



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Metodología para generar el indicador de calidad
de la Información del subsistema SICUENTAS**

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	1
Proceso de Integración de Información	2
Metodología para evaluar la calidad de la información	4
1. Cobertura Oportuna	5
2. Validez	9
3. Integridad	11
4. Consistencia	13
Semáforo de Calidad	16
Bibliografía de referencia	17

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Penalización por días de retraso en la calificación de Oportunidad	5
Tabla 2: Fuentes de Financiamiento solicitadas a los proveedores Estatales	6
Tabla 3: Fuentes de Financiamiento solicitadas a los proveedores Federales	7
Tabla 4: Fuentes de financiamiento y medios de verificación	9
Tabla 5: Criterios de Integridad	12
Tabla 6: Criterios de Consistencia	13
Tabla 7: Acotaciones en el Semáforo de Calidad	16

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Proceso de Integración SICUENTAS	3
Figura 2: Evaluación de Cobertura Oportuna en la Matriz de gasto	9
Figura 3. Evaluación de Validez	11
Figura 4: Evaluación de Integridad	13
Figura 5: Evaluación de Consistencia	14
Figura 6: Evaluación de consistencia del Ejercicio 2019	15
Figura 7. Semáforo de Calidad	16



INTRODUCCIÓN

La **Ley General de Salud** establece que la Secretaría de Salud es la encargada de la coordinación y conformación del **Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)**, en este sentido, se ha designado a la **Dirección General de Información en Salud (DGIS)** la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupa y difunde el **Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)**.

En este orden, la **NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud** en su numerales 5.1 y 9.1 establece, para el primero que **“5.1 Los integrantes del SNS deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido en la presente norma...”** y en el segundo indica que **“9.1. El componente de Recursos para la Salud tiene por objeto integrar estadísticas relacionadas con el total de los recursos utilizados por los Prestadores de Servicios de Salud.** Adicionalmente a esto, se especifica en el numeral 9.1.1 que el componente de Recursos para la Salud está integrado por: a) Recursos humanos, b) Recursos físicos, c) Infraestructura, d) Equipo médico y **e) Recursos financieros.**

De forma detallada, el numeral 9.6.1 especifica que los **Recursos Financieros** se integran por la información **“del gasto en salud de la Secretaría, los SESA e Instituciones de Salud y de Seguridad Social; el gasto efectuado por las personas, empresas, instituciones sin fines de lucro y el sector externo (países y organizaciones) en bienes y servicios de salud”.**

En este sentido, la Dirección General de Información en Salud (DGIS), a través del **Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)** integra la información de los recursos financieros de los diferentes niveles administrativos del sector público y privado que se invierten y consumen en la producción de salud, proceso que se ha llevado a cabo anualmente desde el año 2001.

Con el objetivo de cumplir con el análisis de calidad establecido en el apartado 7.8 de la NOM-035-SSA3-2012 se genera la presente **Metodología para generar el indicador de calidad de la Información del subsistema SICUENTAS**, a través del cual se especifican los criterios de cálculo de los atributos de calidad.

PROCESO DE INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN

En la figura 1 se presenta el flujo de integración de la información de gasto en salud. El proceso inicia por parte de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) a través de la Subdirección de Información Financiera, con la actualización del directorio de proveedores, es importante confirmar que los responsables de la integración del gasto en salud en las diferentes unidades y entidades continúen vigentes en el proceso, al igual que el personal involucrado de las áreas de recursos humanos, administración y planeación, según sea el caso. Al mismo tiempo con base en el Diario Oficial de la Federación, Presupuesto de Egresos y Sistema de Cuentas de Salud (OMS/OCDE) se actualizan los clasificadores de gasto, aplicando los cambios (Altas y Bajas) de las partidas, programas presupuestarios o variables registro que pudieron llegar a tener cambios, dependiendo del clasificador (etapas 1 y 2).

Posteriormente, se actualizan los manuales y los formatos de captura (Matrices de gasto) con la información del gasto ejercido de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y Estatal (correspondiente al año de la información solicitada) para que los validadores de calidad tengan datos que servirá de apoyo y referencia para para la revisión, análisis, y aprobación del ejercicio del gasto en salud.

