

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	
1.1 Nombre de la evaluación: EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS OTORGADOS EN LAS UNIDADES DE SALUD CONSTRUIDAS Y SUSTITUIDAS EN GUANAJUATO, 2013-2016	
1.2 Fecha de inicio de la evaluación: 27/11/2017	
1.3 Fecha de término de la evaluación: 30/09/2018	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: J. GUADALUPE ENRIQUE AYALA NEGRETE	Unidad administrativa: INSTITUTO DE PLANEACIÓN, ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
1.5 Objetivo general de la evaluación: Analizar en las unidades de salud construidas y sustituidas durante el periodo 2013-2016, la disponibilidad, es decir, la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud; la calidad, que indica si los bienes y servicios de salud son apropiados a las necesidades de los pacientes, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud; y, la accesibilidad, referente a las barreras que enfrentan las personas para llegar a las unidades de salud y hacer uso de sus servicios.	
1.6 Objetivos específicos de la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los beneficios directos que obtiene la población atendida, derivado de que cuenta con una unidad de salud más cercana, y gracias a esto ha recibido atención con acciones que permitan impactar en los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, acciones de prevención y promoción a la salud a lo largo de la línea de vida, atención médica integral a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, entre otras. • Determinar los beneficios indirectos que ha traído el crecimiento de la infraestructura en salud en Guanajuato. Es decir, identificar si se ha beneficiado y cómo, tanto a la población atendida como al resto de la población. Por ejemplo, la rehabilitación de una calle que es acceso a una unidad de salud, beneficia a toda la población de una colonia, localidad o municipio. • Determinar las barreras, como pueden ser económicas, de información y de ubicación geográfica de la población objetivo para acceder a los servicios de salud en los centros construidos o sustituidos. • Determinar hasta cuándo es sostenible la construcción y sustitución de unidades de salud, teniendo en cuenta los costos no solo de la obra, también, de operación: nóminas, medicamentos, equipamiento, etc. • Analizar la cobertura y el impacto que han tenido las unidades de salud con respecto a la demanda que presenta cada una, así como a las necesidades médicas de la población de acuerdo al catálogo establecido en el Modelo de Atención en Salud. También, tomando en cuenta el catálogo, analizar la cobertura de medicamentos. • Describir, cuantitativa y cualitativamente, los tiempos de espera en las unidades de salud construidas y sustituidas. • Describir, cuantitativa y cualitativamente, el diferimiento quirúrgico en las unidades de segundo nivel de atención. 	
1.7 Metodología utilizada en la evaluación:	
Instrumentos de recolección de información: Cuestionarios <input checked="" type="checkbox"/> Entrevistas <input checked="" type="checkbox"/> Formatos <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> Especifique: Registros administrativos.	
Descripción de las técnicas y modelos utilizados: Estudio de corte transversal, con un diseño observacional, de tipo descriptivo, en el que se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria. El estudio tuvo dos grandes componentes de actividades: trabajo de gabinete y trabajo de campo. Componente de trabajo de gabinete: En este componente se analizaron las bases de datos de registros administrativos de infraestructura y servicios de salud, disponibles en el repositorio de información del INSP, y aquellas proporcionadas por el estado de Guanajuato y de dominio público en la Secretaría de Salud, así como los datos relevantes para el estudio de las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT), Encuestas de Satisfacción de Usuarios del Seguro Popular, y Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH). Se analizaron indicadores de disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios otorgados por las unidades	

médicas del estado de Guanajuato durante el periodo de estudio (2013-2016), por una parte, integrando los datos de registros administrativos en un sistema de información geográfica y por otra, extrayendo indicadores de interés para el estudio.

Componente de trabajo de campo: Para recabar información sobre algunos aspectos de la calidad, la accesibilidad e impacto de las intervenciones de fortalecimiento de la infraestructura para la atención a la salud en el estado de Guanajuato, se levantó información primaria en unidades médicas y en hogares, por medio de instrumentos (Cuestionario de Salida de Unidades Médicas, Cuestionario de Hogares) diseñados para responder preguntas específicas planteadas en los objetivos. Adicionalmente, para el estudio del diferimiento quirúrgico se realizaron entrevistas en los hospitales seleccionados y una revisión de expedientes clínicos.

2. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

Disponibilidad

- Existe un aumento de casi 100 consultorios entre 2010 y 2016, y de más de 200 camas censables en este mismo periodo.
- Guanajuato se encuentra por encima de la media nacional en los siguientes indicadores:
 - Consultorios de medicina general o familiar por cien mil habitantes sin derechohabencia a la seguridad social.
 - Centros de Salud de Servicios Ampliados (CESSA) por cada 20 mil habitantes sin seguridad social.
 - Hospital Comunitario por cada 20 mil habitantes sin seguridad social.
- Guanajuato se encuentra por debajo de la media nacional en los siguientes indicadores:
 - Camas censables por cada mil habitantes sin seguridad social.
 - Número de quirófanos por cada 100 mil habitantes sin seguridad social.
 - Número de salas de expulsión por cada 100 mil habitantes sin seguridad social.
 - Médicos en contacto con el paciente por cada 3 mil habitantes en unidades de primer nivel de atención.
 - Enfermeras en contacto con el paciente por cada 3 mil habitantes en unidades de primer nivel de atención.
- Guanajuato se encuentra igual que la media nacional en los siguientes indicadores:
 - Mediana del tiempo de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia.
 - Mediana del tiempo de traslado al hospital en caso de emergencia.

Calidad

- La calidad del servicio de hospitalización es, en general, considerado como bueno o muy bueno.
- El tiempo promedio de espera para ser atendido muestran un comportamiento fluctuante hasta 2015. El valor más bajo de toda la serie es de 39.5 minutos. En promedio, el 20% de los participantes señaló que esperó más de una hora para ser atendido.
- Respecto a la satisfacción con la atención el puntaje se valora en promedio 8.1, en escala 1 a 10. El porcentaje de usuarios(as) que regresarían a la unidad si pudiesen escoger es de 78.2%.
- Guanajuato presenta un número de egresos hospitalarios por condiciones sensibles a la atención ambulatoria más altos a la media nacional.
- El 100% de las cirugías programadas se realizó en la fecha programada en las unidades intervenidas y un 87.5% en las no intervenidas.
- El 25% de los pacientes encuestados en hogares cercanos a las unidades no intervenidas comentó que tardaron de 31 a 60 días desde el momento que el médico le dijo que tenía que operarse hasta que lo operaron.
- La población percibe mejoras en las unidades intervenidas, sobretudo aquellos encuestados a la salida de las unidades médicas.
- Poco más del 60% de las personas encuestadas refieren que el comportamiento del personal en el establecimiento de salud siempre le inspira confianza. En promedio, se califica con 8.2 al personal de salud por el trato recibido en una escala del 1 al 10.
- Las mujeres indican que les explicaron con claridad los cuidados de la puerpera y el bebé (90% de los casos en los hospitales con intervención).
- Los resultados no sugieren una mayor captación y control de pacientes crónicos en la Unidades Médicas intervenidas.
- 85% de los encuestados en hogares y 93.9% en la salida de las unidades médicas indicaron que se le dio surtimiento completo de medicamentos.

Accesibilidad

- El 92.8% de la población cuya responsabilidad de atención corresponde a los servicios de salud del Estado de Guanajuato, tienen acceso adecuado a la atención primaria.
- Con la infraestructura disponible, 260 mil personas (7.2%) de la población objetivo no está cubierta.
- Existen diferencias de accesibilidad entre las jurisdicciones y el ámbito de residencia. En este sentido, se identifican focos a atender sobre todo en zonas urbanas, como León, Celaya, Irapuato y Guanajuato.
- Algunos hospitales se encuentran sobreutilizados, principalmente generales y maternos. Más del 25% presentan tasas de ocupación superior al 100%.

Análisis Proyectivo

- Se estima que los servicios estatales de salud del estado de Guanajuato tienen capacidad instalada para atender, aproximadamente, al 92.2% de su población objetivo; con diferencias entre las jurisdicciones sanitarias del Estado. El menor porcentaje de cobertura (83.8%) está en la jurisdicción de León, debido principalmente a la concentración de población no derechohabiente en dicha jurisdicción.

Beneficios directos e indirectos

- Las mejoras introducidas en las unidades de salud son más evidentes en los hospitales que en los Centros de Salud. En este último caso cerca del 50% de los encuestados no ha notado cambios.
- En relación a las mejoras en los hospitales, el 22% de los encuestados notó que mejoraron el área de hospitalización, así como en el área de urgencias y en el servicio de laboratorio y gabinete (24% y 20% respectivamente).
- Por su parte, el 38% ha notado que ha mejorado la iluminación en los alrededores de las Unidades Médicas (de primer y segundo nivel), al igual que el 36% en la limpieza cerca del establecimiento y el 30% en las calles aledañas.
- El 9% de los encuestados notó que ha empeorado el ruido y el tráfico alrededor de las Unidades Médicas.

2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del programa, estrategia o instituciones.

