructurales** para resolver problemas de fondo: (1) la duplicidad institucional de MIR (3 componentes SS vs. 4 componentes SSET) existe sin proceso de armonización documentado; (2) la ausencia total de desagregación territorial y transversal en los 8-9 indicadores de actividades limita la capacidad de identificar brechas de equidad; y (3) la falta de indicadores que midan componentes financieros críticos del U013 impide verificar el ejercicio adecuado de recursos federales.
- Los resultados obtenidos en 2024 presentan un patrón anómalo crítico: tres indicadores de gestión con 0% de cumplimiento (supervisión de unidades, abasto de material de curación, atención de heridas) y uno con 12.41% (análisis clínicos), contrastando con cumplimientos 2023 entre 70% y 236%. **Esta ruptura sistémica es operacionalmente realista y es la consecuencia de la transición INSABI-IMSS BIENESTAR**, la cual tuvo un impacto en

todos los niveles operativos del Programa afectando, principalmente, los sistemas de registro, así como los canales de coordinación.

Derivado de lo anterior, las Recomendaciones, organizadas por Programa, son las siguientes:

PROGRAMA ESTATAL E044: ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL

Recomendación 1. Armonizar y oficializar una MIR única para el E044

Justificación: La coexistencia de dos versiones (3 componentes SS vs. 4 componentes SSET) sin justificación técnica documentada genera inconsistencias en medición, reporte y evaluación.

Cómo implementarlo:

1. Conformar Comité Técnico Interinstitucional (SS-SSET-Finanzas) con mandato explícito de armonizar ambas MIR.
2. Elaborar análisis comparativo técnico: componentes comunes, componente C04 exclusivo SSET, justificación para incluir/excluir C04.
3. Decidir mediante sesión plenaria: conservar 3 o 4 componentes, definir alcance, establecer indicadores por actividad.
4. Publicar "MIR Oficial E044" en portal de transparencia como documento único y vinculante.

Producto esperado: MIR única oficial con 3 o 4 componentes y fichas técnicas estandarizadas.

Recomendación 2. Revisar y ajustar metas de indicadores con bajo cumplimiento en 2024

Justificación: Varios indicadores de gestión presentaron cumplimiento deficiente durante 2024, cuestionando la factibilidad y realismo de las metas establecidas (apartado 1.2). Si bien, como se señaló por parte de la UR, la transición INSABI-IMSS BIENESTAR tuvo un impacto severo en la operación de los tres Programas, es necesario reajustar y modificar las metas establecidas, tal que sean objetivos acordes con la capacidad y funciones instaladas.

Producto esperado: Indicadores con metas técnicamente viables y métodos coherentes con capacidad operativa del programa.

Recomendación 3. Incorporar desagregación territorial prioritaria en componentes clave

Justificación: El programa opera en 508 unidades en 17 municipios, pero ningún indicador permite identificar brechas geográficas de acceso.

Cómo implementarlo:

1. Seleccionar 3-4 indicadores prioritarios para desagregación territorial:
 - **C01:** Consultas odontológicas por municipio
 - **C02:** Promedio diario de consultas por región (norte, centro, sur)
 - **C03:** Deficiencias visuales detectadas por municipio

- **C04** (si se mantiene): Análisis clínicos en laboratorio móvil por municipio

2. Modificar formatos de registro en SIS para capturar municipio de procedencia.

Producto esperado: Al menos 3-4 indicadores con desagregación territorial por municipio o región.

Recomendación 4. Incorporar desagregación con enfoque transversal en componentes estratégicos

Justificación: Los indicadores no permiten evaluar si el programa está reduciendo inequidades por género, edad o pertenencia a población indígena.

Cómo implementarlo:

1. Seleccionar 2-3 indicadores prioritarios:
 - **C01:** Consultas odontológicas desagregadas por sexo y grupo etario
 - **C02:** Consultas generales desagregadas por sexo y población indígena
 - **C03:** Atención a discapacidad desagregada por tipo, sexo y edad
2. Modificar formatos de registro para incluir campos: sexo, edad, pertenencia a población indígena, tipo de discapacidad.

Producto esperado: Al menos 2-3 indicadores con desagregación por sexo, edad y/o población indígena.

Recomendación 5. Crear indicador de seguimiento presupuestal U013-E044

Justificación: No existe ningún indicador que permita verificar si el programa ejerce los recursos U013 conforme al mandato federal (50% personal, 50% insumos/medicamentos).