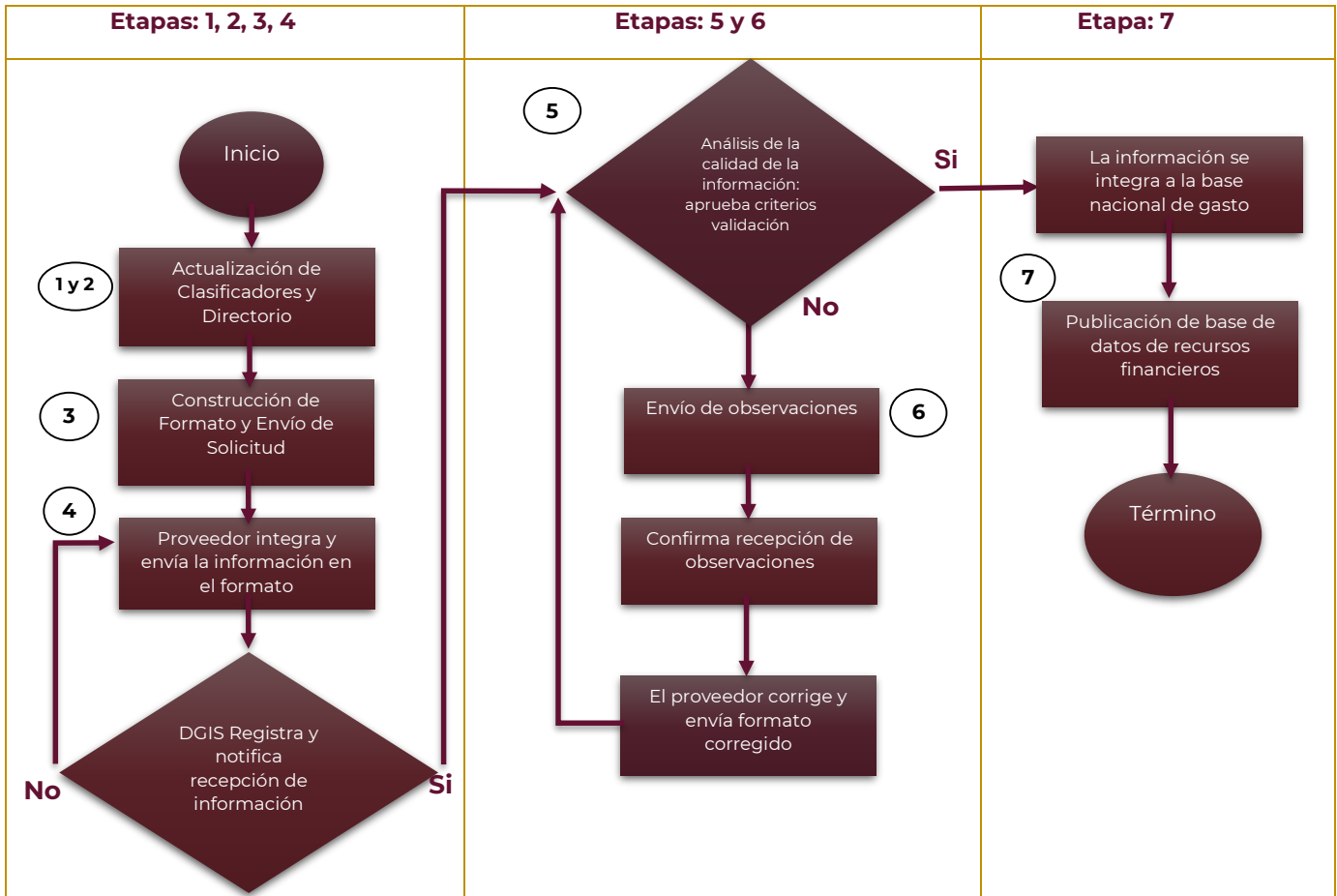
Una vez completa esta etapa, se envía la solicitud de información a nivel nacional para iniciar la recopilación (etapa 3), ésta petición se hace a través de un oficio dirigido a los directores responsables de las unidades de la Secretaría de Salud, Secretarios de Salud Estatales, y a los directores de las Instituciones de Seguridad Social, con copias para cada uno de los involucrados en el proceso, en este documento se especifica la fecha de entrega, la vía por la cual se recibirá la información (correo electrónico), así como el portal en el que se pueden consultar y descargar los manuales de usuario y el formatos de captura.

Los proveedores por su parte, llevan a cabo un proceso interno de recopilación, integración y clasificación del Gasto Estatal en salud, Ramo 33 (FASSA), Ramo 7, Ramo 12, Ramo 13, Recursos Propios, Recursos de Terceros, transferencias INSABI, y otras fuentes de financiamiento que hayan ejercido en el periodo que se les requiere, esto lo envían a la DGIS vía correo electrónico (cómo se solicita vía oficio) y en el formato de la Matriz de Gasto (etapa 4).

Una vez recibida la información, la DGIS, a través de la Subdirección de Información Financiera, notificará la recepción para luego revisar, analizar y enviar observaciones para su atención (etapa 5). Este es un ciclo que se concluirá hasta que el proveedor corrija observaciones y la DGIS valide y confirme que la información es correcta (etapa 6) y tiene los atributos suficientes y necesarios para ser integrada al Calculo Nacional del Gasto en Salud.

Finalmente, la información validada se integra a la base nacional del gasto y se publica a través de los diferentes productos que genera la DGIS: cubo dinámico, Boletín de Información, indicadores nacionales, Tableros de información, etc. (etapa 7).

Figura 1: Proceso de Integración SICUENTAS



Debido a que las etapas 5 y 6 se tratan de un ciclo de ida y vuelta entre el proveedor de información financiera y el receptor (DGIS), es importante aclarar que a partir del ejercicio 2019, los atributos de calidad se evalúan desde la primera entrega, para ser específicos, el primer atributo de calidad, la Oportunidad, ésta se evalúa en la etapa 4 cuando DGIS Registra y notifica la recepción de la información. Inmediatamente después, en la etapa 5 al iniciar el análisis de la información, se evalúan la Validez y la Integridad, cuando se envían las observaciones (en caso de existir) a los proveedores, ya se ha hecho la evaluación minuciosa de la consistencia, todo esto se abordará en los párrafos subsecuentes.