2.2.1 Fortalezas:

- La mayor parte de la población objetivo identifica la unidad de salud más cercana y son usuarios de sus servicios (79%).
- 56% de la población considera que ha habido mejoría en las unidades médicas. Imagen positiva.
- La población percibe buena calidad de los servicios, tanto hospitalarios como de primer nivel (60% señala que el comportamiento del personal inspira confianza, 83% recomendaría a su médico, en promedio se califica con 8.2 al personal de salud).
- Se cuenta con una plataforma que funciona en línea para la programación de cirugías.
- Existe personal de trabajo social que da seguimiento a los pacientes referidos.
- El 60% de la población encuestada reportaron tener cita programada a su egreso del hospital.
- Incremento de médicos y personal de salud proporcional al incremento de la infraestructura.
- 92.7% de la población objetivo cuenta con cobertura de primer nivel.
- Se cuenta con la capacidad de gestión a nivel local, estatal y federal, para administrar el fortalecimiento de la infraestructura.
- Algunos municipios cuentan con sus propias ambulancias o vehículos de traslado.

2.2.2 Oportunidades:

- Se tienen identificadas localidades en las que la cobertura no es suficiente para atender la demanda potencial.
- Existe una Red de Municipios Saludables, mediante la cual se pueden compartir experiencias, planes, proyectos y acciones innovadoras en materia de salud.
- Existen programas de acreditación de hospitales que permiten fortalecer la infraestructura. Se podrían hacer uso de ellos.
- Se puede realizar más difusión de las mejoras en infraestructura y servicios en las unidades de salud, contratando espacios en medios de comunicación.
- Existen instituciones que se pueden contratar como consultoras y asesoras en la mejora de la atención en salud.

2.2.3 Debilidades:

- Sólo la mitad de la población objetivo acude a la unidad por motivos de prevención.
- 6 de cada 10 pacientes reporta que el tiempo que tardan en llegar a una unidad médica para atención, es mayor a 30 minutos.
- Los pacientes tardan entre 31 a 60 días en que les realicen su cirugía a partir del momento que el médico les comentó que requerían operación.
- 50% de los hospitales revisados no contó con protocolo de atención quirúrgica.
- No está estandarizado entre los hospitales la forma de registro de los distintos momentos de atención del paciente quirúrgico.

- En el 75% de los hospitales no se cuenta con información suficiente respecto a los motivos de diferimiento quirúrgico.
- En algunos hospitales no se cubren todos los turnos de atención en laboratorio o gabinete.
- Falta cubrir algunos turnos con personal de cirugía.
- No en todos los casos se da seguimiento al paciente previo a la realización de su cirugía.
- Existen expedientes clínicos incompletos o desordenados.
- Algunas unidades de primer nivel permanecen cerradas o dejan de prestar servicios por periodos cortos, sin informar a la población los motivos.
- No hay información suficiente sobre el perfil epidemiológico de la población no derechohabiente a seguridad social a nivel localidad.
- No existe información actualizada del diagnóstico de la vida útil de equipo e infraestructura.
- Una proporción de la población no cubierta (7.3%) se encuentra dispersa en áreas rurales, y el resto se aglutina en las zonas periurbanas de las ciudades grandes.
- Altos niveles de ocupación hospitalaria en Hospitales Generales y en los Materno Infantil que rebasan el 100%.

2.2.4 Amenazas:

- Inseguridad en el estado.
- Cambio de administración.
- Perfil epidemiológico cambiante.
- Formación de Recursos Humanos no relacionada a perfil epidemiológico.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

Disponibilidad y accesibilidad

El estado de Guanajuato ha realizado un esfuerzo importante en los últimos años en mejorar la infraestructura y accesibilidad a los servicios de salud de su población objetivo, tanto para la atención de primer nivel como hospitalaria. Los datos muestran un aumento de casi 100 consultorios entre 2010 y 2016, y de más de 200 camas censables en este mismo periodo. Sin embargo, siguen identificándose oportunidades de mejora en los indicadores de disponibilidad de recursos en relación a la población a todos los niveles del sistema; si bien el avance parece haber sido mayor para el primer nivel de atención, con indicadores generalmente por encima de la media nacional, que en la atención hospitalaria que cuenta con indicadores por debajo de la media nacional, y una frecuente sobresaturación del uso de las instalaciones.

Los indicadores de recursos humanos por población también están por debajo de la media nacional y un tanto alejados de los estándares esperables. Así, el número de médicos en contacto con el paciente por 3,000 habitantes, aunque aumentó de 1.4 a 1.56 entre 2010 y 2016, permanece prácticamente estable desde 2014 y representa solo poco más de una cuarta parte del promedio mundial (1.8 por 1,000 habitantes, según datos del Banco Mundial) existente en los países de mediano ingreso. También hubo un considerable aumento en el número de enfermeras, pero con ratio por habitantes siempre por debajo de la media nacional y muy lejos, con 1.39 por 3,000 habitantes en 2016, de las 8.8 por mil habitantes que es el promedio de los países de la OCDE.