Cómo implementarlo:

1. Definir nuevo indicador a nivel Componente (C02-Supervisión y Seguimiento):
 - **Nombre:** "Porcentaje de recursos U013 ejercidos en adquisición de medicamentos, material de curación e insumos médicos"
 - **Fórmula:** $(\text{Monto ejercido en adquisición con recursos U013} / \text{Monto total U013 transferido al E044}) \times 100$
 - **Meta:** 50% (conforme Lineamientos DOF 2024)
 - **Frecuencia:** Trimestral
2. Incorporar indicador formalmente en MIR Oficial E044.

Producto esperado: Indicador de gestión presupuestal que permite auditar ejercicio de recursos U013 conforme a Lineamientos federales.

PROGRAMA ESTATAL E045: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE SEGUNDO NIVEL

Conclusiones:

La evaluación del E045 en 2024 evidencia que, a pesar de contar con una estructura de MIR armonizada entre ambas Unidades Responsables (ventaja significativa respecto al E044), **los problemas operativos y de diseño de metas son aún más considerables** que en el programa de primer nivel.

El cumplimiento deficiente de indicadores críticos -particularmente contrarreferencia (19.5% vs. meta 58.5%) y servicios de laboratorio (6.5% vs. meta 95.2%)- revela **deficiencias estructurales severas** en: (1) coordinación entre niveles de atención, (2) disponibilidad de insumos y reactivos de laboratorio, (3) sistemas de registro y seguimiento de pacientes, y (4) planeación realista basada en capacidad operativa comprobada.

Los ajustes técnicos implementados tras la evaluación 2023 fueron **insuficientes y no abordaron los problemas de fondo**: metas poco realistas, ausencia de desagregación para identificar brechas de equidad, y falta de indicadores de calidad de atención especializada. Se evidencia que el proceso de retroalimentación evaluación-diseño no operó efectivamente para impulsar mejoras sustantivas en el desempeño del programa durante el ejercicio fiscal aquí evaluado (2024).

Recomendaciones:

Recomendación 6. Reformular metas basándose en capacidad operativa comprobada

Justificación: Las metas actuales de contrarreferencia (58.5%) y laboratorios (95.2%) están completamente desvinculadas de la capacidad operativa real (cumplimiento 19.5% y 6.5% respectivamente).

Cómo implementarlo:

1. Realizar diagnóstico de capacidad real de laboratorios en hospitales de segundo nivel: inventario de equipos funcionando, disponibilidad de reactivos, personal capacitado.
2. Ajustar meta de servicios de laboratorio a nivel alcanzable en primer año (30-40%) con plan de mejora gradual hacia 70-80% en 3 años.
3. Ajustar meta de contrarreferencia a 30% con incrementos graduales anuales de 10 puntos porcentuales.

Producto esperado: Metas realistas basadas en evidencia de capacidad operativa, con trayectorias de mejora gradual documentadas.

Recomendación 7. Fortalecer sistema de referencia y contrarreferencia con indicadores específicos

Justificación: El cumplimiento de 19.5% en contrarreferencia evidencia colapso del sistema de coordinación entre niveles de atención o error en la formulación del indicador, pues no todas las atenciones médicas requieren contrarreferencia.

Cómo implementarlo:

1. Crear indicador complementario: "Tiempo promedio entre referencia y contrarreferencia" (meta: <30 días) para medir oportunidad.
2. Crear indicador de proceso: "Porcentaje de pacientes referidos con formato de contrarreferencia completo" (meta: 80%) para medir calidad del proceso.

Producto esperado: Sistema de contrarreferencia funcional con indicadores pertinentes.

Recomendación 8. Incorporar desagregación territorial prioritaria

Justificación: El programa opera en múltiples hospitales de segundo nivel, pero no se puede identificar cuáles tienen mejor o peor desempeño.

Cómo implementarlo:

1. Seleccionar 3 indicadores prioritarios para desagregación por hospital:
 - Promedio diario de consultas de especialidad
 - Porcentaje de ocupación hospitalaria
 - Servicios auxiliares de diagnóstico clínico (laboratorios)
2. Modificar formatos de registro para identificar hospital de atención.

Producto esperado: Tablero de indicadores desagregados por hospital que permita identificar mejores prácticas y hospitales con necesidades de apoyo.

Recomendación 9. Crear indicadores de calidad de atención especializada

Justificación: Los indicadores actuales miden principalmente productividad (consultas, cirugías, estudios), pero no calidad de atención.

Cómo implementarlo:

1. Definir 2 nuevos indicadores de calidad a nivel Componente:
 - **C01:** "Porcentaje de primeras consultas de especialidad resueltas (sin necesidad de segundas consultas)" - meta: 70%
 - **C03:** "Porcentaje de cirugías sin complicaciones postoperatorias inmediatas" - meta: 95%
2. Establecer protocolo de registro de calidad de atención en expedientes clínicos.
3. Incorporar indicadores formalmente en MIR 2026.