En el documento PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)¹, se pueden consultar de forma detallada cada una de las etapas del proceso de integración, además también se describen las responsabilidades que tienen cada uno de los involucrados en el proceso, a nivel federal y local.

¹ Disponible en la página http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/e_rfinancieros_gobmx.html

Así mismo, los documentos que deben tomarse como base para el registro, revisión y validación de la calidad de los datos son los Manuales de clasificación y codificación 2021, disponibles para cada grupo de proveedor², ahí se especifican las características de llenado y codificación que debe tener la información para lograr una buena calificación de calidad.

METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

En su numeral 7.8 la NOM-035-SSA3-2012 en materia de Información en salud, especifica que “la información generada en todos los componentes del SINAIS, debe cumplir con los siguientes atributos de calidad:

a) Oportunidad: Se refiere a la prontitud en la disponibilidad de la información, medida a partir del tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia del evento o desde la fecha de solicitud.

b) Cobertura: Se refiere a la proporción de la población objetivo captada en un sistema de información.

c) Integridad: Se refiere a la propiedad de completos de la información, indicada por la proporción de información faltante (no especificada).

d) Validez: Se refiere a la proporción de la información fuera de los rangos y valores permitidos.

e) Veracidad: Se refiere a la concordancia entre la información captada y la realidad.

f) Consistencia: Se refiere a la coherencia interna de la información contenida en cada sistema de información y a la coherencia externa entre sistemas.”

La misma NORMA establece que **“La medición, seguimiento y difusión de estos atributos se lleva a cabo según los procedimientos establecidos por la DGIS”.**

En este sentido y debido a su naturaleza, de los seis atributos de calidad citados, la información recibida del Gasto en Salud sólo se someterá a la evaluación de cinco de ellos (Oportunidad, cobertura, Validez, Consistencia e Integridad), y, como se describirá en párrafos posteriores, la cobertura será parte de la medición de Oportunidad.

En los términos del primer atributo de calidad, la Oportunidad, en el oficio de solicitud, se establecen los medios a través de los cuales los proveedores deberán entregar y organizar la información (envío a través de correo electrónico y en el formato descargable según el tipo de proveedor), y se especifica la **fecha límite de entrega**, este dato, se considera la primera referencia para asignar una calificación de calidad.

² Disponibles en la página <http://sinba.salud.gob.mx/SSASICUENTAS>

1. Cobertura Oportuna

Este componente mide que la totalidad de la información Financiera sea entregada a tiempo y completa en la fecha establecida en la solicitud, es decir, que penaliza cada día de retraso y lo escasos en la entrega.

A partir el ejercicio 2020 en la medición de Oportunidad se incluyó el componente de Cobertura, pues no es suficiente que se cumpla con una fecha, sino también que la Matriz de Gasto contenga toda la información requerida para dar paso a las demás evaluaciones de calidad. A continuación, se describe el procedimiento de cálculo para asignar esta calificación:

- a. De acuerdo al oficio de solicitud, donde se especifica que la entrega de información debe ser por correo electrónico, se tomará como **fecha de entrega** aquella que marque el correo recibido. Dicha fecha se contrastará con la **fecha de solicitud** establecida en el mismo oficio, de tal modo que se podrán identificar los **días hábiles³** de retraso.

$$\text{Días hábiles de Retraso} = \text{Fecha de Solicitud} - \text{Fecha de entrega}$$

- b. Una vez identificado este número, se utilizará una tabla de descuento que muestra la penalización por cada uno de los días de retraso presentados:

Tabla 1: Penalización por días de retraso en la calificación de Oportunidad

Días hábiles de retraso	Penalización	Puntaje de oportunidad	Calificación
0	0	1	100
1	0.05	0.95	95
2	0.1	0.9	90
3	0.15	0.85	85
4	0.2	0.8	80
5	0.25	0.75	75
6	0.3	0.7	70
7	0.35	0.65	65
8	0.4	0.6	60
9	0.45	0.55	55
10	0.5	0.5	50
11	0.55	0.45	45
12	0.6	0.4	40
13	0.65	0.35	35
14	0.7	0.3	30
15	0.75	0.25	25
16	0.8	0.2	20
17	0.85	0.15	15
18	0.9	0.1	10
19	0.95	0.05	5
20 o más	1	0	0

³ Se toma como referencia una semana de cinco días contando de lunes a viernes.