Alrededor de 260 mil personas (7.2% de la población objetivo), no cuentan con cobertura por capacidad instalada, sobre todo en zonas urbanas. Si bien es cierto que la infraestructura instalada para la atención primaria a la salud rebasa las necesidades actuales de la población objetivo del ISAPEG, su distribución geográfica aún no cubre al 100% de esa población.

El menor porcentaje de cobertura (83.8%) está en la jurisdicción de León, debido a la concentración de población no derechohabiente en la misma. En esta jurisdicción, la mayor parte de la población se encuentra concentrada en una zona bien definida por lo que se presume como factible la ampliación o construcción de nuevas unidades; sin embargo, también se observan localidades más dispersas en las que la cobertura no es suficiente. Un panorama distinto se observa en otras jurisdicciones como Guanajuato y San Miguel de Allende, con 92.8% y 97% de cobertura, respectivamente.

En relación a la atención hospitalaria, el número de egresos ha aumentado en el periodo estudiado, como un reflejo, entre otras cosas, del aumento en la infraestructura. Sin embargo, la capacidad instalada parece ser aún insuficiente. Se encontraron altas tasas de ocupación en la mayoría de ellos, incluso superando el 100% en más de la cuarta parte de los hospitales. Esto probablemente conlleva la utilización de camas no censables para la atención de pacientes hospitalizados con los consecuentes riesgos para los pacientes, además de incrementar de manera sub-óptima la carga de trabajo para el personal médico y de enfermería.

La accesibilidad física a los servicios, medida en términos de los tiempos de traslado al hospital, es en general aceptable y mejor que la existente como promedio a nivel nacional.

Calidad de la atención

La calidad percibida es generalmente buena o muy buena. Así, por ejemplo, la califican el 84.2% de los encuestados en el estudio en relación a los hospitales, y un 78.2% declara que volvería a atenderse a la misma Unidad Médica.

El tiempo de espera para recibir atención se ha reducido, alcanzando el nivel más bajo (promedio de 39.5 minutos) en la encuesta realizada para este estudio. Así mismo, la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, se ha venido reduciendo, particularmente desde 2011, aunque esta tasa es mayor que la media nacional.

Entre los indicadores sin diferencias significativas entre Unidades intervenidas y no intervenidas se encuentran el diferimiento quirúrgico, la confianza en el personal de salud, información sobre cuidados recibida al alta, respeto a la intimidad del paciente, la rapidez de respuesta del personal durante la hospitalización y el tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados.

Mejoras percibidas en el entorno de las Unidades intervenidas

Las mejoras percibidas en el entorno no son significativas. En las calles aledañas y la urbanización alrededor de las Unidades Médicas intervenidas, menos del 40% de los entrevistados percibe que mejoró la iluminación, solo el 36% percibe mejora en la limpieza cerca del establecimiento y el 30% en las calles aledañas. Y 1 de cada 10, señaló que ha empeorado el ruido y el tráfico alrededor de la UM desde su primera visita al establecimiento a la fecha de la entrevista.

Análisis proyectivo

De acuerdo a lo encontrado en este estudio, se pudo establecer que el tamaño de la oferta de servicios en Guanajuato, es más un problema de distribución que de capacidad instalada, lo que sugiere que la construcción de nuevas unidades debe ser sometida a un análisis riguroso que tenga en cuenta no sólo la oferta sino también las características de la posible demanda y las implicaciones en la composición del gasto en salud.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