Producto esperado: Indicadores que midan no solo cuánto se hace, sino qué tan bien se hace, alineados con objetivos de calidad del U013.

PROGRAMA ESTATAL E046: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL

Conclusiones:

La evaluación del diseño de los indicadores y la MIR del programa E046 en 2024 evidencia **limitaciones estructurales significativas**. En los diagnósticos ML-MIR 2024 revisados **no se identificó documentación explícita de ajustes metodológicos sustantivos** en respuesta a las recomendaciones de la evaluación 2023 (criterios CREMAA, modificación de sentido y metas contradictorias, métodos de cálculo, desagregación).

Los cinco indicadores estratégicos registraron variaciones significativas en 2024 que presentan **inconsistencias con la lógica operativa** y requieren validación: el indicador de mortalidad intrahospitalaria muestra un incremento de 90.6% (de 32.886 a 62.695), **este resultado podría reflejar problemas en la formulación de la meta o en el registro de datos**, similar al patrón identificado en E044 y E045 donde indicadores descendentes tienen metas paradójicas; la ocupación hospitalaria cayó 36.5% (de 92.862% a 58.969%); la contrarreferencia descendió 78.6% (de 76.464% a 16.388%); el abasto de medicamentos bajó 12.4%; y los servicios de laboratorio disminuyeron 13.0%.

La magnitud y simultaneidad de estas variaciones responde: (a) fallas en sistemas de registro asociadas a la transición INSABI-IMSS BIENESTAR, así como (b) problemas metodológicos en la formulación de metas para indicadores descendentes (como se identificó en mortalidad de E044 y E045), y (c) colapsos operativos reales que requieren intervención urgente.

Las **limitaciones estructurales del diseño de la MIR** persisten independientemente de la validez de los datos 2024: (1) ausencia de desagregación por hospital que impide identificar cuáles unidades tienen problemas específicos; (2) ausencia de desagregación transversal (género, edad, población indígena); (3) indicadores centrados en productividad sin medir calidad, seguridad del paciente, o complicaciones; y (4) formulación de metas que pueden no reflejar la dirección correcta del indicador (problema identificado en indicadores descendentes de E044 y E045).

Implicación para el diseño: Derivado de la transición INSABI-IMSS BIENESTAR, se considera fundamental reconsiderar el diseño de la MIR, con la finalidad de que se refleje la operación efectiva del Programa, y con ello los indicadores sean pertinentes para medir el cumplimiento de metas.

Recomendaciones:

Recomendación 10. Verificar y corregir formulación de indicadores descendentes y metas asociadas

Justificación: El indicador de mortalidad presenta el mismo patrón problemático identificado en E044 y E045: posible meta paradójica para indicador descendente.

Cómo implementarlo:

1. Reformular indicador si corresponde: corregir sentido, ajustar método de cálculo, establecer meta realista
2. Aplicar mismo proceso a indicadores de ocupación y contrarreferencia

Producto esperado: Indicadores con formulación técnica correcta y metas coherentes, validados con URs.

Recomendación 11. Incorporar desagregación territorial por hospital

Justificación: Ningún indicador permite identificar cuáles hospitales tienen problemas específicos.

Cómo implementarlo:

1. Desagregar 4 indicadores prioritarios por hospital: mortalidad, ocupación, contrarreferencia, laboratorios.
2. Modificar formatos de registro en SIS
3. Generar tablero de control por unidad hospitalaria

Producto esperado: Tablero desagregado que permita focalizar acciones correctivas por hospital.

Recomendación 12. Incorporar indicadores de calidad y seguridad del paciente en MIR 2026

Justificación: Indicadores actuales miden productividad pero no calidad o seguridad.

Cómo implementarlo:

1. Definir 3 nuevos indicadores.
 - C01: "% consultas resueltas sin segundas consultas" (meta: 70%)
 - C02: "Tiempo promedio atención en urgencias" (meta: <4 horas)
 - C03: "% cirugías sin complicaciones en 48 horas" (meta: 95%)
2. Incorporar en MIR 2026

Producto esperado: MIR 2026 con indicadores de calidad.

Recomendación 13. Incorporar desagregación transversal (género, edad, población indígena)

Cómo implementarlo:

1. Desagregar 2-3 indicadores prioritarios: mortalidad (por sexo, edad, causa), contrarreferencia (por sexo, municipio), laboratorios (por tipo, edad)
2. Modificar formatos de registro
3. Incorporar en MIR 2026

Producto esperado: 2-3 indicadores con desagregación transversal para evaluar equidad.