La calificación del primer criterio de este indicador se obtiene utilizando la siguiente fórmula y éste número representa el 50% de la evaluación:

$$Oportunidad_1 = (1 - penalización) * 100$$

- c. Para completar el cálculo de la calificación de este indicador, se integra a este componente **la Cobertura**, con esto se evalúa que la información se haya entregado completa, para lo cual, se considera el número de fuentes de financiamiento que se solicitó a cada grupo de proveedor. Las tablas 2 y 3 enlistan los tipos de proveedores que reportan información de gasto en salud y las fuentes de financiamiento que se solicitan a cada uno.

$$Cobertura_{proveedor} = \frac{Número\ de\ FF\ entregadas}{Número\ de\ FF\ solicitadas} * 100$$

Tabla 2: Fuentes de Financiamiento solicitadas a los proveedores Estatales

	Servicios Estatales de Salud (SESAS)	Instituciones de Seguridad Social Estatales	Organismos Descentralizados Estatales
Ramo 12 (A02)	x		
Seguro Médico Siglo XXI (A02-SMSXXI)	x		
Fondo para Gastos Catastróficos A02-FGC	x		
Vertiente 1 A02-INSABI_v1	x		
Vertiente 2 A02-INSABI_v2	x		
Ramo 33 FASSA (A05)	x		
Gasto Estatal (A06)	x		x
Aportación Estatal Líquida A06-INSABI_LIQ	x		
Aportación Estatal en Especie A06-INSABI_ESP	x		
Cuotas de Recuperación (A17)	x		x
ISSES (A11)		x	
Número de fuentes solicitadas	10	1	2

Tabla 3: Fuentes de Financiamiento solicitadas a los proveedores Federales

	Unidades Administrativas Centrales	Órganos Desconcentrados ⁴	Organismos Descentralizados	Hospitales Federales de Referencia	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS-Bienestar	SEDENA	SEMAR	ISSFAM	Universidades y Centros de Investigación ⁵
Ramo 12 (A02)	x	x	x	x								
Cuotas de Recuperación (A17)			x	x								
Recursos Propios (A21)			x									
Recursos de Terceros (A23)			x									
Ramo 50 (A08)					x							
Ramo 51 (A07)						x						
Ramo 52 (A09)							x					
Ramo 19 (A04)								x				
Ramo 7 (A01)									x			
Ramo 13 (A03)										x		
ISSFAM (A10)											x	
Ramo 38 (A27)												x
BIRMEX (A29)												x
Ramo 11 (A26)												x
Número de fuentes solicitadas	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1

⁴ Hasta el 2019, N00 Servicios de atención psiquiátrica también reportaba Cuotas de Recuperación, esto debe continuar en caso de seguir recibiendo

⁵ Los centros de investigación y universidades sólo reportan una fuente de financiamiento cada uno.

- d. Finalmente, con las calificaciones obtenidas en b y c se calcula un promedio para poder asignar la calificación de Cobertura Oportuna, utilizando la siguiente fórmula:

$$CO = \frac{Oportunidad_1 + Cobertura_{proveedor}}{2}$$

En la matriz de gasto se incluye un cuadro que contiene la evaluación de Oportunidad. Una vez que la DGIS, a través de la Dirección de Información en Recursos para la Salud y la Subdirección de Información Financiera reciben la información, la evalúa y notifica a los proveedores si es correcta o tiene observaciones (ver Figura 1, etapa 5), se incorpora en la matriz la fecha de recepción del correo electrónico que los proveedores hacen llegar con la matriz de gasto correspondiente, para esto se considera **la fecha de envío de primera vez**.

En la figura 2 se observa el cuadro resumen de la evaluación de la Cobertura Oportuna que se integró para el ejercicio 2020 en la Matriz de Gasto. En primer lugar, se observa la calificación global del indicador, posteriormente se desglosa en los dos componentes ya descritos, primero el de oportunidad y luego el de cobertura. Cada componente ya tiene formulados los criterios mencionados, para que al promediarse arrojen la calificación, ésta no podrá modificarse a menos que el proveedor aclare y justifique la falta de alguna fuente de financiamiento en su reporte. No es razón suficiente para modificar la calificación el hecho de que algún área participe del proceso no haya entregado a tiempo la información que maneja y por ende se decidió enviar incompleto, pero a tiempo el reporte.

Es importante también considerar que por razones específicas en la logística y seguimiento de cada institución o entidad, éstas pueden solicitar prorrogas de entrega, notificando que la información será enviada después de la fecha original establecida, es importante aclarar que aunque se aplase la fecha de entrega, los criterios de evaluación no cambian, por lo que el proveedor ya no podrá aspirar al 100% del puntaje, y su calificación será asignada dependiendo de la extensión de tiempo de prórroga solicitado y contemplando las penalizaciones de la Tabla 1.

Figura 2: Evaluación de Cobertura Oportuna en la Matriz de gasto

1. Cobertura Oportuna			
	CVE_Proveedor	Entidad Federativa	Oportunidad
	16	Michoacán	95
a) Oportunidad	Fecha de solicitud	Fecha de entrega	Diferencia
	20/08/2021	15/12/2020	-180
			Entrega a tiempo
			100
b) Cobertura	Fuente de Financiamiento	Número de registros	Evaluación
	A02	162	Correcto
	A02-INSABI_v1	690	Correcto
	A02-INSABI_v2	9	Correcto
	A02-SMSXXI	11	Correcto
	A02-FGC	0	Falta reportar
	A05	7,429	Correcto
	A06	2,717	Correcto
	A06-INSABI_LIQ	3,479	Correcto
	A06-INSABI_ESP	3,282	Correcto
	A17	39	Correcto
	Total	10	Fuentes de Financiamiento reportadas
			90

2. Validez

La Validez mide la proporción de la información fuera de los rangos y valores permitidos. Los rangos considerados como referencia para evaluar la información del Gasto en Salud recibida son los que se encuentran disponibles en **Cuenta de la Hacienda Pública Federal**, cuentas públicas estatales o información histórica disponible, a partir de estos se construyeron criterios para calificar la confiabilidad de la información recibida (Tabla 4).