- Hacer más difusión de los cambios realizados en las Unidades Médicas hacia la comunidad.
- Establecer convenios de colaboración con otras instituciones del sector para la mejora de procesos de atención, con énfasis en condiciones sensibles a la atención ambulatoria.
- Establecer con los municipios, convenios de seguridad y mejora de la periferia a las unidades médicas.
- Gestionar ante las autoridades federales y estatales los recursos necesarios para hacer frente a la demanda de atención y a los cambios epidemiológicos, a partir de la elaboración de un plan de crecimiento con base en un diagnóstico.
- Generar las políticas necesarias de protocolización y estandarización de procesos de atención quirúrgica, para garantizar la continuidad de su aplicación.
- Elaborar un diagnóstico del estado de la infraestructura, mobiliario y equipo para poder realizar las gestiones pertinentes para la actualización con oportunidad los recursos materiales.
- Establecer convenios de colaboración con las universidades para encauzar la formación de recursos humanos para la salud, y hacerla congruente con las necesidades de la población y la capacidad de absorción de la oferta laboral por el sistema local de salud.
- Hacer un estudio de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud Federal para la obtención de un certificado de necesidad, enfocado a alcanzar el 100% de cobertura.
- Realizar un análisis espacial de la distribución de la población y de la disponibilidad de unidades móviles, con el objeto de optimizar los recursos para asegurar que el grupo de la población rural dispersa aún no cubierta pueda atenderse a través de unidades móviles.
- Los niveles deseables de utilización de los hospitales generales deben mantenerse en 80% y para ello sería muy recomendable revisar las redes de referencia para asegurar que exista capacidad resolutive en los hospitales que tienen bajos niveles de ocupación, logrando así la utilización óptima de la infraestructura.
- Profundizar en el análisis de viabilidad con un estudio más detallado sobre la capacidad instalada ociosa y las condiciones de la infraestructura y equipamiento de las unidades, por el lado de la oferta y, factores como el crecimiento, envejecimiento y cambios en el perfil epidemiológico de la población; la migración, accidentes de tránsito y agudización de la violencia, por el lado de la demanda.
- Realizar un análisis detallado de la composición del gasto en salud en el estado, para ver cómo responde al incremento de la demanda a través de los años.
- Mejorar la atención del primer nivel en la atención a patologías respiratorias y enfermedades crónicas como la diabetes, lo cual redundará en una disminución de hospitalizaciones evitables por estas causas.
- Poner en marcha estrategias enfocadas a la mejora continua en relación a la calidad de la atención (planificación, monitorización y ciclos de mejora de los procesos de atención), y específica para problemas de salud y tipos de paciente concreto, aplicables en todas las Unidades Médicas y como acompañamiento necesario de las mejoras estructurales que se han implementado y que se puedan implementar en el futuro.

4. DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA
4.1 Nombre del coordinador de la evaluación: Dr. José Pedro Saturno Hernández
4.2 Cargo: Investigador responsable
4.3 Institución a la que pertenece: Instituto Nacional de Salud Pública
4.4 Principales colaboradores: <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Ofelia Poblano Verástegui • Dr. Juan Eugenio Hernández Ávila • Dra. Lina Sofía Palacio Mejía • Mtro. Waldo Iván Vieyra Romero • Mtra. Diana Molina Vélez • Mtra. Concepción García Morales • Mtro. Amado David Quezada Sánchez • Mtra. Ana Lidia Salgado • Mtro. Arturo C. Bautista Morales • Mtra. Estephania Moreno Zegbe • Mtra. Cynthya Maya Hernández • Mtra. Alejandra Jiménez Aguilar
4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación: pedro.saturno@insp.mx
4.6 Teléfono (con clave lada): 01 (777) 3 29 30 00

5. IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) PROGRAMA(S)
5.1 Nombre del (los) programa(s) evaluado(s): Disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios otorgados en las unidades de salud construidas y sustituidas en Guanajuato, 2013-2016
5.2 Siglas: No aplica
5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s): Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) programa(s): <ul style="list-style-type: none"> • Poder Ejecutivo <u> X </u> • Poder Legislativo <u> </u> • Poder Judicial <u> </u> • Ente Autónomo <u> </u>
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s): <ul style="list-style-type: none"> • Federal <u> </u> • Estatal <u> X </u> • Local <u> </u>
5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) programa(s):
5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s): <ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)
5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s) (nombre completo,

correo electrónico y teléfono con clave lada):	
Nombre: Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez Correo electrónico: ddiazma@guanajuato.gob.mx Teléfono: 01 (473) 73 5 27 00	Unidad administrativa: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

6. DATOS DE CONTRATACIÓN DE LA EVALUACIÓN
6.1 Tipo de contratación:
6.1.1 Adjudicación Directa ___ 6.1.2 Invitación a tres ___ 6.1.3 Licitación Pública Nacional ___ 6.1.4 Licitación Pública Internacional ___ 6.1.5 Otro: (Señalar) <u>ADJUDICACIÓN DIRECTA CON COTIZACIÓN DE TRES PROVEEDORES</u>
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: INSTITUTO DE PLANEACIÓN, ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
6.3 Costo total de la evaluación: \$1,580,595.66 (UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 66/100 M.N.), IVA INCLUIDO
6.4 Fuente de Financiamiento : ESTATAL, GASTO DE INVERSIÓN

7. DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN
7.1 Difusión en internet de la evaluación:
7.2 Difusión en internet del formato: http://iplaneg.guanajuato.gob.mx/