Tabla 4: Fuentes de financiamiento y medios de verificación

Fuente de Financiamiento	Descripción	Medio de Verificación
A01	Ramo 7 (SEDENA)	Cuenta Pública
A02	Ramo 12	Cuenta Pública
A02-FGC	Fondo para Gastos Catastróficos	Informe INSABI
A02-INSABI_v1	Vertiente 1	Informe INSABI
A02-INSABI_v2	Vertiente 2	Informe INSABI
A02-SMSXX	Seguro Médico Siglo XXI	Informe INSABI
A03	Ramo 13 (SEMAR)	Cuenta Pública
A04	Ramo 19 (IMSS-Bienestar)	Cuenta Pública
A05	Ramo 33 (FASSA)	Cuenta Pública
A06	Gasto Estatal	Información Histórica

A06-INSABI_ESP	Aportación Estatal en Especie	Acuerdos de Coordinación con INSABI
A06-INSABI_LIQ	Aportación Estatal Líquida	Acuerdos de Coordinación con INSABI
A07	Ramo 51 (ISSSTE)	Cuenta Pública
A08	Ramo 50 (IMSS)	Cuenta Pública
A09	Ramo 52 (PEMEX)	Cuenta Pública
A10	ISSFAM	Cuenta Pública
A11	ISSES	Cuenta Pública Estatal
A17	Cuotas de Recuperación	Información Histórica
A21	Recursos Propios	Información Histórica
A23	Recursos de Terceros	Información Histórica
A26	Ramo 11 (UNAM, UAM, IPN)	Cuenta Pública
A27	Ramo 38 (CONACyT)	Cuenta Pública
A29	BIRMEX	Cuenta Pública

La forma para calcular la validez es la siguiente:

1. Se obtiene la variabilidad entre el monto reportado y el monto de referencia de la fuente de financiamiento evaluada:

$$Variabilidad_{AXX} = 1 - \frac{Monto\ Reportado}{Monto\ en\ Cuenta\ Pública}$$

Donde:

AXX: Es la fuente de financiamiento evaluada, que puede ser cualquiera de las contenidas en la Tabla 4.

Nota: Toda diferencia detectada entre el monto de referencia y el monto reportado significa que se solicitará al proveedor una justificación al respecto.

2. El resultado de esta diferencia porcentual será sometido a evaluación bajo las siguientes especificaciones.

Para A02 Ramo 12 (Secretaria de Salud):

- a. Sabemos que, si la diferencia entre el monto reportado y el medio de verificación es 0 (cero), la calificación es de 100.
- b. Sabemos que, si la diferencia es mayor o igual a 7%, la calificación es de 50.
- c. Con los datos anteriores, haciendo una regresión lineal, obtenemos un factor con valor de -714.29, el cual servirá para asignar una calificación aplicando la siguiente fórmula:

$$Validez = (-714.29)(Variabilidad_{AXX}) + 100$$

Debido a que las otras fuentes de financiamiento (FASSA, Gasto Estatal, SEDENA, SEMAR, ISSSTE, ISSFAM, IMSS, ISSSES, etc.) pueden tener diferencias por presupuesto comprometido, pero no ejercido, remanentes que se ejercen en ese año, ser gasto devengado, etc., se construye una ecuación diferente con las siguientes especificaciones:

- a) Sabemos que, si la diferencia entre el monto reportado y el medio de verificación es menor que 3%, la calificación es de 100.
- b) Sabemos que, si la diferencia es mayor o igual al 7%, la calificación es de 50.
- c) Nuevamente, haciendo uso de una regresión lineal, se construye la siguiente fórmula para obtener la calificación de validez:

$$Validez = (-1,250)(Variabilidad_{AXX}) + 137.5$$

En la Matriz de Gasto se incluyó una calculadora de la Validez (Figura 3), ésta incluye la información de Cuenta Pública y los demás medios de verificación según las fuentes de financiamiento y los grupos de proveedores, ésta se requisita automáticamente con la información que el usuario codifique en la matriz, al mismo tiempo que se calcula la diferencia entre el monto reportado y el monto recabado del medio de verificación correspondiente según proveedor, se calcula la calificación de validez con las fórmulas anteriores, de ahí la importancia de utilizar el formato correspondiente a su grupo de proveedor y hacer la codificación espacio-temporal correctamente.

Figura 3. Evaluación de Validez

CVE_Proveedor	Entidad Federativa	Validez
28	Tamaulipas	100

FASSA Cuenta Pública 2020					
CVE_Proveedor	Entidad Federativa	1	4	5	Total
28	Tamaulipas	726,022.40	172,889.06	2,412,992.59	3,311,904.05

Matriz de Gasto 2020					
CVE_Proveedor	Entidad Federativa	1	4	5	Total
28	Tamaulipas	779,873.18	3,681.87	2,528,484.91	3,312,039.96

Diferencias					
CVE_Proveedor	Entidad Federativa	1	4	5	Total
28	Tamaulipas	53,850.78	169,207.19	115,492.32	135.91
28	Tamaulipas	7.3%	97.87%	-4.79%	0.00%

La evaluación de este criterio recae únicamente sobre el monto total ejercido, para evaluar la desagregación por subfunción, por capítulo o por funciones, se utilizan criterios históricos para todas las fuentes, éstos se especifican en la evaluación de consistencia.

3. Integridad

El Indicador de Integridad, mide la completitud de la información. Para calcular este atributo de calidad, se enlistaron una serie de requerimientos a los que se les asignó una ponderación, estos criterios deben verse reflejados en la codificación de la Matriz de Gasto y la principal solicitud que se hace, es que toda fila que contenga algún monto ejercido debe cumplir con estas especificaciones correspondientes a los diferentes clasificadores, puesto que cada uno de ellos nos arroja información que permite el análisis del gasto en salud desde diferentes enfoques.

Para asignar la calificación se debe hacer la pregunta ¿La información de gasto reportada incluye cada uno de los criterios numerados del 1 al 10? (Tabla 5), si la respuesta es Sí, se valida de forma positiva y se contabiliza el valor asignado.

Tabla 5: Criterios de Integridad

	Criterio	Ponderación
1	Información COVID	10
2	Información Presupuestal	10
3	Clasificación por Actividad Institucional	20
4	Clasificación por Objeto de Gasto	20
5	Desagregación por Unidad médica y Clues	20
6	Clasificación CFA completa	10
7	Clasificación HP completa	2.5
8	Clasificación HF completa	2.5
9	Clasificación FS completa	2.5
10	Clasificación FP completa	2.5
	Calificación	100

La calificación se obtiene sumando el valor asignado de todos los criterios de consistencia:

$$\text{Consistencia} = \text{Info COVID (10)} + \text{Info Presupuestal (10)} + \text{CAI (20)} + \text{COG (20)} + \text{Desagregación UM (20)} + \text{CFA (10)} + \text{HP (2.5)} + \text{HF (2.5)} + \text{FS (2.5)} + \text{FP (2.5)}$$

$$\text{Consistencia} = 100 \text{ pts}$$

Donde cada uno de los sumandos corresponde a los puntos considerados y su valoración de la tabla 5.

Debido a que la información de gasto en salud se trata de una totalidad (el gasto ejercido en un año fiscal específico), no se asignan proporciones de la valoración según haya información codificada, es decir, si se codifica todo el ejercicio se asigna el valor, si faltó al menos una celda de codificar, se considera que no se codificó el ejercicio completo y se pierde ese puntaje.

En la matriz de gasto se incluye un validador de integridad (Figura 4) codificado con los criterios antes descritos, el cual asignará la calificación automáticamente una vez que la matriz sea codificada con la información que el proveedor integre.

Figura 4: Evaluación de Integridad

3.Integridad				
	Criterio	Valoración	Evaluación	Integridad
1	Información COVID	10	☑	10
2	Información Presupuestal	10	☑	10
3	Clasificación por Actividad Institucional	20	☑	20
4	Clasificación por Objeto de Gasto	20	☑	20
5	Desagregación por Unidad médica y Clues	20	☑	20
6	Clasificación CFA completa	10	☒	
7	Clasificación HP completa	3	☑	2.5
8	Clasificación HF completa	3	☑	2.5
9	Clasificación FS completa	3	☑	2.5
10	Clasificación FP completa	3	☑	2.5
Calificación		100		90

4. Consistencia

La consistencia mide la coherencia interna entre los datos que registra y codifica cada proveedor; para que la información recibida pueda considerarse coherente, deben cumplirse los criterios enlistados en la tabla 6, estos, son un resumen de la metodología de integración y codificación disponibles en la página web de SICUENTAS, en los Manuales correspondientes, en ellos, se explica de manera detallada cómo lograr que las codificaciones empleadas cumplan con las características deseadas, por lo que es necesario revisarlos en caso de tener dudas al respecto.

Tabla 6: Criterios de Consistencia

	Criterio	Valoración
1	Montos valorados en Miles de pesos	5
2	Codificación Espacio-Temporal	12
3	Desagregación por Unidad Médica con CLUES	20
4	Codificación del clasificador COG	20
5	Codificación del clasificador CAI	20
6	Codificación CAI=HC/CFA	15
7	Codificación CFA=HP	2
8	Codificación FF=HF	2
9	Codificación FF=FS	2
10	Codificación COG=FP	2
Calificación		100

Debido a que la información de Gasto en Salud se trata de una totalidad (el gasto ejercido en un año fiscal específico), no se asignan proporciones de la valoración según haya información codificada y clasificada correctamente, es decir, si se codifica todo el ejercicio tomando en cuenta las especificaciones en las equivalencias de cada clasificador, se asignará la valoración completa, si

hay errores de equivalencia en al menos una fila, se considera que no se codificó el ejercicio completo y se pierde ese puntaje.

El receptor de la información es quien valida los criterios haciendo una revisión minuciosa de cada uno de los puntos (esta revisión contempla información histórica y reglas contables) para asignar el visto bueno, además, se envía un resumen con las observaciones a atender en la Información de Gasto en Salud y también incluye un comentario que explica por qué no se consideró cumplido el criterio en cuestión. Con estas observaciones, el proveedor de información tendrá la oportunidad de cambiar la calificación que en primer lugar no haya sido satisfactoria, pero una vez entregadas las correcciones, la calificación que de ahí derive, será definitiva.

Para calcular la calificación de consistencia, sólo hay que sumar el valor asignado de cada uno de los puntos evaluados según se haya cumplido o no con el criterio:

$$\text{Consistencia} = \text{Miles de pesos (5)} + \text{Codificación Espacio – Temporal (12)} + \text{CLUES (20)} + \text{COG (20)} \\ + \text{CAI (20)} + \text{CFA (15)} + \text{HP(2)} + \text{HF(2)} + \text{FS (2)} + \text{FP(2)}$$

$$\text{Consistencia} = 100 \text{ pts}$$

Donde cada uno de los sumandos corresponde a los puntos considerados y su valoración de la tabla 5.

En la matriz de gasto se puede observar el siguiente resumen para identificar la calificación de Consistencia:


Figura 5: Evaluación de Consistencia

4. Consistencia				
	Criterio	Valoración	Evaluación	Consistencia
1	Montos valorados en Miles de pesos	5	<input checked="" type="checkbox"/>	5
2	Codificación Espacio-Temporal	12	<input checked="" type="checkbox"/>	12
3	Desagregación por Unidad Médica con CLUES	20	<input checked="" type="checkbox"/>	20
4	Codificación del clasificador COG	20	<input checked="" type="checkbox"/>	20
5	Codificación del clasificador CAI	20	<input checked="" type="checkbox"/>	20
6	Codificación CAI=HC/CFA	15	<input type="checkbox"/>	
7	Codificación CFA=HP	2	<input type="checkbox"/>	
8	Codificación FF=HF	2	<input type="checkbox"/>	
9	Codificación FF=FS	2	<input type="checkbox"/>	
10	Codificación COG=FP	2	<input type="checkbox"/>	
	Calificación	100	<input type="checkbox"/>	77

Es responsabilidad y obligación del proveedor hacer las correcciones requeridas y entregarlas para ser validadas en términos del numeral 5.2 de la NOM-035-SSA3-2012 que indica “Los integrantes del SNS deben entregar en tiempo y forma la información estadística y documental con base en los formatos y/o procedimientos establecidos por la DGIS [...], los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.”

En la versión 2019 de la Matriz de Gasto, se incluyó, para conocimiento y seguimiento de los proveedores, la pestaña “Evaluación 2020”, en donde se registraron todos los puntos considerados y se asignó la evaluación correspondiente (Figura 6). En la versión 2020, la ponderación se muestra en el resumen de calidad y la calificación se calcula automáticamente (Figura 5), de igual forma nuevamente se incluirá en los ejercicios posteriores la pestaña de “Evaluación” para conocimiento del proveedor, como se mencionó antes, ahí se resumen las observaciones y descripción del por qué no se dio visto bueno a algún punto.

Figura 6: Evaluación de consistencia del Ejercicio 2019

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Información en Salud		
Reporte de calidad de la información 2019 Servicios Estatales de Salud Miles de pesos				
Tamaulipas		Fecha de Recepción: viernes, 4 de septiembre de 2020		
	Criterio	Evaluación	Observación	Respuesta de la Entidad
1	Información reportada en el formato solicitado	<input checked="" type="checkbox"/>	Se reportó la información en el documento del año anterior, se migró al formato correcto que ya cuenta con los validadores actualizados a 2019.	
2	Fuentes de Financiamiento Completas	<input checked="" type="checkbox"/>		
2.1	FASSA	<input checked="" type="checkbox"/>	► Confirmar el incremento del 36.3% en el gasto en Medicamentos.	Derivado de la desaparición del seguro popular que financiaba entre otros medicamento, el estado dispuso varias estrategias para paliar dicha necesidad y dentro de ellas los trasposos entre partidas para fortalecer este rubro.
2.2	Gasto Estatal	<input checked="" type="checkbox"/>	► El gasto en Medicamentos registra una caída del -57.6% y el gasto en Materiales y Suministros Médicos cayó -60.4%. ¿El movimiento es correcto? ¿a qué se debe?	Se modificó la fuente de financiamiento por error en clasificación
2.3	Cuotas de Recuperación	<input checked="" type="checkbox"/>	► Se observó un crecimiento del 352% en el ejercicio de las cuotas de recuperación con respecto al año anterior, ¿a que se debe? Confirma y justifica movimiento.	Se modificó la fuente de financiamiento por error en clasificación
2.4	Ramo 12	<input checked="" type="checkbox"/>	► La caída en el ejercicio de ramo 12 se debe a los presupuestos fueron menores al año anterior, se analizan los fondos que integran al ramo.	
3	Montos valorados en Miles de pesos	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Codificación Espacio-Temporal	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Reporte y análisis del gasto por Unidad Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	► Los montos de las unidades reportadas concuerdan con el catálogo CLUES ► Las variaciones en el ejercicio de gasto Estatal y FASSA, respecto al año 2019, se explican por el cambio de la FASSA. ► Se observaron conceptos y partidas dispuestas en capítulos que no correspondían (ver anexo 1). Corregir ► Las partidas 1220, 1310, 2150, 2610, 3390, 3510, 3750, 5190 y	La variación en gasto que se refleja en el comparativo en las unidades medicas de un ejercicio a otro, corresponde a que se le dio apoyo con otras fuentes de financiamiento, así también afectó la reducción de los presupuestos por el cambio de la FASSA.
6	Codificación SIUENTAS COG según catálogo	<input checked="" type="checkbox"/>	Se observaron claves hache que no corresponden a la actividad institucional o a la subfunción donde se colocaron. Hay haches con más de una descripción (Ver anexo 2). Corregir.	Se corrigieron y se actualizaron conforme al catálogo
7	Codificación SIUENTAS CAI según catálogo	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Codificación SIUENTAS HCCFA, completa	<input checked="" type="checkbox"/>	Se observaron codificaciones incompletas o mal escritas, corregir, revisar codificación debido a que una vez corregido el punto anterior, hay que verificar que se cumpla el criterio CAI+ CFA	Se corrigieron y se actualizaron conforme al catálogo se marcaron de color en la matriz
9	Codificación SIUENTAS HP, completa	<input checked="" type="checkbox"/>	Una vez corregidos los puntos anteriores, verificar equivalencia para cumplir con el criterio CAI+ CFA+ HP	
10	Codificación SIUENTAS HF, completa	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Codificación SIUENTAS FS, completa	<input checked="" type="checkbox"/>		
12	Codificación SIUENTAS FP, completa	<input checked="" type="checkbox"/>	No se respetó el criterio COG+FP; hay codificaciones mal escritas o incompletas. Corregir	Se realizaron las actualizaciones conforme a los criterios del COG+FP
13	Codificación SIUENTAS IP, completa	<input checked="" type="checkbox"/>		
14	Delimitación de la matriz (guion medio) en última columna	<input checked="" type="checkbox"/>	Completar	Se complemento en la matriz con un guion medio en la columna (AM) de las FP


SEMÁFORO DE CALIDAD

Una vez completadas las evaluaciones de cada atributo de calidad, se recopilan todas las calificaciones para integrar el INDICADOR DE CALIDAD. El método de cálculo de este indicador es un promedio simple entre la calificación de cada uno de los atributos descritos:

$$\text{Indicador de Calidad} = \frac{\text{Cobertura Oportuna} + \text{Validez} + \text{Consistencia} + \text{Integridad}}{4}$$

Con esta información se construye el semáforo de calidad, el cual se entrega a cada uno de los proveedores con la finalidad de dar a conocer las áreas de oportunidad en las que éste deberá trabajar a fin de mejorar en la entrega de la información del siguiente ejercicio fiscal solicitado.

Figura 7. Semáforo de Calidad



DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
 DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD
 EVALUACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA
 Ejercicio de integración 2019

COMPONENTE	NACIONAL 2019*	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes 2018	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes 2019	COMPARATIVO
OPORTUNIDAD^{1/}	89	70	100	▲
VALIDEZ^{2/}	97	100	100	▶
CONSISTENCIA^{3/}	87	100	97	▼
INTEGRIDAD^{4/}	98	100	100	▶
CALIFICACIÓN^{5/}	93	93	99	▲

En la tabla 7 se muestran las acotaciones por colores del semáforo, cada color nos indica el desempeño que tuvo la unidad o la entidad respecto a la entrega de información en cada uno de los componentes, cada año se trabaja en conjunto con todos los proveedores de información con el objetivo de que todos obtengan una calificación mayor a 90 destacando la confiabilidad de la información recabada.

A partir del ejercicio 2020 los criterios fueron ajustados incrementando la calificación necesaria para obtener un desempeño adecuado, con esto se busca incentivar el mejor desempeño de los proveedores y poder garantizar información de calidad desde la primera entrega, lo cual, permitirá también mejorar los tiempos de publicación de resultados por parte de DGIS.

Tabla 7: Acotaciones en el Semáforo de Calidad

Adecuado	Mayor o Igual que 90
Regular	Entre 80 y 89
Deficiente	Menor o Igual que 79

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Ley General de Salud, Última reforma DOF 12-07-2018.
2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Última reforma DOF 20-07-2016.
3. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, DOF 30/11/2012.
4. Procedimiento para la Integración de Información Financiera, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), 2019

Gobierno de México

Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud

“Metodología para generar los indicadores de
calidad de la Información del subsistema
SICUENTAS”

Lieja No. 7, Colonia Juárez,
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD