



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación del Programa Sectorial de Salud

2013-2018

Lo que se mide
se puede mejorar

www.coneval.org.mx

Investigadores académicos

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres

El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí

Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis

Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona

Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete

Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez

Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza

Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz

Director General Adjunto de Administración

COLABORADORES

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete

Liv Lafontaine Navarro

Jesús Pacheco

Mireya Carolina Patiño Peña

Evaluador Externo

Investigación en Salud y Demografía, S.C.:

Manuel Urbina Fuentes

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece la colaboración de la Secretaría de Salud en la elaboración de este documento, en particular a la Dirección General de Evaluación del Desempeño que dio seguimiento a la evaluación y sus resultados.

Contenido

Siglas y Acrónimos	2
Resumen Ejecutivo	4
I. Consistencia del Programa Sectorial	4
II. Coherencia en la alineación.....	5
III. Pertinencia en la instrumentación	7
IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial	8
Introducción.....	10
I.Hallazgos generales de la evaluación a diez programas derivados del PND	14
II.Posición Institucional de la Secretaría de Salud	18
III.Evaluación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018	23
Sección I. Consistencia del Programa Sectorial	24
Sección II. Coherencia en la alineación	42
Sección III. Pertinencia en la instrumentación	58
Sección IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial	67
IV. Conclusiones y recomendaciones	80
Conclusiones	80
Recomendaciones	86
Bibliografía	89

Siglas y Acrónimos

ECNT	Enfermedad Crónica no Transmisible	PND	Plan Nacional de Desarrollo
ES	Estrategia Sectorial	PP	Programa Presupuestario
ETPG	Estrategia Transversal de Perspectiva de Género	PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	PROSESA	Programa Sectorial de Salud
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	ROP	Reglas de Operación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	SNS	Sistema Nacional de Salud
LGDS	Ley General de Desarrollo Social	SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados	SS	Secretaría de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	TDR	Términos de referencia
OMS	Organización Mundial de la Salud		
OS	Objetivo Sectorial		
PAE	Programa de Acción Específico		
PEA	Población Económicamente Activa		

Glosario

- Alineación** Es la congruencia interna y la vinculación que deben tener los programas sectoriales con el Plan Nacional de Desarrollo.
- Coincidencia** Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien cuando sus componentes son similares o iguales y atienden a la misma población.
- Complementariedad** Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a diferente población.
- Debilidades y Amenazas** Las debilidades son las limitaciones, fallas o defectos de los insumos o procesos internos del programa o acción, que pueden obstaculizar el logro de su fin o propósito. Las amenazas corresponden a los factores del entorno del programa o acción que, de manera directa o indirecta, afectan negativamente su quehacer que impide o limita la obtención de los objetivos institucionales, respectivamente.
- Derechos sociales** Los derechos para el desarrollo social son la educación, salud, alimentación, vivienda, disfrute de un medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y los relativos a la no discriminación.
- Diagnóstico** Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.
- Fortalezas y Oportunidades:** Las fortalezas del programa o acción, 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 o acción. Las oportunidades del programa, corresponde a los factores externos no controlables por el programa o acción que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría del mismo.
- Orientación a resultados** La redacción de un objetivo está orientada a la solución de una problemática social y no a una acción específica.
- Indicadores de Resultados** Herramienta cuantitativa que muestra el resultado o cambio en las condiciones de vida de la población derivados de la implementación de una intervención pública.
- Recomendaciones** Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del Programa.

- Acciones afirmativas o discriminación positiva** Mecanismo para corregir la desigualdad inicial que muestran las mujeres en relación con los hombres, para favorecer la igualdad de condiciones, merced a medidas que equilibren las oportunidades y reduzcan la desigualdad y la discriminación. Son ejemplos de estas acciones: el sistema de cuotas para equilibrar la proporción de cada uno de los dos sexos que participan en puestos públicos, cargos sindicales, órganos de representación, o ciertas actividades profesionales.
- Transversalidad** Método de gestión pública que permite aplicar recursos de distintas esferas a un mismo propósito o programa, cuando los objetivos son complejos y traslapan o sobreponen las fronteras organizacionales sectorizadas.
- Programa presupuestario** Programa federal entendido como la categoría programática que permite organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos de los programas federales y de aquellos transferidos a las entidades federativas y municipios, a cargo de los ejecutores del gasto público federal para el cumplimiento de sus objetivos y metas, así como del gasto no programable.
- Programa Sectorial** Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo que comprenden el desempeño de las actividades de un sector compuesto por unidades responsables del sector central, órganos administrativos desconcentrados y entidades sectorizadas con objetivos afines, bajo la responsabilidad de una dependencia coordinadora.

Resumen Ejecutivo

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) llevó a cabo la evaluación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). El presente Informe es el resultado final de este ejercicio que se centró en cuatro temas, en primer lugar analizar la pertinencia entre el diagnóstico, la problemática, los objetivos y su orientación a resultados, es decir, la **consistencia** del Programa. En segundo, identificar si la vinculación de las intervenciones gubernamentales a cargo de la dependencia es coherente y contribuye al cumplimiento de objetivos, a lo que llamamos, **coherencia en la alineación**. En tercer lugar, valorar la **perfinencia en la instrumentación** de la política sectorial a través de los programas presupuestarios, y finalmente, identificar de qué manera se **miden los avances y el desempeño** del Programa derivado del Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Esta evaluación es parte del ejercicio que el CONEVAL coordinó de manera simultánea a diez Programas derivados del PND con el objetivo de identificar hallazgos que permitan mejoras en la planeación nacional y con ello contribuir a generar información para la toma de decisiones en materia de la planeación estratégica. Como parte del proceso de evaluación se llevaron a cabo talleres con las dependencias responsables de los Programas derivados del PND sujetos a evaluación, así como con la SHCP, con la finalidad de promover el uso de los resultados derivados de la evaluación. Los funcionarios públicos que participaron propusieron acciones concretas para mejorar los Programas a su cargo. En el presente documento se puede consultar la Posición Institucional de la dependencia respecto de este ejercicio de la evaluación.

A continuación se resumen los principales hallazgos y resultados por sección:

I. Consistencia del Programa Sectorial

En el apartado de diagnóstico del PROSESA se enuncian retos que enfrenta el sistema de salud mexicano, sin que de manera explícita se planteen como problemas centrales por atender. Ante esta situación, para fines de evaluación, se propone una caracterización que se infiere a partir de dicho diagnóstico; se sintetiza como problemática central el *acceso no efectivo a los servicios de salud*.

Respecto a la vinculación entre la problemática inferida en el diagnóstico y la declaración de los objetivos sectoriales se observa que las causas asociadas se encuentran relacionadas, en alguna medida, con los seis objetivos sectoriales.

En el PROSESA se incluyen 108 líneas de acción explícitas para promover la igualdad de género. El Programa no incluye temas relevantes sobre la violencia obstétrica, geriátrica, interrupción legal del embarazo o la anticoncepción masculina. El diagnóstico incluye diez brechas de desigualdad de género en el diagnóstico que guardan correspondencia con el diagnóstico del PROIGUALDAD. No se incluyen indicadores sectoriales relacionados con la violencia contra las mujeres. Las 13 líneas de acción del PROSESA relacionadas con la violencia contra las mujeres se reducen a la violencia familiar y escolar, sin incluir otros ámbitos de la violencia. Tres de los 16 indicadores sectoriales se relacionan con la salud sexual y reproductiva, y se reducen a la maternidad, ignorando la sexualidad u otros aspectos de género.

El análisis del contenido de los objetivos sectoriales permitió observar que sólo dos, están orientados a resultados; ninguno, incluye en su redacción a la población potencial o área de enfoque que se pretende atender.

II. Coherencia en la alineación

El análisis de vinculación relaciona las matrices de indicadores para resultados (MIR) de 37 programas presupuestarios (PP) con el Programa: 25, de la Secretaría de Salud (SS); cinco, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y, siete, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La vinculación por sintaxis permitió identificar que los 37 PP están relacionados directa o indirectamente con los seis objetivos sectoriales. De acuerdo con la normatividad aplicable, los PP están obligados a incorporar en la redacción del objetivo de Fin de la MIR, el objetivo sectorial con el que se encuentran alineados; bajo este mandato normativo, los 37 PP cumplen con los tres primeros criterios de sintaxis. Para el cuarto criterio, la mayoría de los PP presentan deficiencias en la incorporación del objetivo de Propósito de la MIR en el objetivo de Fin. En cuanto a la vinculación lógica, se identificó que los seis objetivos sectoriales tienen vinculación con alguno de los 37 PP. El 72.7 por ciento (27) de los PP tienen una vinculación lógica con los objetivos sectoriales, el Propósito de los otros diez no contribuye al logro del objetivo sectorial. Un hallazgo adicional es que cinco PP se vinculan con más de un objetivo sectorial a través de uno o más de sus Componentes; el PP E036 Programa de vacunación se vincula con los objetivos 1 y 4; el PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, se vincula con los objetivos 2, 3, y 6; el PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva, se vincula con los objetivos 1, 2 y 4; el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica, se vincula con los objetivos 2 y 4 y, el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes se vincula con los objetivos 1, 2 y 3.

El PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se relaciona con el PROSESA. El PP S201 Seguro Médico Siglo XXI se vincula de manera errónea con el objetivo sectorial 1;

su vinculación correcta, de acuerdo con las reglas de operación, es con el objetivo sectorial 6.

El presupuesto total asignado en 2016 a 35 de los 37 PP del sector salud es de 365,272.8 millones de pesos (mdp); representa el 83.9 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa (435,187.17 mdp).²

El análisis del presupuesto asignado en 2016 por objetivo sectorial (OS), muestra que: el OS2, tiene el mayor presupuesto asignado, 65.2 por ciento; el OS6, 23.5 por ciento; el OS5, el 6.5 por ciento; el OS1, el 3 por ciento; el OS 4, el 1 por ciento y el OS3, 0.5 por ciento. Bajo esta lógica, el OS2 es el de mayor prioridad presupuestal; muestra que se dedican más recursos a la atención médica que incluye acciones curativas y preventivas. En resumen, los tres objetivos sustantivos (OS1, OS3 y OS4), reciben 4.5 por ciento del presupuesto total del Programa. Este resultado requiere revisar la limitación de clasificar los PP en un solo OS.

En relación con la vinculación de las estrategias sectoriales con cada objetivo del Programa, los seis objetivos sectoriales se operacionalizan a través de un total de 39 estrategias sectoriales (ES), 37 PP y 32 programas de acción específicos (PAE).³ El análisis de la relación de estas ES con los 17 PP de salud relacionados con el desarrollo social, identificó una vinculación incompleta. Tres PP sólo se vinculan al objetivo sectorial 4 (cerrar brechas en salud), sin estrategias intermedias: E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños adolescentes; PP S251 Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente" y, S272 Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad.

Las estrategias que no se vinculan con los 17 PP considerados como de desarrollo social, se relacionan con los 20 PP restantes: ocho de la SS; cinco, del ISSSTE y siete, del IMSS. O con 32 PAE de la SS que si bien se encuentran alineados con objetivos, estrategias sectoriales y PP, se desconoce cómo se operacionalizan; no tienen presupuesto asignado.

Respecto a la coherencia de la vinculación de los PP, se encontró que 32 PP cumplen con este criterio; hay coincidencias en los objetivos de Propósito y de Componente con la narrativa de las estrategias sectoriales. De los cinco PP restantes, cuatro de ellos se vinculan con el objetivo sectorial correspondiente de forma directa, sin una estrategia sectorial intermedia; uno, no se relaciona con el PROSESA. La estrategia 6.6 no se vincula con algún PP o PAE.

El análisis de la vinculación de los PP con las estrategias de cada objetivo sectorial permite identificar las áreas de oportunidad para la orientación (rediseño), en su

² No se contó con el presupuesto de los PP: B002 Producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos y K029 Programas de adquisiciones.

³ La SS cuenta con más de 32 PAE que se relacionan con el PROSESA; se citan los que estuvieron disponibles para la evaluación, proporcionados por la unidad responsable.

caso, de dichos PP para atender de una forma más integral, el objetivo sectorial de referencia. Se observa que 36 de los 37 PP analizados atienden el derecho social a la salud; se encuentran similitudes en la narrativa de sus objetivos de Propósito y de Componente de la MIR, con las estrategias sectoriales con los que se encuentran vinculados.

El PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se vincula con el PROSESA, aún cuando el objetivo de Fin lo alinea con el OS1; se relaciona con satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de los derechohabientes que son prestaciones sociales diferentes a las de salud.

En cuanto a la similitud entre las poblaciones objetivo de los PP vinculados con los OS, se observó que, con excepción del OS3 en que los dos PP alineados atienden poblaciones distintas, el resto de los OS en términos generales; tienen similitud entre las poblaciones objetivo definidas. En relación con la similitud de indicadores sectoriales con indicadores de carencia social, se observó que sólo el OS 6 (construcción de un sistema nacional de salud universal) cuenta con dos indicadores que pueden ser clasificados de este tipo: "Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud" y "Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica".⁴

La vinculación de las causas que originan el problema con las estrategias sectoriales está limitada; como se mencionó, el diagnóstico del Programa no precisa la problemática por atender con el PROSESA. Se propuso la caracterización de la problemática en la que se infirieron las causas, en cuatro temáticas: 1. Población; 2. Servicios; 3. Rectoría de la Secretaría de Salud y, 4. Recursos; bajo esta inferencia, se observa que las causas inferidas (organizadas por tema) se encuentran relacionadas, en mayor o menor medida, con alguno de los seis OS, sin que sea posible la vinculación precisa con las estrategias establecidas para cada uno de éstos.

III. Pertinencia en la instrumentación

La vinculación de los PP con las ES identificó áreas de oportunidad para la orientación de los PP para atender los OS; 13 estrategias no se vincularon con alguno de los 37 PP analizados.

La propuesta de vinculación ideal se realizó con base en el análisis de los objetivos de Propósito de los PP, independientemente de la alineación normativa establecida en el nivel de Fin; se logró alinear más PP con los OS. Con esta

⁴ De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, los indicadores de carencia social se refieren a: Ingreso corriente per cápita, Rezago educativo promedio en el hogar, Acceso a los servicios de salud; Acceso a la seguridad social, Calidad y espacios de la vivienda, Acceso a los servicios básicos en la vivienda, Acceso a la alimentación y Grado de cohesión social.

propuesta, el número de estrategias que no están cubiertas por ningún PP se redujo de 13 a 7. Las ES que no se cubren son:

- 1.6 Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente.
- 1.7 Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
- 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.
- 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.
- 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud.
- 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud.

Cabe mencionar que, con excepción de la estrategia 6.6 para la que no existe vinculación más que con su OS, las demás están cubiertas con algún PAE.

Destaca que sin la limitante de la vinculación normativa, más PP se alinean con estrategias de otros OS, lo que disminuye los vacíos de atención.

Las estrategias no cubiertas se relacionan con grupos vulnerables: adolescentes, personas adultas mayores; con la atención integral de trastornos mentales y del comportamiento, la disminución de muertes por lesiones de causa externa. Un problema de gran relevancia que enfrenta el sector salud y que no es cubierto es la falta un sistema universal (nacional e integral) de información que permita disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.

IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial

El PROESA cuenta con 16 indicadores para medir el avance de los OS; se observó que todos son claros; 15, se encuentran orientados a resultados y son relevantes y, 14, son monitoreables. La vinculación de indicadores con objetivos sectoriales se realizó con base en el Fin de las MIR 2016 de los 37 PP analizados.

Algunos PP de un mismo OS, se relacionan con varios indicadores a la vez. Esta situación se solventaría si la relación entre los PP y los OS; no implicara la vinculación automática con indicadores sectoriales.

El indicador 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor, no se alinea con alguno de los PP analizados.

De manera global, los indicadores atienden aspectos relevantes de los objetivos sectoriales con los que se encuentran vinculados, pero no son suficientes; existen otros aspectos que no se miden como son, la calidad en la prestación de los servicios y la disponibilidad de recursos humanos. Para los OS 1 y 2, un área de oportunidad es medir el efecto de las estrategias implementadas en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, por ejemplo.

El reporte de avances del PROSESA es anual y se publica de acuerdo con la normatividad; está estandarizado y tiene una presentación homogénea que cumple con la regulación en la materia.

El análisis de factibilidad realizado sobre las metas, permitió apreciar que más de la mitad no se cumplirán de acuerdo con la evolución de los indicadores respecto al cumplimiento de sus metas en el año 2015; sólo seis de 16 indicadores cumplirían la meta prevista para 2018.

En cuanto a recursos, se considera que no es factible alcanzar las metas de los indicadores con los recursos disponibles; los argumentos son: 1. los PP en operación no son suficientes para atender los OS, de forma completa; 2. los recursos asignados a los PP son considerablemente menores que el costo por atender las poblaciones potenciales de los PP.. En 2015, se asignó un presupuesto por 134,847.6 mdp; para 2016, el presupuesto fue de 132,216.9 mdp: un decremento real del 4.9 por ciento.

La evidencia documental disponible permitió inferir los actores gubernamentales que contribuyen a alcanzar cada uno de los objetivos sectoriales; no así los medios de coordinación para la atención de éstos y, en consecuencia, si son adecuados., ni saber si existen posibles sinergias entre instancias involucradas.

Introducción

La Ley de Planeación⁵ establece la responsabilidad del Ejecutivo Federal en la conducción de la planeación nacional. A partir de esta ley, se sientan las bases para que en cada nuevo periodo de gobierno se dirijan las actividades de la Administración Pública Federal (APF) a la consecución de prioridades nacionales a través de objetivos, metas y estrategias a las que se le asignan recursos y responsables de su ejecución (artículo 3, Ley de Planeación). El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el principal instrumento de planeación en México y a partir de éste se desprenden programas de carácter más específico como los de ámbito sectorial, institucional, regional y especial.⁶ Los Programas derivados del PND permiten la alineación de los programas presupuestarios y las acciones institucionales de las dependencias con la planeación nacional. Es decir, establecen la implementación de políticas públicas que responden a los problemas nacionales, identificados durante el ejercicio de la planeación al que convoca el Ejecutivo Federal.

A través de la alineación entre el PND y los programas que de éste emanan, se busca coordinar el trabajo de las dependencias y entidades de la APF, y enfocarlo a la consecución de objetivos estratégicos y metas nacionales. Este vínculo entre la planeación nacional y la programación-presupuestación forma parte de la óptica de orientación al logro de resultados que plantea la necesidad de un sistema de seguimiento y evaluación que pueda generar información que retroalimente la gestión pública en distintos momentos en el tiempo (Kusek 2005). A tres años de la publicación del PND y de sus programas derivados, resulta pertinente realizar una valoración de sus avances y de su instrumentación, con el propósito de identificar fortalezas y áreas de oportunidad que apunten la planeación nacional.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, tiene por objeto normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social que ejecuten las dependencias públicas (artículo 72).⁷ De igual manera, en el Programa Transversal para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 se establece como línea de acción promover evaluaciones estratégicas sobre el avance y cumplimiento de los programas, objetivos, políticas y estrategias derivados del PND⁸

⁵ Última reforma publicada DOF 06-05-2015

⁶ Entre los Programas Especiales se encuentran tres Programas de carácter transversal definidos directamente en el PND, nos referiremos a ellos a lo largo del documento como Programa Transversal.

⁷ Última reforma DOF 01-06-2016

⁸ Línea de acción 2.3.1 señalada en el Programa Transversal para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018. DOF: 30/08/2013

señalando a CONEVAL, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y a la Secretaría de la Función Pública (SFP) como los responsables de ello. En este contexto y en atención a lo establecido en el numeral 29 del Programa Anual de Evaluación (PAE) 2016, que faculta al CONEVAL para monitorear y evaluar los Programas derivados del PND 2013-2018, el Consejo coordinó la evaluación de diez programas derivados del PND con el objetivo de identificar hallazgos y recomendaciones que permitan mejorar aspectos de la planeación nacional, en la consecución de objetivos y con ello contribuir a la rendición de cuentas. El objetivo de estas evaluaciones es proveer información útil para la toma de decisiones en materia de planeación estratégica, programación y presupuesto.

La evaluación de los Programas derivados del PND es la culminación de las acciones realizadas por el CONEVAL en los últimos años en materia de análisis de la planeación nacional de la presente administración. Inicialmente, en 2013, se llevó a cabo una revisión a los indicadores de dichos Programas, con lo que se emitieron comentarios para su mejora. En 2014 se diseñó una propuesta metodológica para la Evaluación de Programas derivados del PND, esta metodología se probó en 2015. Con los resultados de este piloto se construyeron los Términos de Referencia implementados en 2016 y se establecieron las bases metodológicas para captar las diferencias que existen entre los Programas Sectoriales y los Programas Especiales (en específico los denominados Transversales) que fueron considerados dentro del ejercicio de evaluación.

La evaluación a los Programas derivados del PND busca analizar cuatro aspectos de la planeación nacional. En primera instancia la consistencia del Programa, lo que implica valorar la vinculación entre las problemáticas enumeradas en el diagnóstico y los objetivos, ambos incluidos en el Programa. En segundo lugar, identificar la coherencia en la alineación entre los programas presupuestarios, líneas de acción y estrategias, con base en los objetivos del Programa y si estos contribuyen a su cumplimiento. El tercer aspecto, determinar si los objetivos se encuentran instrumentados, es decir evaluar la pertinencia en la instrumentación de la política pública a través de los programas presupuestarios u otras acciones institucionales a cargo de la dependencia. Finalmente, analizar cómo se miden los resultados del Programa y el avance en su desempeño.

El instrumento de evaluación se diseñó utilizando como referente la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para la elaboración y el seguimiento de los Programas derivados del PND, a decir el "Acuerdo 01/2013 por el cual se emiten los Lineamientos para dar seguimiento a los Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018"⁹, que incluye los elementos y

⁹ Publicado el 7 de junio de 2013 en el Diario Oficial de la Federación.

características que deben contener los Programas para que estos sean dictaminados por la SHCP; la “Guía técnica para la elaboración de los Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, que indica las disposiciones y recomendaciones que las dependencias y entidades deberán observar de acuerdo con sus competencias. Finalmente, los “Criterios para la publicación de logros de Programas derivados del PND”, que incluye los términos en los que deben publicarse los logros de los Programas derivados del PND. Dicha normatividad es de aplicación generalizada y obligatoria para todos los Programas derivados del PND.

Con el objeto de contar con información sobre la política de desarrollo el Consejo determinó la evaluación a diez Programas derivados del PND: ocho Programas Sectoriales, operados por las dependencias del sector social que tienen mayores recursos asignados, y dos Programas Transversales (ver figura 1). Los objetivos sectoriales son atendidos a través de los Programas Sectoriales que tienen a cargo las dependencias de la APF; mientras que estrategias transversales establecidas en el PND se promueven como componentes transversales dentro de las políticas públicas pertinentes a la problemática que atiende. Una acción transversal, a diferencia de una acción sectorial, corresponde a la atención de una problemática global que, dada la naturaleza compleja de esta problemática, requiere de esfuerzos intersectoriales coordinados para su solución.

Figura 1. Programas derivados del PND 2013-2018 evaluados



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las dependencias a cargo de los Programas derivados del PND evaluados, en el orden que aparecen en la figura 1 son: SEDESOL, SEP, SALUD, SEDATU, SAGARPA, SEMARNAT, STPS, SE, INMUJERES y SHCP.

El proceso de evaluación de los Programas derivados del PND se llevó a cabo con la información proporcionada por las dependencias, y que fue recolectada entre los meses de abril y mayo de 2016. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo y entrevistas entre los funcionarios públicos de las dependencias a cargo de cada uno de los Programas evaluados y los equipos de evaluación externos que desarrollaron la evaluación, lo que resultó en un proceso de evaluación participativo en el que las dependencias revisaron los informes de evaluación y emitieron comentarios sobre los hallazgos identificados por el equipo de evaluación externo.

A partir de los informes entregados por los equipos de evaluación en agosto y como parte del proceso de uso de evaluación que se desarrolla en el CONEVAL y que es uno de los elementos del Sistema de Monitoreo y Evaluación se llevaron a cabo talleres con las dependencias responsables de los Programas derivados del PND sujetos a evaluación, así como con la SHCP, con el objeto de identificar hallazgos y recomendaciones factibles de ser implementadas para mejorar la instrumentación de la planeación nacional, principalmente. El objetivo de estos talleres es parte de la estrategia del CONEVAL de promover el uso de los resultados derivados de la evaluación. Como resultado de los talleres los funcionarios públicos que participaron propusieron acciones concretas para mejorar los Programas a su cargo.

En este informe se presentan la Evaluación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Dado que esta evaluación forma parte de un conjunto de diez evaluaciones realizadas a Programas derivados del PND, en el primer capítulo se resumen los hallazgos generales que se identificaron de manera consistente en las evaluaciones y que son una reflexión sobre la normatividad en materia de planeación nacional. El segundo capítulo contiene la Opinión de la dependencia a cargo del Programa evaluado. En esta sección se puede identificar las acciones que llevará a cabo la dependencia para atender los principales hallazgos de la evaluación y la posición de la Secretaría de Salud en cuanto al proceso de evaluación. En el capítulo tres se incluyen las preguntas de la evaluación, mismas que abordan las cuatro temáticas descritas anteriormente. Finalmente, el capítulo cuatro concluye y contiene las recomendaciones que el equipo de evaluación externo, a cargo de Investigación en Salud y Demografía, S.C. (INSAD), consideró pertinente emitir, con base en el análisis conducido.

I. Hallazgos generales de la evaluación a diez programas derivados del PND

Este primer ejercicio de evaluación a los Programas derivados del PND permitió identificar áreas de mejora en el arreglo de la planeación nacional. Iniciando con la normatividad nacional en la materia, la Ley de Planeación requiere de una revisión para incorporar elementos que permitan armonizar una planeación de mediano y largo plazo en línea con las prioridades nacionales. Asimismo, la instrumentación de la planeación debe considerar esquemas que puedan adaptarse al contexto económico, social y político en el que se opera, con el objeto de potenciar las acciones concretas del gobierno. Estos hallazgos escapan a las dependencias que se encargan de atender las necesidades de los sectores, pero abren el espacio para futuras intervenciones en materia de evaluación y para que otros actores gubernamentales incluyan esta discusión en sus agendas.

En el marco de lo anterior, además de los hallazgos y recomendaciones específicas que se identificaron para cada uno de los Programas derivados del PND evaluados y que se incluyen en los informes individuales, existen hallazgos de carácter transversal que aplican a todos los Programas y, al presentarse de manera consistente, reflejan las áreas de oportunidad persistentes en el diseño y la forma en la que se conduce la planeación nacional. A continuación se resumen dichos hallazgos.

Existe un desfase de al menos dos años en la implementación del Plan Nacional de Desarrollo. En primera instancia, la Ley de Planeación exhorta al ejecutivo a la elaboración del PND en el que se plasman las prioridades nacionales que serán las directrices del periodo sexenal. Para ello establece un plazo de 6 meses, a partir de la toma de posesión del Presidente, para su publicación.¹⁰ Los programas derivados del PND deben guardar congruencia con este, pero la fecha de publicación es posterior. En el caso de los Programas Transversales estos se dictaminan a más tardar en agosto de 2013, los Programas Sectoriales en octubre de 2013 y los programas especiales y regionales entre diciembre de 2013 y febrero de 2014.¹¹ Considerando que la SHCP debe remitir a la Cámara de Diputados en junio de cada año la estructura programática del Presupuesto de Egresos para que este sea discutido y aprobado por el Congreso en noviembre del mismo año, y que es mediante la estructura programática que se implementan los objetivos planteados en los programas derivados del PND, es evidente que existe un desfase de al menos dos años entre la planeación nacional y la implementación de las modificaciones

¹⁰ Artículo 21 de la Ley de Planeación.

¹¹ Numeral 24 del Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

programáticas necesarias para cumplir con el nuevo PND y sus Programas derivados.

La operación de las dependencias no se rige por la planeación sino por la presupuestación anual. De manera general existe una desvinculación entre los procesos de programación y de presupuestación con la planeación nacional, priorizando a los primeros. En este sentido, destaca la importancia de considerar la posibilidad de que los actores que deben formar parte en la elaboración de los Programas deben ser no sólo del área de Planeación y Evaluación de las Dependencias sino también de Oficialía Mayor. Esta última área al interior de las dependencias tiene una estrecha comunicación con las Direcciones Generales de Programación y Presupuesto (DGPYP) de la Secretaría de Hacienda. Sin embargo, es posible que la planeación, programación y la presupuestación tenga mecanismos más efectivos si en este proceso se incorporan las Direcciones Generales de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) de las dependencias, a las Unidades de Evaluación y Planeación, que cuentan con información más detallada la operación de los programas y políticas.

En la normatividad para la planeación nacional se identifican esquemas rígidos y por tanto no es posible reflejar el contexto nacional dinámico. El contexto nacional es dinámico y existen problemas emergentes que, dada la rigidez en la planeación, no se pueden reflejar en los Programas derivados del PND. De igual manera la estructura orgánica de las dependencias puede modificarse, afectando sus atribuciones y por ende los compromisos a los que suscribe la planeación nacional. Se considera pertinente discutir, bajo qué condiciones, promover la flexibilidad en la planeación y su adaptación a contextos emergentes puede resultar en alcanzar mejores resultados. La rigidez también se observa en la vinculación de los programas a los objetivos sectoriales pues la normatividad establece una relación lineal mientras que las acciones de los programas pueden afectar varios objetivos. En el ámbito social, donde las problemáticas son multifactoriales, los objetivos sectoriales pueden compartirse entre las dependencias.

Existe dificultad para identificar problemáticas en los diagnósticos sectoriales y vincularlo con objetivos. Un hallazgo consistente en las evaluaciones a los Programas derivados del PND es la necesidad de continuar avanzando en la construcción de diagnósticos sectoriales. Más allá de la rigidez de la estructura o formato requerido para integrarlos (en particular en términos del espacio) es necesario identificar con mayor claridad dos aspectos: la población (o poblaciones) que beneficia el sector, trascendiendo la definición de la población de los programas presupuestarios, e identificar las causas y efectos de las problemáticas enunciadas. Contar con la cuantificación de las poblaciones

objetivo por sector en los diagnósticos podría apoyar a las dependencias a demarcar el tamaño de los problemas identificados en el diagnóstico y, a la vez, facilitar un método para estimar los costos de atención de la problemática; información que es de utilidad en la definición de metas y en la vinculación programática-presupuestaria. Conocer las causas y efectos de los problemas que se buscan atender permite identificar qué intervenciones deben llevarse a cabo y con qué prioridad. De igual manera, esclarece los objetivos que son atribución del sector y facilita que estos sean atendidos a cabalidad, tomando en consideración diversas líneas de acción en función de las propias causas de un problema específico. En este contexto, la vinculación programa presupuestario-objetivo sectorial no se ha definido de la manera más adecuada. En particular de cara a la reestructuración programática de 2016, algunos objetivos sectoriales quedaron desatendidos o fuera de las atribuciones de la dependencia.

Se considera un acierto la inclusión de indicadores que permitan medir el avance en la consecución de los objetivos transversales y sectoriales. Esta innovación en la manera en la que se establecieron los Programas derivados del PND vigentes permite establecer metas y medir el avance en el desempeño de los objetivos de la planeación nacional. Contar con indicadores orientados a resultados permite monitorear y tomar decisiones oportunas, cuando se observan avances modestos. Queda aún espacio para mejorar la definición de estos indicadores, pues algunos son más apropiados para medir la gestión gubernamental en lugar de los resultados estratégicos. Otros indicadores fueron pertinentes al momento de su definición, pero actualmente no pueden estimarse debido a que las instituciones (nacionales o internacionales) que generaban las fuentes de información decidieron no levantarlas, existen fuentes de información adicional que pueden mejorar su estimación, o en algunos casos, los indicadores no dan cuenta de las acciones de la dependencia pues su diseño resultó lejano al quehacer de las instituciones e influido por otros elementos de la dinámica nacional o internacional, que están fuera del control gubernamental.

Se definieron Programas de carácter Transversal que atienden temáticas que son responsabilidad de todos los sectores como el de igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres y el de democratización de la productividad. La implementación de estos programas de carácter transversal se enfrenta a dos retos. Los Programas Transversales se instrumentan a través de los Programas Sectoriales y para ello se definieron líneas de acción para cada una de las dependencias. Estas líneas de acción no necesariamente son las más adecuadas en términos de las atribuciones de la dependencia y las acciones que ya venían llevando a cabo. Aunado a esto, las dependencias priorizan la consecución de sus objetivos sectoriales al ser responsables directos de los mismos. Por ello, una mejor

forma de definir las líneas de acción transversales sería incorporarlas en los objetivos sectoriales permeando la política del sector, en lugar de definirlos de manera separada. El segundo reto es promover acciones que resulten en una mayor claridad sobre aquellos actores responsables de dar seguimiento a estas estrategias pero también claridad acerca de las funciones y responsabilidades de los coordinadores respecto de los programas transversales. En este sentido, la capacitación para implementar las estrategias transversales de extrema relevancia.

Bajo este contexto de hallazgos de aplicación generalizada, se espera que la información que se incluye en el presente documento permita mejorar la toma de decisiones estratégica.

II. Posición Institucional de la Secretaría de Salud

1. Uso de las recomendaciones de la evaluación

Cuadro A. Principales mejoras a realizar por la dependencia o entidad

Sección / Número de pregunta	Texto del Informe	Punto de vista de la dependencia o entidad	Acción de mejora realizada por la dependencia o entidad
I. Consistencia del Programa Sectorial	Revisar las disposiciones normativas establecidas para la elaboración de diagnósticos de programas sectoriales; considerar la importancia de una problematización adecuada y la identificación de la población que se ve afectada por la problemática a resolver.	Se considera que la disposición normativa para la elaboración de diagnósticos no es la más apropiada para el Sector Salud, ya que se limita a la identificación de problemas, cuando el ámbito de acción en los temas de salud es más amplio. El Sector no sólo resuelve problemas de salud. También promueve la salud y previene las enfermedades por ejemplo.	Ninguna
	Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud como cabeza de sector.	La recomendación es muy general. Tal y como está redactada no sugiere como llevarla a la práctica.	Ninguna
	Establecer mecanismos de seguimiento a las acciones incorporadas del PROIGUALDAD.	Esta recomendación podría considerarse para futuros ejercicios de planeación. No es viable instrumentarla a menos de dos años de concluir la actual administración.	Ninguna
	Reconsiderar la redacción de los cuatro OS restantes para enfocarlos también a producir resultados finales, e incluir en la redacción de los seis OS la población potencial o área de enfoque que se pretende atender.	Esta recomendación podría considerarse para futuros ejercicios de planeación. No es viable instrumentarla a menos de dos años de concluir la actual administración.	Ninguna
II. Coherencia en la alineación	Gestionar ante las instancias globalizadoras que los PP puedan vincular con más de un objetivo sectorial.	Esta recomendación podría considerarse para futuros ejercicios de planeación. No es viable instrumentarla a menos de dos años de concluir la actual administración.	Ninguna
	Redireccionar la vinculación del Pp E012 con el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social.	Esta recomendación rebasa el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud.	Ninguna
	Analizar la pertinencia de crear nuevos programas presupuestarios o redefinir el Propósito y/o agregar Componentes que permitan	Esta recomendación no se considera pertinente ni viable.	Ninguna

Sección / Número de pregunta	Texto del Informe	Punto de vista de la dependencia o entidad	Acción de mejora realizada por la dependencia o entidad
	eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.		
III. Pertinencia en la instrumentación	Gestionar la incorporación de PP con modalidades presupuestales diferentes de las SUBE, para el análisis social de la atención a la problemática en salud.	Esta recomendación rebasa el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud.	Ninguna
	Revisar la asignación presupuestal buscando equilibrar la asignación de recursos frente a la importancia de las acciones preventivas.	Se puede revisar la asignación presupuestal, pero es poco viable una reorientación en los términos que se plantea a menos de dos años de concluir la actual administración.	Se realizará un análisis sobre la asignación presupuestal, orientada a fortalecer las acciones preventivas.
IV. Medición de desempeño del Programa Sectorial	Ubicar en el contexto de un sistema nacional de información en salud, la incorporación de nuevos indicadores para evaluar, de manera más integral, el avance del Programa.	Esta recomendación podría considerarse para futuros ejercicios de planeación. No es viable instrumentarla a menos de dos años de concluir la actual administración.	Ninguna
	Revisar la construcción de los medios de verificación de los indicadores, como fundamento de los procesos de transparencia y de rendición de cuentas.	La evaluación ad hoc que se plantea en el PROSESA, se realizó en 2015. Los resultados pueden consultarse en: http://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-2015-para-el-seguimiento-de-los-indicadores?state=published	Ninguna, está atendida.
	Revisar las metas de los indicadores que no son factibles de alcanzarse y replantear las estrategias correspondientes, conforme a los recursos disponibles.	No se considera viable replantear estrategias nuevas a dos años de concluir la administración.	Se revisarán las metas con las áreas mayores de la Secretaría de Salud
	Analizar la pertinencia de crear nuevos programas presupuestarios o redefinir el Propósito y/o agregar Componentes que permitan eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.	Esta recomendación no se considera pertinente ni viable.	Ninguna
	Hacer explícito los canales de coordinación de los actores involucrados para la atención de los objetivos sectoriales, estrategias y	Esta recomendación podría considerarse para futuros ejercicios de planeación. No es viable instrumentarla a menos de	Ninguna

Sección / Número de pregunta	Texto del Informe	Punto de vista de la dependencia o entidad	Acción de mejora realizada por la dependencia o entidad
	líneas de acción, en el contexto de los PP en salud.	dos años de concluir la actual administración.	

2. Posición Institucional respecto de la evaluación

La evaluación del Programa Sectorial de Salud, coordinada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, fue un ejercicio útil y necesario, el cual permitió identificar áreas de oportunidad en la formulación de programas sectoriales. Por primera vez se incorporaron indicadores en este instrumento de planeación y se impulsó una evaluación más rigurosa. Por ello, se considera que la mayor utilidad de esta evaluación son las recomendaciones para mejorar el proceso de elaboración de los programas sectoriales de la administración pública federal en futuros ejercicios de planeación.

En términos generales se formulan los siguientes comentarios de las cuatro dimensiones de la evaluación realizada al PROSESA:

i) Consistencia del programa sectorial

Si bien el evaluador señaló que el diagnóstico del PROSESA debe explicitar la problemática que debe atender, el ámbito de acción del sector salud no puede evaluarse cabalmente con el enfoque propuesto por los términos de referencia, el cual se limita a identificar problemas.

ii) Coherencia en la alineación

Las recomendaciones se emiten en función de hacer cambios en la alineación de programas presupuestarios respecto al Programa Sectorial de Salud, pero que son competencia de otra instancia (Secretaría de Hacienda y Crédito Público). Si bien identifican vacíos que existen en la alineación, desafortunadamente no son ámbito de competencia de la Secretaría de Salud, por lo que se debería sugerir explícitamente llevar a cabo una planeación intersectorial conjunta delineando claramente las tareas de la Secretarías de Hacienda y Salud. Cabe mencionar que estas recomendaciones deberían aplicarse a futuros ejercicios de planeación, ya que no es factible hacer cambios a menos de dos años de que concluya la actual administración.

iii) Pertinencia de la instrumentación

Las recomendaciones de este apartado son competencia de otras instancias, como el CONEVAL y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Coincidimos con

el evaluador en que la insuficiencia presupuestal plantea un reto para atender todas las necesidades en salud del país.

iv) Medición del desempeño del programa sectorial

La incorporación de nuevos indicadores en el PROSESA no es factible de ser atendida, toda vez que la administración presente está a menos de dos años de concluir su gestión. Sin embargo, es importante señalar que los indicadores del PROSESA no son los únicos con los que se monitorean las acciones del Sector Salud. La Secretaría de Salud mide su desempeño a través de múltiples indicadores que están accesibles al público y pueden consultarse en diferentes medios electrónicos.

El equipo evaluador de la presente evaluación, mostró a lo largo del proceso, dominio de la temática relacionada con salud, lo que es de suma importancia, al tratarse de un sector complicado de evaluar. Asimismo se agradece la actitud abierta para recibir comentarios y ampliar la información, lo que permitió enriquecer los resultados de la evaluación.

Agradecemos al CONEVAL, la iniciativa para realizar evaluaciones como la presente, la cuales permiten identificar ventanas de oportunidad para futuros ejercicios de planeación y la elaboración de los siguientes Programas Sectoriales de Salud. Asimismo, se aprecia la retroalimentación permanente. Recomendamos para futuras evaluaciones de los programas sectoriales, realizarlas con más tiempo y llevarlas a cabo a la mitad del sexenio a diferencia de ésta que se realizó a los 4 años de la presente administración.

3. Comentarios específicos

3.1 Sobre los resultados de la evaluación

Las recomendaciones de la evaluación, en general, son poco específicas, por lo que es difícil atenderlas. Se sugiere que se realicen propuestas concretas para aumentar la viabilidad de ser llevadas a la práctica.

3.2 Sobre el proceso de la evaluación

Al no participar en la elaboración de los Términos de Referencia, y no contar con ellos hasta ya iniciada la evaluación, se produjeron algunos retrasos en la entrega de la información necesaria para realizar su análisis. Se sugiere para futuros ejercicios involucrar al área de evaluación de la dependencia, lo que permitiría contar con mayor claridad sobre los elementos requeridos por el evaluador para cumplir con sus responsabilidades.

Las reuniones de trabajo y las entrevistas fueron enriquecedoras para la evaluación, toda vez que permitieron complementar la información documental entregada. Se sugiere flexibilizar el formato, incluso con entrevistas en las unidades involucradas

para facilitar el flujo de comunicación. De igual forma, se recomienda entrevistar a los principales involucrados en el proceso de elaboración del PROSESA para futuros ejercicios de evaluación.

3.3 Sobre el desempeño del equipo evaluador

El equipo evaluador, al estar conformado por consultores con experiencia en evaluación de programas de salud y de haber participado en algún momento en el propio sector, permitió que valoraran en la dimensión adecuada las complicaciones del mismo. Se agradece la disposición de este equipo para establecer mecanismos de retroalimentación y ampliación de información los cuales enriquecieron este ejercicio de evaluación.

3.4 Sobre la institución coordinadora

Al ser proyectos programados, se les sugiere avisar a las dependencias sobre las actividades relacionadas, para que sean incorporadas en su programación de trabajo anual.

Finalmente, agradecemos tanto la iniciativa como la disposición del equipo en CONEVAL para la realización de la presente evaluación.

III. Evaluación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018

La evaluación está dividida en cuatro secciones: i) la consistencia del programa derivado del PND; ii) la coherencia en la alineación; iii) la pertinencia en la instrumentación, y iv) la medición del desempeño del programa derivado del PND. Estas secciones se analizaron a través de doce preguntas, pero también se incluye un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA). Las preguntas se diseñaron con base en la normatividad aplicable para la planeación nacional en la que destaca la Ley de Planeación, el Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y la Guía técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, emitida por la SHCP. La evaluación busca identificar cómo se puede mejorar la instrumentación de la planeación nacional.

La evaluación del Programa se realizó a través de un análisis de gabinete con base en la información que proporcionó la Dirección General Adjunta de Evaluación, a través de la Dirección de Análisis y Seguimiento de Resultados del CONEVAL. Esta documentación fue entregada por personal servidor público de la Secretaría de Salud (SS).

Con base en los Términos de Referencia (TDR), la evaluación se dividió en cuatro secciones y doce preguntas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Número de preguntas por sección

Tema de evaluación	Preguntas	Total
I. Consistencia del Programa Sectorial	De la 1 a la 4	4
II. Coherencia en la alineación	De la 5 a la 7	3
III. Pertinencia en la instrumentación	8	1
IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial	De la 9 a la 12	4
Total	12	12

Fuente: De acuerdo con los TDR establecidos para la evaluación.

Las preguntas se atendieron con base en un análisis de la evidencia documental correspondiente; se citaron de forma explícita los principales argumentos que fundamentan la respuesta.

Para cumplir con el objetivo específico 1, se revisó el diagnóstico del Programa para identificar la problemática y, posteriormente, se identificó la vinculación de la problemática (inferida) con los objetivos redactados en el Programa y se determinó la oportunidad y orientación a resultados de éstos.

Para atender el objetivo específico 2, se analizó la coherencia en la alineación de los PP vinculados con el Programa. Se basó en la identificación de las lógicas vertical y horizontal de los PP alineados. Se utilizaron las MIR y/o la normatividad aplicable a estos PP; así como programas de acción específicos (PAE), diagnóstico de PP y reglas de operación (ROP), según el caso.

Para atender el objetivo específico 3 se analizó, de forma integral, la vinculación de elementos del Programa; se propusieron mejoras en las vinculaciones de acuerdo con lo identificado en los objetivos específicos 1 y 2. Se consideró, además, un análisis de prioridades y de suficiencia, así como complementariedades y coincidencias entre PP.

Para cumplir con el objetivo específico 4, se revisó la existencia de instrumentos utilizados para medir el desempeño del Programa, si están actualizados y si son publicados oportunamente. Asimismo, se observó si existen formas de evaluación que influyan en las adecuaciones de la estructura programática del sector o cambios en la planeación estratégica.

Sección I. Consistencia del Programa Sectorial

1. En el diagnóstico de las problemáticas que atiende el Programa Sectorial existe: a. Una identificación clara y acotada del(os) problema(s) que pretende atender. b. Información sobre las causas, efectos y características de la población que presenta el problema. c. Información sobre las tendencias históricas de la problemática, de al menos cinco años previos, y sobre la situación actual. d. Políticas que han sido instrumentadas en México para resolver la problemática y sus resultados..

A. Identificación de la problemática

El apartado de diagnóstico del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, explica que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud funciona adecuadamente si se cumplen cuatro objetivos: 1. mejorar la salud de la población; 2. reducir las inequidades en salud; 3. proveer acceso efectivo con calidad y, 4. mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Se describe en qué medida se han logrado estos objetivos (PROSESA, 2013).

Se enuncian retos que enfrenta el sistema de salud mexicano, sin que de manera explícita se planteen como problemas centrales por atender. Ante esta consideración se propone una caracterización de la problemática que se infiere a

partir de dicho diagnóstico.¹² Se sintetiza como problemática central el acceso no efectivo a los servicios de salud.¹³

B. Información sobre los condicionantes del problema

En un primer planteamiento, los conceptos que se induce están relacionados con el problema, se citan de forma "textual" como se expresan en el diagnóstico (figura 1). En un segundo momento, estos conceptos se han redactado como determinantes del problema inferido (figura 2).

En ambos planteamientos, la organización de los conceptos se clasifican en cuatro temáticas: 1. población; 2. servicios; 3. rectoría de la Secretaría de Salud y, 4. recursos. La caracterización sigue una estructura similar a un "árbol del problema",

¹² El concepto de "problemática que se infiere" o el de "problemática inferida" y las diferentes acepciones del verbo "inferir" que se utilizan en esta evaluación, se refieren a aspectos y conceptos no explícitos en el apartado de diagnóstico del Programa. Significan una "interpretación" que el evaluador propone a partir de la información contenida en el diagnóstico.

¹³ Para una mejor comprensión de este enunciado y, de la citación posterior del mismo, se incluyen definiciones relacionadas con los conceptos que lo integran.

Acceso: El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario, cuando se requiere, en condiciones de cobertura efectiva (Ruelas, J) (Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud.).

Efectividad: Expresión cuantitativa de la magnitud en que fue logrado un objetivo. La cobertura efectiva implica: 1. disponibilidad; 2. eliminación de barreras (geográficas, culturales, económicas y sociales); 3. oportunidad (momento y tiempo); 4) aceptabilidad (satisfacción y respeto); contacto y uso real (primer contacto u otro) y servicios apropiados y efectivos.

Servicios de salud: Los que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud (Ruelas, J) (Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud.).

Calidad en la atención médica (enfoque médico-administrativo): Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento (Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud.).

Acceso efectivo a los servicios de salud: Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria (PROSESA, 2013).

Calidad de la atención en salud: Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en el paciente (con base en las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios) (PROSESA, 2013).

sin que pretenda atender la metodología de marco lógico; no se establece una relación de causalidad.¹⁴

Para el segundo planteamiento, a continuación se describen los conceptos que pudieran interpretarse como causas y efectos relacionados con el problema inferido; se incluyen propuestas de mejora en la redacción. Se señalan, con letra cursiva y sin color, aspectos que se adicionan por considerarse relacionados con la problemática de salud (figura 2).

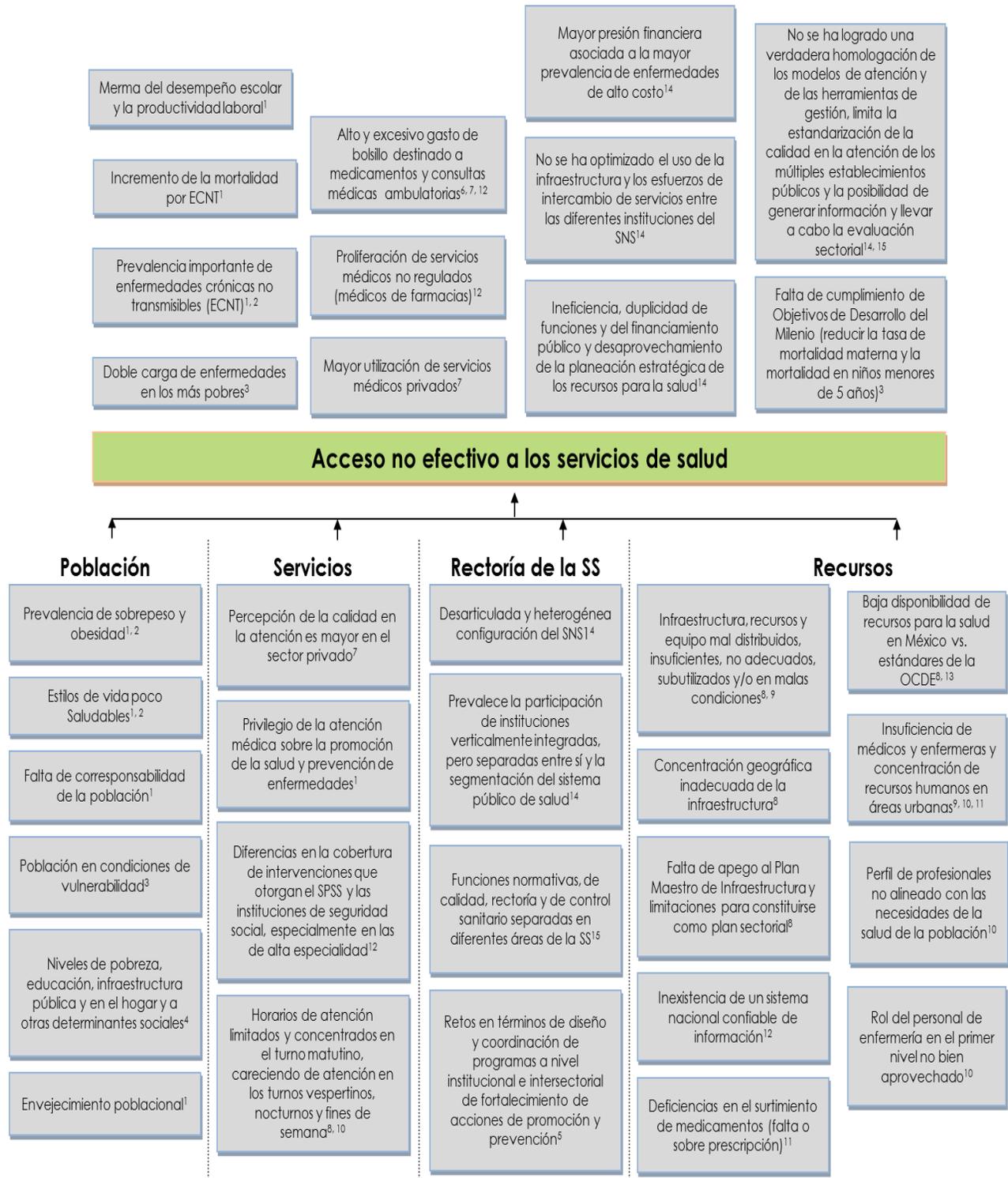
1. Temática de población

Se proponen mejoras en la redacción para cuatro de los seis conceptos ya mencionados en la Figura 1: 1. alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad; 2. estilos de vida no saludables; 3. falta de corresponsabilidad de la población; 4. población en condiciones de vulnerabilidad (mujeres, niños y grupos indígenas); 5. altos niveles de pobreza multidimensional; 6. el envejecimiento poblacional no se incluye como una causa, sino como un factor que condiciona una mayor demanda de servicios.

Se incorporan cuatro conceptos relacionados con esta temática: 7. alta incidencia y prevalencia de discapacidad, adicciones, accidentes y violencia; 8. incremento anual de la tasa de crecimiento poblacional de 2.2 millones de personas; 9. alta fecundidad en adolescentes y, 10. dispersión geográfica de la población.

¹⁴ De acuerdo con la Metodología de Marco Lógico, las causas reflejan una condición negativa que debe ser atendida para contribuir a la solución del problema.

Figura 1. Caracterización de la problemática contenida en el PROSESA

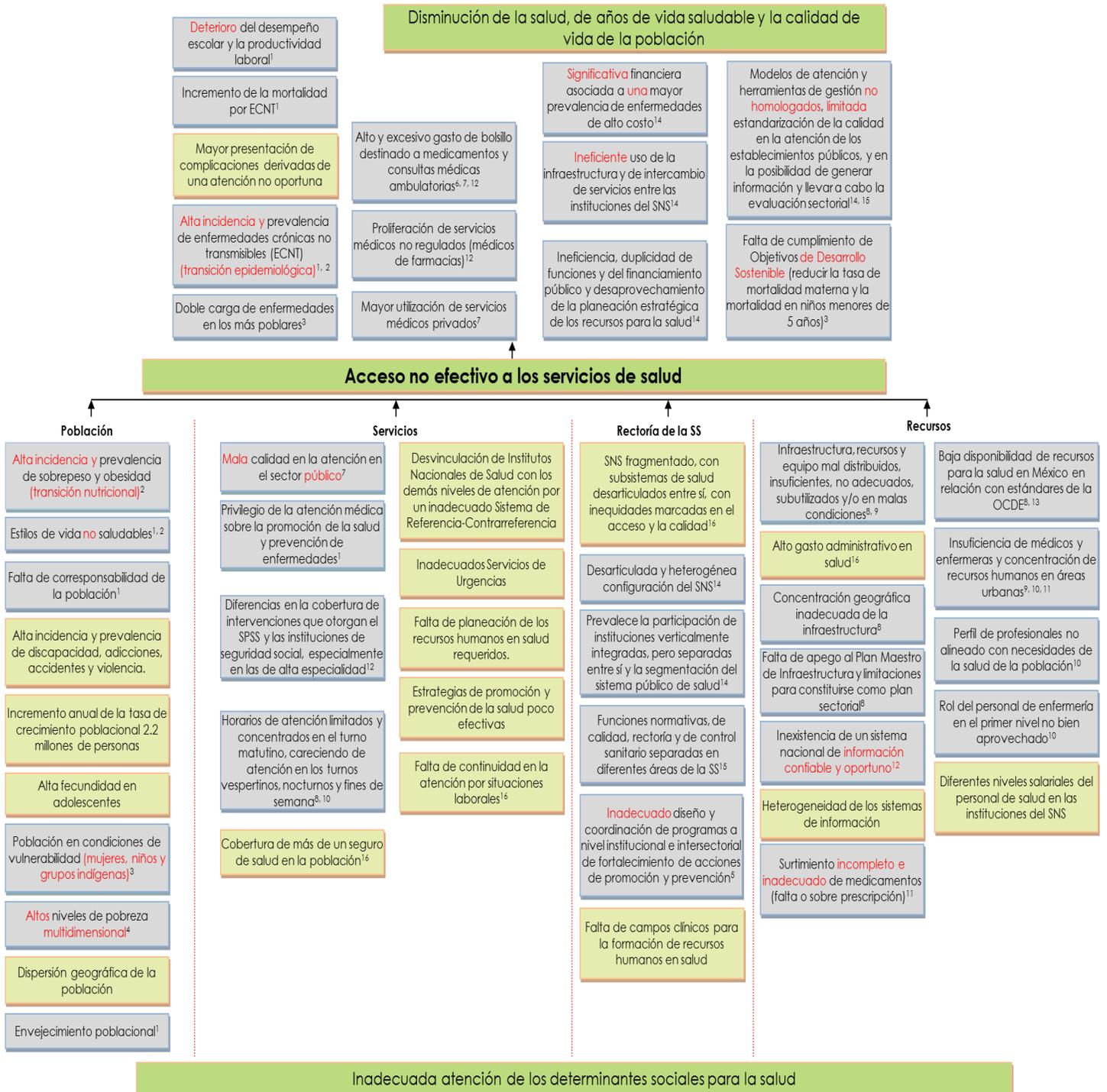


Fuente: Elaboración propia con base en el capítulo de Diagnóstico del PROSESA. (PROSESA, 2013)

Referencias en el apartado del Diagnóstico del PROSESA:

¹ p. 23. ² p. 25. ³ p. 26. ⁴ p. 28. ⁵ p. 29. ⁶ p. 31. ⁷ p. 32. ⁸ p. 33. ⁹ p. 34. ¹⁰ p. 35. ¹¹ p. 36. ¹² p. 37. ¹³ p. 38. ¹⁴ p. 39. ¹⁵ p. 40.

Figura 2. Caracterización de la problemática mejorada



Fuente: Elaboración propia a partir de la interpretación de la narrativa del capítulo de Diagnóstico del PROSESA. (PROSESA, 2013).

¹⁻¹⁵ Apartado del Diagnóstico del PROSESA 2013-2018: ¹ p. 23. ² p. 25. ³ p. 26. ⁴ p. 28. ⁵ p. 29. ⁶ p. 31. ⁷ p. 32. ⁸ p. 33. ⁹ p. 34. ¹⁰ p. 35. ¹¹ p. 36. ¹² p. 37. ¹³ p. 38. ¹⁴ p. 39. ¹⁵ p. 40.

¹⁶ OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. Resumen Ejecutivo y Diagnóstico y Recomendaciones. OCDE, 2016.

2. Temática de servicios

Se proponen mejoras en la redacción para una de las cuatro causas ya referidas en la Figura 1: 1. mala calidad en la atención en el sector público; 2. privilegio de la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades; 3. diferencias en la cobertura de intervenciones que otorgan el SPSS y las instituciones de seguridad social, especialmente en las de alta especialidad y, 4. horarios de atención limitados y concentrados en el turno matutino, careciendo de atención en los turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana.

Se incorporan seis conceptos relacionadas con esta temática: 5. cobertura de más de un seguro de salud en la población; 6. desvinculación de institutos nacionales de salud con los demás niveles de atención por un inadecuado sistema de referencia-contrarreferencia; 7. inadecuados servicios de urgencias; 8. falta de planeación de los recursos humanos en salud requeridos; 9. estrategias de promoción y prevención de la salud poco efectivas y, 10. falta de continuidad en la atención por situaciones laborales.

3. Temática de rectoría de la Secretaría de Salud

Se proponen mejoras en la redacción para uno de los tres conceptos ya mencionados en la Figura 1; se elimina uno de los establecidos en el diagnóstico: 1. La desarticulada y heterogénea configuración del sistema nacional de salud (SNS); 2. funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario separadas en diferentes áreas de la SS; e, 3. inadecuado diseño y coordinación de programas a nivel institucional e intersectorial de fortalecimiento de acciones de promoción y prevención.

Se incorporan dos conceptos relacionados con esta temática: 4. SNS fragmentado, con subsistemas de salud desarticulados entre sí, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad y, 5. falta de campos clínicos para la formación de recursos humanos en salud.

4. Temática de recursos

Se proponen mejoras en la redacción para dos de los nueve conceptos ya mencionados en la Figura 1: 1. infraestructura, recursos y equipo mal distribuidos, insuficientes, no adecuados, subutilizados y/o en malas condiciones; 2. concentración geográfica inadecuada de la infraestructura; 3. falta de apego al Plan Maestro de Infraestructura y limitaciones para constituirse como plan sectorial; 4. inexistencia de un sistema nacional de información confiable y oportuno; 5. surtimiento incompleto e inadecuado de medicamentos (falta o sobre prescripción); 6. baja disponibilidad de recursos para la salud en México en relación con estándares de la OCDE; 7. insuficiencia de médicos y enfermeras y concentración de recursos humanos en áreas urbanas; 8. perfil de profesionales no

alineado con necesidades de la salud de la población y, 9. rol del personal de enfermería en el primer nivel no bien aprovechado.

Se incorporan tres causas relacionadas con esta temática: 10. alto gasto administrativo en salud; 11. heterogeneidad de los sistemas de información y, 12. diferentes niveles salariales del personal de salud en las instituciones del SNS.

Se agrega una causa que es transversal a todas las temáticas: la inadecuada atención de los determinantes sociales para la salud.

Implicaciones de la problemática

En cuanto a los efectos relacionados con la problemática del acceso no efectivo a los servicios de salud, se proponen mejoras en la redacción de tres de ellos: 1. doble carga de enfermedades en los más pobres; 2. alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (transición epidemiológica); 3. incremento de la mortalidad por ECNT; 4. deterioro del desempeño escolar y la productividad laboral; 5. mayor utilización de servicios médicos privados; 6. proliferación de servicios médicos no regulados (médicos de farmacias); 7. alto y excesivo gasto de bolsillo destinado a medicamentos y consultas médicas ambulatorias; 8. ineficiencia, duplicidad de funciones y del financiamiento público y desaprovechamiento de la planeación estratégica de los recursos para la salud; 9. ineficiente uso de la infraestructura y de intercambio de servicios entre las instituciones del SNS; 10. significativa presión financiera asociada a una mayor prevalencia de enfermedades de alto costo y, 11. modelos de atención y de las herramientas de gestión no homologados, limitada la estandarización de la calidad en la atención de los múltiples establecimientos públicos y la posibilidad de generar información y llevar a cabo la evaluación sectorial.

Se agregan tres: 12. mayor presentación de complicaciones derivadas de una atención no oportuna; 13. falta de cumplimiento de las metas 4 y 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (reducir la tasa de mortalidad materna y la mortalidad en niños menores de 5 años) y, 14. disminución de la salud, de años de vida saludable y la calidad de vida de la población.

En el diagnóstico del Programa, no se identificó información alguna sobre las características de la población que presenta la problemática en salud.

C. Tendencias históricas de la problemática

En cuanto a información sobre tendencias históricas, de al menos cinco años previos, y sobre la situación actual, el diagnóstico contiene información de: la esperanza de vida (1940-2030); las principales causas de defunción (1980-2011); para 2010, analiza la distribución de la población con discapacidad por grupo de edad y sexo. Para 2011, se comparan los indicadores del estado de salud de México en relación con los de la OCDE, las principales causas de defunción por

grupos de edad, la tasa de mortalidad para las principales causas de muerte, tasa de mortalidad infantil y en menores de cinco años y la razón de mortalidad materna, en entidades con muy alto y muy bajo grado de marginación. Para 2012, se describe la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que confirman el incremento de estas enfermedades en la morbimortalidad del país. La situación que prevalece sobre estos fenómenos, es resultado de la actuación de todas las instituciones del SNS.

Se refiere información sobre el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud de México en comparación con países de la OCDE, para 2010. Compara la percepción de la calidad de los usuarios de servicios ambulatorios y hospitalarios del sector salud para los años 2006 y 2012 y la utilización de servicios por tipo de afiliación para el año 2012. Para el periodo 1995-2011, analiza la evolución del personal médico en contacto con los pacientes. Compara el surtimiento de medicamentos recetados por institución para los años 2006 y 2012. El gasto de bolsillo por rubro de gasto para 2012 y el gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, para 2011.

D. Políticas instrumentadas en relación con la problemática

El diagnóstico describe, de manera muy general, la instrumentación de políticas públicas y sus resultados; refiere avances en materia de control de riesgos sanitarios y de salud pública, como “la descentralización de responsabilidades, el incremento de recursos públicos para la salud y la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios” (PROSESA, 2013, pág. 29).

Se aborda la ampliación de la protección financiera a partir de 2004 con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la expansión de las intervenciones garantizadas de primero y segundo niveles de atención y el incremento del financiamiento de las intervenciones con recursos públicos, el aumento del gasto público en salud con respecto al producto interno bruto (PROSESA, 2013, pp. 30-38).

Se describen estrategias para acercar los servicios de salud a las comunidades de localidades alejadas y dispersas: expansión del Programa IMSS Oportunidades¹⁵, las unidades médicas móviles y el Programa de Cirugía Extramuros (PROSESA, 2013, p. 33).

2. ¿Existe una vinculación entre las problemáticas identificadas en el diagnóstico sectorial y la declaración de los objetivos sectoriales?

¹⁵ Hoy, IMSS-PROSPERA.

Como se mencionó, en el diagnóstico se enuncian retos que enfrenta el sistema de salud mexicano, sin que explícitamente se planteen como problemas centrales por atender con el PROSESA (ver respuesta 1). Con base en la problemática inferida se observa que las causas asociadas (organizadas por tema) se encuentran relacionadas, en mayor o menor medida, con alguno de los seis objetivos sectoriales (ver Anexo 1).¹⁷

Para identificar la vinculación entre la problemática y los objetivos sectoriales, se utiliza la clasificación propuesta en la Figura 2; esta relación se describe a continuación:¹⁸

Objetivo Sectorial 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este objetivo se ubica en la temática **Población**; las causas de la problemática con las que se identifica una relación son: 1. alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional); 2. estilos de vida no saludables; 3. falta de corresponsabilidad de la población; y, 4. altos niveles de pobreza multidimensional. Se ubica también el concepto de envejecimiento poblacional; si bien no es una causa, si es un determinante que ejerce presión sobre la protección y prevención de enfermedades.

Es claro que la diferencia entre la desagregación de las causas y la globalización de los objetivos, condiciona que la relación no se identifique de forma directa. Es explícita cuando se vinculan las causas con las estrategias de cada objetivo sectorial. Esta aseveración es válida para las relaciones que se analizan en esta sección.

En particular, las causas referidas se atienden por alguna de las siete estrategias establecidas para este objetivo sectorial. En conclusión, se infiere que el diagnóstico analiza de manera general la problemática que sustenta este objetivo sectorial 1.

Se observa que la causa referida sobre una alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional), también se atiende por los objetivos sectoriales 2 y 3.

Objetivo Sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

¹⁷ Si bien, en el diagnóstico del Programa no se plantea explícitamente la problemática de salud que se espera atender desde la perspectiva sectorial, para fines de atender lo establecido en los Términos de Referencia, se ha "inferido", a partir de la información contenida en el diagnóstico, un conjunto de causas que se agrupan bajo el concepto de problemática de salud. Con base en ésta, se construyen la respuesta de esta pregunta y las subsecuentes relacionadas con este mismo aspecto. A partir de esta pregunta, el concepto de problemática o problemática inferida, en cualquiera de sus acepciones, se ocupan como sinónimos.

¹⁸ Sólo se incluyen las causas contenidas en el diagnóstico, con las propuestas de mejora en su conceptualización.

Este objetivo se relaciona con tres de las temáticas, a través de las siguientes causas:

Población: 1. alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional).

Servicios: 1. mala calidad en la atención en el sector público; 2. privilegio de la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades y, 3. horarios de atención limitados y concentrados en el turno matutino, careciendo de atención en los turnos vespertino, nocturno y fines de semana.

Recursos: 1. surtimiento incompleto e inadecuado de medicamentos (falta o sobre prescripción).

En particular, las causas referidas se atienden por alguna de las siete estrategias establecidas para este objetivo sectorial. Se infiere que el diagnóstico analiza de manera general la problemática que sustenta este objetivo sectorial 2.

Se observa que la causa referida sobre una alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional), también se atiende por los objetivos sectoriales 1 y 3.

Objetivo Sectorial 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este objetivo se relaciona con dos temáticas, a través de las siguientes causas:

Población: 1. alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional).

Rectoría de la SS: 1. funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario separadas en diferentes áreas de la SS.

En particular, las causas referidas se atienden por alguna de las siete estrategias establecidas para este objetivo sectorial. Se considera que en el diagnóstico se analiza de manera limitada la problemática que sustenta este objetivo sectorial 3.

Se observa que la causa referida sobre una alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad (transición nutricional), también se atiende por los objetivos sectoriales 1 y 2. La causa mencionada sobre las funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario fragmentadas en diferentes áreas de la SS, también se atiende con el objetivo sectorial 5.

Objetivo Sectorial 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Este objetivo se ubica en la temática **Población**, a través de la causa: 1. población en condiciones de vulnerabilidad (mujeres, niños y grupos indígenas).

En particular, se atiende por alguna de las siete estrategias establecidas para este objetivo sectorial. Se considera que el diagnóstico analiza de manera limitada las causas que sustenta este objetivo sectorial 4.

Objetivo Sectorial 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este objetivo se ubica en la temática **Recursos**, a través de las siguientes causas: 1. infraestructura, recursos y equipo mal distribuidos, insuficientes, no adecuados, subutilizados y/o en malas condiciones; 2. concentración geográfica inadecuada de la infraestructura; 3. falta de apego al Plan Maestro de Infraestructura y limitaciones para constituirse como plan sectorial; 4. baja disponibilidad de recursos para la salud en México en relación con estándares de la OCDE; 5. insuficiencia de médicos y enfermeras y concentración de recursos humanos en áreas urbanas; 6. perfil de profesionales no alineado con necesidades de la salud de la población y, 7. rol del personal de enfermería en el primer nivel de atención, no bien ocupado.

En particular, las causas referidas se atienden por alguna de las cinco estrategias establecidas para este objetivo sectorial. Se considera que el diagnóstico analiza de manera general la problemática que sustenta este objetivo sectorial 5.

Objetivo Sectorial 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Este objetivo se vincula con tres de las temáticas, a través de las siguientes causas:

Servicios: 1. diferencias en la cobertura de intervenciones que otorgan el SPSS y las instituciones de seguridad social; especialmente las de alta especialidad.

Rectoría de la SS: 1. desarticulada y heterogénea configuración del SNS; 2. prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas, pero separadas entre sí y la segmentación del sistema público de salud; 3. funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario separadas en diferentes áreas de la SS y, 4. inadecuado diseño y coordinación de programas a nivel institucional e intersectorial de fortalecimiento de acciones de promoción y prevención.

Recursos: 1. inexistencia de un sistema nacional de información confiable y oportuno.

En particular, las causas referidas se atienden por alguna de las seis estrategias establecidas para este objetivo sectorial. Se concluye que el diagnóstico analiza de manera general la problemática que sustenta este objetivo sectorial 6.

Se observa que la causa referida sobre las funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario fragmentadas en diferentes áreas de la SS, también se relaciona con el objetivo sectorial 3.

El análisis descrito con anterioridad muestra que, en general, la problemática inferida a partir del diagnóstico del Programa, sí se vincula con los objetivos sectoriales. Esto representaría una lógica de planeación ascendente, donde la problemática identificada sirve de sustento para el establecimiento de objetivos estratégicos.

El análisis en el sentido de una lógica descendente, muestra que los objetivos sectoriales cuentan con un sustento, en términos de causas que originan el problema, referido en el diagnóstico. Se reiteran las observaciones formuladas en esta respuesta y las referidas en la pregunta 1.

De forma complementaria, se realizó el análisis de vinculación entre los OS y las estrategias definidas para la implementación de dichos objetivos. Se identificó lo siguiente:

Objetivo Sectorial 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. En las estrategias definidas, el alcance determinado no describe una orientación hacia la consolidación de acciones que es la esencia identificada en el objetivo sectorial. Las estrategias descritas se asocian con un objetivo que estaría orientado a “promover las acciones [...]” más que a “consolidar las acciones”.

Objetivo sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. La lectura del objetivo puede interpretarse como que el acceso efectivo a los servicios de salud ya no es el problema; el fin es que los servicios de salud sean de calidad. La revisión transversal de las estrategias refiere que sí buscan atender un problema de acceso a los servicios de salud, con independencia que sean o no, de calidad. La redacción del objetivo sectorial se considera ambigua, si el problema a resolver es que el acceso a los servicios de salud sea efectivo y de calidad, sería más adecuado expresar el objetivo como: asegurar que el acceso a los servicios de salud sea efectivo y de calidad.

Objetivo sectorial 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. Se identifica, de forma a priori, una relación de pertinencia entre las estrategias planteadas y el objetivo sectorial analizado.

Objetivo sectorial 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Las estrategias están orientadas a atender problemas de salud en grupos prioritarios de la población; sin que se identifique un enfoque de acciones afirmativas, como factor central de medidas antidiscriminatorias (ver Anexo 1-A).¹⁹ El objetivo sectorial no precisa su orientación a grupos prioritarios; dejarlo abierto limita la correspondencia entre lo esperado y lo realizado.

¹⁹ Las acciones afirmativas son las medidas especiales, específicas y de carácter temporal, a favor de personas o grupos en situación de discriminación, cuyo objetivo es corregir situaciones patentes

Objetivo sectorial 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. Las estrategias están orientadas solamente al uso efectivo de los recursos en salud; la finalidad de asegurar la generación de recursos no está siendo atendida.

Objetivo sectorial 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. La revisión de las estrategias no permite identificar cómo se logrará la construcción de un sistema nacional de salud universal.

El análisis transversal de los seis objetivos sectoriales, permitió identificar que los objetivos 1 y 3 representan la visión estratégica de la política nacional de salud en relación con la protección, promoción y prevención de la salud para reducir los riesgos que afronta la salud de la población. El objetivo 4 busca atender las brechas en salud que caracterizan a grupos de población prioritarios; es una focalización poblacional de los objetivos 1 y 3. Estos tres objetivos pueden ser considerados como sustantivos de la política nacional de salud.

Los objetivos 2 y 5 son adjetivos; son condiciones que deben prevalecer en la prestación de los servicios: que sean de calidad y que los recursos sean suficientes y se apliquen de forma eficiente.

El objetivo sectorial 6 es de nivel instrumental; para lograr los cinco objetivos anteriores se requiere un sistema único (universal) de salud bajo una rectoría única. Esta relación de complementariedad identificada entre los objetivos, explica en gran medida, la naturaleza distinta de los PP que se analizan.

de desigualdad en el disfrute o ejercicio de derechos y libertades, aplicables mientras subsistan dichas situaciones (DOF, 2014).

3. El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD) señala que los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal deben incluir la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas a favor de la igualdad de oportunidades). Identificar si el Programa Sectorial incluye esta estrategia transversal con los siguientes criterios:

a. La perspectiva de género y las acciones afirmativas se establecen de manera explícita, para esto identificar cómo están incorporadas las líneas de acción del Programa PROIGUALDAD a los objetivos del Programa Sectorial evaluado.

En cinco de los seis objetivos sectoriales del PROSESA, se incluye un apartado específico para la Estrategia Transversal para la Perspectiva de Género (ETPG) determinada por el Programa PROIGUALDAD; a estos cinco apartados, se trasladaron 31 líneas de acción obtenidas de forma directa del Programa PROIGUALDAD (PROIGUALDAD, 2013). De éstas, dos líneas de acción (1.2.2 y 1.2.4) no le fueron asignadas a la SS y se han retomado en el PROSESA.

Adicional a estas líneas de acción distribuidas en los apartados de estos cinco objetivos sectoriales, existen 14 líneas de acción para la igualdad de género en otro apartado relativo a las estrategias transversales que se relacionan con el objetivo 6 del PROIGUALDAD para la transversalización de la perspectiva de género, como política interior para las instituciones de salud.

Así, el PROSESA suma en total 45 líneas de acción que son retomadas directamente del PROIGUALDAD, y que siguen un orden lógico según la naturaleza de los objetivos planteados para el sector salud. No obstante, hay 8 líneas de acción de PROIGUALDAD que no se cubren con el PROSESA y que le correspondería incorporar. Estas estrategias, su mayoría, se refieren a temas relacionados con violencia de género; a la Secretaría de Salud le toca promover el modelo de atención. Otras, refieren observatorios ciudadanos; prácticamente, no hay espacios en los centros de salud que promuevan la participación activa de las usuarias; en el mejor de los casos existen grupos de apoyo. También se incluyen temáticas referentes a la inserción de las trabajadoras de la salud, con políticas institucionales que analicen las responsabilidades asignadas entre mujeres y hombres y que el sector salud no ha considerado.

Además de las 45 líneas de acción del PROIGUALDAD ya mencionadas, en el total de las 274 líneas de acción que conforman el Programa sectorial, se incluyeron 63 líneas de acción que explícitamente expresan una perspectiva de género; mismas que podrían llegar a 79, si se consideraran 16 líneas de acción que, si bien no son explícitas, son relevantes para las políticas de igualdad.

En resumen, el PROSESA incluye 45 líneas de acción directas del PROIGUALDAD, más 63 líneas de acción planteadas y aportadas desde el propio sector salud; un total de 108 líneas de acción explícitas para promover la igualdad de género. Éstas representan el 39.4 por ciento del total de líneas de acción del PROSESA.

Este porcentaje es relevante y refleja un esfuerzo encomiable; aunque persisten retos que a pesar de ser reconocidos en el diagnóstico, no se traducen en líneas de acción específicas que los subsanen. Es el caso, por ejemplo, de que el personal de enfermería se mantenga "*fungiendo como auxiliar del personal médico*"; es decir, en una posición subordinada (PROSESA, 2013, pág. 35).

Otro reto fundamental está en el porcentaje de cesáreas practicadas en el sector salud, el cual sobrepasa los estándares internacionales en forma sustantiva y que el mismo diagnóstico resalta como un factor con incidencia en la productividad. No se hallaron líneas de acción que atiendan esta cuestión (la línea de acción 1.5.9 "Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros", no es precisa); es recomendable profundizar en el análisis del diagnóstico con las acciones a determinar.

En general, todas las líneas de acción relativas a la perspectiva de género, se concentran en los aspectos más evidentes para la salud de las niñas y mujeres como son la violencia familiar y escolar, la salud sexual y reproductiva, y los hábitos alimentarios. Se dejan fuera otros temas relevantes como la violencia obstétrica y geriátrica, la interrupción legal del embarazo o la anticoncepción masculina. Conviene recordar que la salud de las mujeres rebasa su función reproductiva y que es necesario resaltar también las particularidades de la salud en los hombres.

Para medir el avance de este Programa se establecieron 16 indicadores; cinco están vinculados a la perspectiva de género de manera fehaciente (incluyendo la tasa de mortalidad infantil porque se considera parte del binomio materno infantil).

Hay otros siete indicadores que pueden ser susceptibles de desagregación por sexo: porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año; prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad; tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo; tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor (ATVM); tasa de mortalidad por riesgos de trabajo; porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud; porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica.

b. La perspectiva de género incluida en el Programa Sectorial promueve la reducción de las brechas de desigualdad de género.

El diagnóstico refiere diez brechas de desigualdad de género; tres son también socioeconómicas: esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y razón de

mortalidad materna. Sólo las dos últimas forman parte del conjunto de 16 indicadores de medición antes mencionados y son intragenéricas. Prácticamente, todas estas brechas guardan correspondencia con el diagnóstico del PROIGUALDAD.

Cuadro 2. Brechas de género (comparativo)

PROIGUALDAD	PROSESA
	1. Esperanza de vida al nacer ambos sexos; Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos
	2. Tasa de mortalidad infantil en entidades de bajo y muy alto grado de marginación; Tasa de mortalidad infantil <5 en entidades con muy bajo y muy alto grado de marginación
Razón de Mortalidad Materna	3. Razón de Mortalidad Materna
Nacimientos por Cesárea en mujeres de 20 a 49 años	4. Porcentaje de Cesáreas
Fecundidad adolescente	5. Tasa de fecundidad
Prevención de cáncer CaMa y CaCu: Prueba de Papanicolaou	6. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino
	7. Diagnóstico previo de diabetes mellitus en adultos por sexo
	8. Hipertensión en adultos por sexo
Sobrepeso y obesidad en mujeres	9. Sobrepeso y obesidad en adultos; adolescentes; y niños por sexo
Discapacidad	10. Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupo de edad y sexo

Nota. El diagnóstico del PROIGUALDAD contiene 28 indicadores de salud, de los cuales el PROSESA tiene 8 similares como los que arriba se muestran. Algunos son por sexo y los demás intragenéricos.

En relación con la promoción de la reducción de las brechas de desigualdad de género, debe señalarse que, aunque existen 13 líneas de acción del PROSESA directamente relacionadas con la violencia contra las mujeres (4.7 por ciento del total de líneas de acción del PROSESA), y que el indicador *mujeres víctimas de violencia atendidas en refugios y centros de justicia* del PROIGUALDAD vincula a la SS, se carece de algún indicador específico para este tema.²⁰ Las acciones para responder a esta problemática se reducen básicamente a violencia familiar y, en menor medida a la escolar, de tal forma que no incorpora otros ámbitos de violencia.

El conjunto de 35 líneas de acción relativas a la salud sexual y reproductiva, (12.7 por ciento del total del Programa) se traducen en tres de los 16 indicadores de

²⁰ Más que brecha de desigualdad, en este caso proceden las tasas de violencia.

medición de avance: tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, y porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical. Los tres se reducen a la maternidad, ignorando la parte de la sexualidad u otros aspectos de género.

Una de las 14 líneas de acción de la ETPG: *Promover acciones afirmativas en los programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales, acordes con el PROIGUALDAD*, no tiene sentido de ser incluida literalmente, ya que su finalidad consiste más bien en mandar al sector salud a que desarrolle expresamente dichas acciones afirmativas, entendidas como aquellas medidas especiales de carácter temporal destinadas a cerrar brechas de desigualdad; estratégicas.

La línea 1.3.9 *Promover la transversalidad de la igualdad de género en estatutos, normas, procedimientos y plataformas políticas de los partidos*, está fuera de lugar; está dirigida a partidos políticos y no al sector salud.

4. Identificar si el Programa Sectorial presenta objetivos con los siguientes criterios: a. Se establecen como una declaración de resultados. Los objetivos sectoriales describen la solución a una problemática social, es decir presentan el beneficio concreto que buscan obtener y no están expresados en términos de gestión y servicios, no refieren a la entrega de bienes, servicios o acciones de gestión. b. Incluyen a la población potencial o área de enfoque. Existe una afirmación precisa de la población o área geográfica que se pretende atender.

El análisis del contenido de los objetivos permitió observar que sólo dos de los objetivos sectoriales están orientados a resultados; ninguno de ellos incluye en su redacción a la población potencial o área de enfoque que se pretende atender (ver anexo 2).

Objetivo Sectorial 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este OS no está orientado a resultados: que la gente esté sana o no se enferme. La protección, promoción de la salud y la prevención de enfermedades, son estrategias que contribuyen al control de los determinantes sociales y que la población asuma la responsabilidad del autocuidado de su salud. Esta es una de las estrategias centrales de la política nacional de salud, para que la población mejore sus condiciones de salud o que esté sana.

Áreas de Mejora:

1. Orientar el alcance del objetivo hacia el resultado que se logra con las acciones de protección.
2. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Objetivo Sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Este OS no está orientado a resultados; el acceso a los servicios de salud con calidad, no asegura como resultado final que la población mejore sus condiciones de salud.

Áreas de Mejora:

1. Orientar el alcance del objetivo hacia el resultado que se logra con un acceso efectivo a los servicios de salud.
2. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Objetivo Sectorial 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este OS está orientado a resultados; la reducción de riesgos es estratégica en la política nacional de salud; tiene como finalidad que la población mejore sus condiciones de salud.

Áreas de Mejora:

1. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Objetivo Sectorial 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Este OS está orientado a resultados; la atención de los rezagos en salud de la población en las condiciones de vulnerabilidad, es una de las estrategias centrales de la política nacional de salud.

Áreas de Mejora:

1. Mejorar la redacción del objetivo incorporando a los grupos vulnerables que se atenderán.
2. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Objetivo Sectorial 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este OS no está orientado a resultados; que los recursos sean suficientes y se apliquen de forma eficiente, no asegura que la población mejore sus condiciones de salud o mantenga su salud.

Áreas de Mejora:

1. Orientar el alcance del objetivo hacia el resultado final que se logra con una generación adecuada de recursos y un uso eficiente de dichos recursos para asegurar que la población se mantenga sana o mejore sus condiciones de salud.
2. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Objetivo Sectorial 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

No es un OS orientado a resultados; la construcción de un Sistema de Salud Universal, no asegura que la población tenga acceso efectivo a los servicios de salud y mejore sus condiciones de salud.

Áreas de Mejora:

1. Orientar la redacción del objetivo hacia el resultado final que se espera con un Sistema Nacional de Salud: que la población se mantenga sana.
2. Incorporar la población potencial en la redacción del objetivo.

Sección II. Coherencia en la alineación

5. ¿Las matrices de indicadores para resultados (MIR) de los programas presupuestarios presentan una vinculación con el Programa Sectorial?

El análisis de vinculación de las matrices de indicadores para resultados 2016 (MIR) de 37 programas presupuestarios (PP) con el PS, muestra resultados importantes, tanto en visión de la sintaxis (nivel de Fin) como de la lógica (nivel de Propósito) (Anexo 3). De estos 37 PP, 25 son de la SS, de modalidad presupuestaria B, E, P, S y U; cinco, del ISSSTE, de modalidad presupuestaria E y K (proyectos de inversión) y, siete, del IMSS, de modalidad presupuestaria E y K. En un primer análisis se presentan los resultados para la vinculación de sintaxis.²¹

²¹ En la vinculación de sintaxis se identifica si la MIR del PP presenta un Fin asociado a un objetivo sectorial con la siguiente sintaxis: Contribuir + objetivo del programa + mediante o a través + solución del problema (propósito del programa presupuestario).

Vinculación de sintaxis

Los 37 programas presupuestarios (PP) están relacionados directa o indirectamente con los seis objetivos sectoriales.

La normatividad para la construcción de la sintaxis en la redacción del objetivo de nivel de Fin de la MIR de cada PP establece que se conforme por cuatro partes: 1. contribuir + 2. objetivo del programa sectorial + 3. mediante o a través de + 4. solución del problema (propósito del programa presupuestario).

De acuerdo con la legislación aplicable,²² los PP están obligados a incorporar en la redacción del objetivo de nivel de Fin de la MIR, el objetivo sectorial con el que se encuentran alineados (SHCP, 2013) (SHCP, 2016) (SHCP, S/Fa); bajo este mandato normativo, los 37 PP cumplen con los tres primeros criterios de sintaxis. Para el cuarto criterio, la mayoría de los programas presentan deficiencias con la incorporación del objetivo de Propósito de la MIR en el objetivo de Fin; los detalles de estas áreas de oportunidad se encuentran en el Anexo 2.

Vinculación Lógica

El resumen permite identificar que los seis OS tienen vinculación lógica con alguno de los 37 PP. El 72.7 por ciento de los programas (27 PP) tienen una vinculación lógica con los objetivos sectoriales; el Propósito de los otros diez PP no contribuye al logro del objetivo sectorial. Cinco PP se vinculan con más de un objetivo sectorial a través de uno o más de sus Componentes; el PP E036 Programa de vacunación se vincula con los objetivos 1 y 4; el PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, se vincula con los objetivos 2, 3, y 6; el PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva, se vincula con los objetivos 1, 2 y 4; el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica, se vincula con los objetivos 2 y 4 y, el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes se vincula con los objetivos 1, 2 y 3.

El PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se relaciona con el PROSESA.

En la vinculación lógica se observa si el Propósito del PP contribuye al logro del Fin. Si lo que se espera lograr con el PP contribuye al logro del objetivo sectorial (Fin).

²² Lineamientos para dictaminar dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (numeral 30). Guía técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (p. 15) y Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores ara Resultados de los Programas presupuestarios 2016 (numeral 14).

El PP S201 Seguro Médico Siglo XXI se vincula de manera errónea con el objetivo sectorial 1; su vinculación correcta, de acuerdo con las reglas de operación, es con el objetivo sectorial 6.

El presupuesto total asignado en 2016 a 35 de los 37 PP del sector salud (SS, IMSS, ISSSTE) es de 365,272.83 mdp; representa el 83.93 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa (435,187.17 mdp).²³

El análisis del presupuesto asignado en 2016 por objetivo sectorial (OS), muestra que: el OS2, tiene el mayor presupuesto asignado, 65.2 por ciento; el OS6, 23.5 por ciento; el OS5, el 6.5 por ciento; el OS1, el 3 por ciento; el OS 4, el 1 por ciento y el OS3, 0.5 por ciento. Bajo esta lógica, el OS2 es el de mayor prioridad presupuestal; muestra que se dedican más recursos a la atención médica que incluye acciones curativas y preventivas. En resumen, los tres objetivos sustantivos (OS1, OS3 y OS4), reciben 4.5 por ciento del presupuesto total del Programa. Este resultado requiere revisar la limitación de clasificar los PP en un solo OS.

Cabe aclarar que el presupuesto asignado para 2016 de los PP que se vinculan con más de un objetivo sectorial, se contabilizó en el objetivo sectorial con el cual el PP se encuentra alineado a través del objetivo de Fin.

El análisis por objetivo sectorial muestra los siguientes resultados:

Objetivo Sectorial 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este objetivo se vincula con diez PP; siete de la SS, uno del ISSSTE y dos del IMSS; cinco de la modalidad presupuestaria E (prestación de servicios públicos), 3 de la P (planeación, seguimiento y evaluación de PP presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva (vinculado al objetivo sectorial 4 en el objetivo de nivel de Fin). El 90 por ciento de los programas tienen una vinculación lógica de objetivos de Propósito con el OS, con excepción del PP E012 Prestaciones sociales del IMSS, que no se relaciona con el PROSESA; se relaciona con satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de los derechohabientes, diferentes a los de salud (ver anexo 5-A). El detalle de la justificación de esta vinculación se encuentra en el Anexo 3. El presupuesto asignado al sector salud para este objetivo sectorial es de 11,136.05 mdp que representa el 3 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

²³ No se contó con el presupuesto de los siguientes PP: B002 Producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos y K029 Programas de adquisiciones.

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Este objetivo se vincula con diez PP; ocho de la SS, uno del ISSSTE y uno del IMSS; uno de la modalidad presupuestaria B (producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos), tres de la E, uno de la G (regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica), uno de la P, dos de la S (sujetos a reglas de operación) y dos de la U. También se relaciona con los PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva (vinculado al objetivo sectorial 4 en el objetivo de Fin) y el U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (vinculado al objetivo sectorial 1 en el objetivo de Fin). Cinco PP tienen una vinculación lógica del objetivo de Propósito con el objetivo sectorial (ver anexo 5-A); los demás presentan problemas en la narrativa de los objetivos de Propósito y de Fin por lo que no es clara su vinculación; el detalle de la justificación de este hallazgo se encuentra en el Anexo 3. El presupuesto asignado a la SS para este objetivo sectorial es de 239,148.33 mdp que representa el 65.5 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este objetivo se relaciona con tres PP; dos de la SS y uno del IMSS. Uno de modalidad presupuestaria E, uno de la G y uno de la U. También se relaciona con el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, que se vincula con el objetivo sectorial 1 en el objetivo de Fin de la MIR (ver anexo 5-A); el detalle de la justificación de esta vinculación se encuentra en el Anexo 3. El presupuesto asignado al sector salud para este objetivo sectorial es de 1,704.66 mdp que representa el 0.5 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Este objetivo tiene una vinculación con ocho PP todos de la SS; tres de la modalidad presupuestaria E, uno de la P y cuatro de la S. Se identifica una relación con el PP E036 Programa de Vacunación (alineado con el objetivo sectorial 1, en su objetivo de Fin) y con el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica (vinculado al objetivo sectorial 2 en el objetivo de Fin). El 100 por ciento de programas tienen una vinculación lógica del objetivo de Propósito con el objetivo sectorial (ver anexo 5-A); el detalle de la justificación de esta vinculación se encuentra en el anexo 3. Cabe mencionar que en el Diagnóstico del PP E041 Protección y restitución de los

derechos de las niñas, niños adolescentes, se hace referencia a que este PP no se alinea con el PROSESA.

"El Sistema Nacional DIF, responsable de este PP, es un organismo público descentralizado coordinado por la Secretaría de Salud, dependencia responsable del Programa Sectorial de Salud; sin embargo, la creación de este PP, si bien forma parte de la estructura programática sectorial, en razón de la coordinación que ejerce esa Secretaría respecto del organismo, no encuentra cabida en los objetivos del Programa Sectorial. Se vincula al Programa Nacional de Asistencia Social 2014–2018, Objetivo 2. Salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes y coordinar acciones que contribuyan al respeto, protección, atención y ejercicio efectivo de los mismos" (SS, S/F).

El presupuesto asignado para este objetivo sectorial es de 3,747.77 MDP; representa el 1.0 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este objetivo se vincula con siete PP; dos de la SS, tres del ISSSTE y dos del IMSS. Cuatro de modalidad presupuestaria E y tres de la K (proyectos de inversión). Cuatro de ellos tiene una vinculación lógica del objetivo de Propósito con el objetivo sectorial (ver anexo 5-A). El detalle de la justificación de este hallazgo se encuentra en el anexo 3. El presupuesto asignado a la SS para este objetivo sectorial es de 23,563.81 mdp; representa el 6.5 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Este objetivo se vincula con seis PP; cinco de la SS y uno del IMSS; uno de las modalidades presupuestarias E y G respectivamente; dos de la P, uno de la S y otro de la U. Cinco PP tienen una vinculación lógica del objetivo de Propósito con el objetivo sectorial (ver anexo 5-A); el detalle de la justificación de este hallazgo se encuentra en el anexo 3. Se identifica una relación con el PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (alineado con el objetivo sectorial 2, en su objetivo de Fin). El PP S201 Seguro Médico Siglo XXI, no tiene una vinculación lógica; el objetivo de Fin de la MIR lo vincula con el objetivo sectorial 1 y las Reglas de Operación lo alinean con el objetivo sectorial 6. El presupuesto asignado para este objetivo sectorial es de 85,972.21 mdp que representa el 23.5 por ciento del total de recursos con los que se operacionaliza el Programa.

6. ¿Las estrategias de cada objetivo sectorial se pueden vincular a los programas presupuestarios? Si existen estrategias que no se encuentran cubiertas por programas presupuestarios ¿se identifican otras intervenciones del gobierno dentro del mismo sector u otro que atiendan dichas estrategias?

Los seis objetivos sectoriales del Programa se operacionalizan con un total de 39 estrategias sectoriales (ES); éstas se implementan con 37 programas presupuestarios y 32 programas de acción específicos. El análisis de la relación de estas ES con los 17 PP de salud relacionados con el desarrollo social (PP), identificó una vinculación incompleta. Tres PP se vinculan al objetivo sectorial 4 (cerrar brechas en salud), sin estrategias intermedias: E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños adolescentes, PP S251 Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente" y S272 Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad.

Destaca que el objetivo sectorial 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, no se vincula con alguno de los PP de salud considerados como de desarrollo social. Cinco PP, se vinculan con más de un objetivo sectorial a la vez; el PP E036 Programa de vacunación, se alinea con el objetivo sectorial 1 y se relaciona con el objetivo sectorial 4; el G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica se alinea con el objetivo sectorial 2 y relaciona con los objetivos sectoriales 3 y 6; el PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva, se vincula con el objetivo sectorial 4 y se relaciona con los objetivos sectoriales 1 y 2; el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica se alinea con el objetivo sectorial 2 y se relaciona con el objetivo sectorial 4 y, el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes se alinea con el objetivo sectorial 1 y se relaciona con los objetivos sectoriales 2 y 3.

Las estrategias que no se vinculan con los 17 PP considerados como de desarrollo social, se relacionan con veinte programas presupuestarios adicionales: ocho de la Secretaría de Salud (SS) de modalidad presupuestaria B (producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos), G (regulación y supervisión), y P (planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas); cinco del ISSSTE y siete del IMSS de modalidades presupuestarias E (prestación de servicios públicos) o K (proyectos de inversión). O con 32 Programas de Acción Específicos (PAE) de la SS que si bien se encuentran alineados con los objetivos, estrategias sectoriales y programas presupuestarios, se desconoce cómo se operacionalizan; no tienen presupuesto asignado.

Respecto a la coherencia de la vinculación de los PP, se encontró que 32 PP cumplen con este criterio; hay coincidencias en los objetivos de nivel de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias de los objetivos sectoriales. De los cinco PP restantes, cuatro de ellos se vinculan con el objetivo sectorial correspondiente de forma directa, sin una estrategia sectorial intermedia y uno no se relaciona con el PROSESA; la estrategia 6.6 no se vincula con algún PP o PAE.

Cabe destacar que de las 39 estrategias sectoriales del PROSESA, 13 no están vinculadas con algún PP, de éstas sólo 12 se relacionan con PAE; área de oportunidad que deberá ser atendida.

El análisis de la vinculación de los PP con las estrategias de cada objetivo sectorial permite identificar las áreas de oportunidad para la orientación (rediseño), en su caso, de dichos PP con la finalidad de atender de una forma más integral, el objetivo sectorial de referencia. El detalle de la justificación de esta vinculación se encuentra en el Anexo 4.

Objetivo Sectorial 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este objetivo tiene establecidas siete estrategias; cinco se vinculan con nueve PP: siete de la SS, E025 Prevención y atención contra las adicciones; E036 Programa de vacunación; P016 Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS; P018 Prevención y control de enfermedades; P020 Salud materna, sexual y reproductiva; U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes y, U009 Vigilancia epidemiológica. Uno del ISSSTE, PP E043 Prevención y Control de Enfermedades y uno del IMSS, E001 Prevención y control de enfermedades (ver anexo 6-A). Nueve PP tienen coincidencias en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se relacionan; se infiere que su vinculación es coherente, cabe destacar que el PP E012 Prestaciones sociales del IMSS alineado con este objetivo sectorial, se considera que no tiene vinculación con el PROSESA. Las otras dos estrategias (1.6 y 1.7) se relacionan con PAE (ver anexo 6-A).

Objetivo Sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Este objetivo tiene establecidas siete estrategias; seis de éstas se vinculan con diez PP: ocho de la SS, B002 Producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos; E023 Atención a la salud; G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica; P020 Salud materna, sexual y reproductiva; S200 Fortalecimiento a la atención médica; S202 Calidad en la

atención médica; U012 Fortalecimiento de los servicios estatales de salud y, U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. Uno del ISSSTE, PP E044 Atención a la Salud y uno del IMSS, PP E011 Atención a la Salud (ver anexo 6-A). La estrategia 2.5 se vincula con el P020 Salud materna, sexual y reproductiva, alineado con el objetivo sectorial 4; la estrategia 2.7 se vincula con el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, alineado con el objetivo sectorial 1. Todos los PP tienen coincidencias en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se vinculan; se infiere que su vinculación es coherente. Cabe mencionar que el PP S201 Seguro Médico Siglo XXI se vincula en su objetivo de Fin con este objetivo sectorial, las ROP lo alinean con el OS6, Estrategia 6.1, vinculación que se considera adecuada.

La estrategia 2.4, se relaciona con dos PAE (ver anexo 6-A).

Objetivo Sectorial 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este objetivo tiene establecidas siete estrategias; tres se vinculan con cuatro PP: tres de la SS, PP G004 Protección Contra Riesgos Sanitarios; G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica y, U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. Uno con el IMSS, E003 Seguro de Riesgos de Trabajo. Todos los PP tienen coincidencias en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se vinculan; se infiere que su vinculación es coherente (ver anexo 6-A). La estrategia 3.7 se vincula con el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes alineado con el objetivo sectorial 1.

Las cuatro estrategias restantes 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5, se relacionan con PAE (ver anexo 6-A).

Objetivo Sectorial 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Este objetivo tiene establecidas siete estrategias; cinco se vinculan con ocho PP; todos de la SS: E036 Programa de vacunación; P020 Salud materna, sexual y reproductiva; S200 Fortalecimiento a la atención médica; S039 Programa de Atención a Personas con Discapacidad y, E040 Servicios de asistencia social integral (ver anexo 6-A). La estrategia 4.1 se vincula con el PP E023 alineado también con el objetivo sectorial 1 y la estrategia 4.3 se vincula con el PP S200 también alineado con el objetivo sectorial 2. Todos estos PP tienen coincidencias

en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se vinculan; se infiere que su vinculación es coherente.

Los PP E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños adolescentes, S251 Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente" y S272 Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad, no se vinculan con ninguna estrategia; sólo directamente con el objetivo sectorial (ver anexo 6-A).

Con excepción de la estrategia 4.5, las demás también se relacionan con PAE (ver anexo 6-A). Las estrategias 4.6 y 4.7 no se vinculan con ningún PP.

Objetivo Sectorial 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este objetivo tiene establecidas cinco estrategias; tres se vinculan con ocho PP: dos de la SS, E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud y E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud; cuatro del ISSSTE, E015 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, E018 Suministro de Claves de Medicamentos, E044 Atención a la Salud y K011 Proyectos de infraestructura social y, dos del IMSS, K012 Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social y K029 Programas de adquisiciones (ver anexo 6-A). Estos PP tienen coincidencias en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se vinculan; se infiere que su vinculación es coherente.

Las siete estrategias de este objetivo sectorial, también se relacionan con PAE (ver anexo 6-A). Las estrategias 5.2 y 6.4 no se vinculan con algún PP.

Objetivo Sectorial 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Este objetivo tiene establecidas seis estrategias; dos se vinculan con cinco PP: todos ellos de la SS, G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, P012 Rectoría en Salud; P013 Asistencia social y protección del paciente; S201 Seguro Médico Siglo XXI y, U005 Seguro Popular (ver anexo 6-A). Estos PP tienen coincidencias en los objetivos de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias con las que se vinculan; se infiere que su vinculación es coherente.

Cinco de las estrategias también se relacionan con PAE; las estrategias 6.3 y 6.4 no se relacionan con PP y la estrategia 6.6 no se vincula con PP ni con PAE. El PP E006 Recaudación de ingresos obrero patronales del IMSS, se vincula directamente con

el objetivo sectorial, sin que esté alineado con alguna estrategia sectorial (ver anexo 6-A).

7. ¿De qué manera contribuye el conjunto de programas presupuestarios al cumplimiento de cada objetivo sectorial?

El análisis de la contribución de los 37 PP analizados,²⁴ al cumplimiento de los objetivos sectoriales (OS), se complementa con la vinculación de Programas de Acción Específicos (PAE) de la SS. Permite una visión global de las intervenciones de las principales instituciones nacionales de salud en la atención de la política de salud. Se logra un análisis integral de similitudes entre programas y la suficiencia hacia el logro de los objetivos sectoriales.²⁵

Similitud entre programas presupuestarios

Se observa que 36 de los 37 PP analizados atienden el derecho social a la salud; se encuentran similitudes en la narrativa de sus Propósito y de Componente de la MIR, con las estrategias de los OS con los que se encuentran vinculados (ver respuesta 5). Cinco PP de la SS se relacionan con estrategias de más de un OS, a nivel de uno o varios de los Componentes de la MIR. El PP E036 Programa de vacunación, se vincula a nivel de Fin con el OS 1; también se relaciona con el OS4. El PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, se vincula a nivel de Fin con el OS 2; además, se relaciona con los OS 3 y 6. El PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva se vincula a nivel del objetivo de Fin con el OS 4; adicionalmente, se relaciona con los OS 1 y 2. El PP S200 Fortalecimiento a la atención médica, se vincula a nivel de Fin con el OS2; también se relaciona con el OS4. El PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, alineado a nivel de Fin con el OS1, también se relaciona con los OS 2 y 3.

²⁴ Los programas presupuestarios analizados para el PROSESA, incluyen modalidades presupuestarias B (producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos), E (prestación de servicios públicos), G ((regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica), K (proyectos de inversión), P (planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas), S (sujeto a reglas de operación) y U (subsidios).

²⁵ Se recomienda considerar, para futuras evaluaciones, que un programa sectorial puede implementarse, además de los PP institucionales, con intervenciones de los sectores público, social y privado. En consecuencia, éstas deberían ser incluidas en la evaluación, con una metodología definida exprofeso.

El PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se vincula con el PROSESA, aún cuando el objetivo de nivel de Fin lo alinea con el OS1; se relaciona con satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de los derechohabientes.

En relación con la similitud de indicadores sectoriales con indicadores de carencia social, se observó que sólo el OS 6 (construcción de un sistema nacional de salud universal) cuenta con dos indicadores que pueden ser clasificados de este tipo: "Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud" y "Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica".

En cuanto a la similitud por población objetivo (PO), se tienen los siguientes hallazgos: el análisis fue parcial, se contó con información de la PO para 2016 de doce PP;²⁶ para 13 PP, se contó con información de 2014²⁷ y para los doce restantes no se contó con la PO.

Con excepción del OS3 en que los dos PP alineados atienden poblaciones distintas, para el resto de los OS, en general, se observa similitud entre las poblaciones o áreas de enfoque objetivo referidas. Se identifican principalmente cuatro tipos de población o área de enfoque objetivo: 1. población derechohabiente y no derechohabiente de diferentes grupos etarios que se atienden de acuerdo con los bienes o servicios que ofrecen los PP; 2. grupos vulnerables; 3. profesionales de la salud que realizan actividades de educación de posgrado o continua, de capacitación o de investigación y, 4. establecimientos de atención médica.

Suficiencia

Se observan vacíos en la atención de las estrategias contenidas en el PROSESA: 32 PP se relacionan sólo con 24 de las estrategias; cuatro se vinculan directamente con un OS, sin ninguna estrategia de por medio y uno no se vincula con ningún OS ni estrategia alguna. Ocho estrategias son cubiertas por PP alineados a un objetivo sectorial diferente al que pertenecen; implica que 13 estrategias no son cubiertas por ningún PP. Destaca que los 32 PAE se alinean con alguna de 32 de las estrategias. Sólo una estrategia sectorial, la 6.6, no se alinea con ningún PP ni PAE.

²⁶ Se cuenta con la población objetivo para 2016 de doce programas presupuestarios de las siguientes modalidades presupuestarias: seis "S", dos "P"; dos "U"; uno "G" y uno "E". Las fuentes de información son: las ROP 2016 para los seis PP de modalidad presupuestaria "S" y para los seis restantes fue el diagnóstico de salud: E010, G005, P012, P020, U005 y U008.

²⁷ Se cuenta con la información de la población objetivo de trece programas presupuestarios de las siguientes modalidades presupuestarias: doce "E" y uno "U", se obtuvo del Inventario CONEVAL 2014.

La vinculación de las causas que originan el problema (ver pregunta 1) con las estrategias sectoriales está limitada; como ya se planteó, el diagnóstico del Programa no precisa la problemática que se espera atender con el PROSESA. Se presentó una propuesta de caracterización de la problemática en la que se infirieron las causas y se clasificaron en cuatro temáticas: 1. Población; 2. Servicios; 3. Rectoría de la Secretaría de Salud y, 4. Recursos (ver respuestas 1 y 2); bajo esta inferencia, se observa que las causas asociadas (organizadas por tema) se encuentran relacionadas, en mayor o menor medida, con alguno de los seis objetivos sectoriales, sin que sea posible su vinculación precisa con las estrategias establecidas para cada uno de ellos.

A continuación se analizan los aspectos de similitud y suficiencia de los PP para cada uno de los objetivos sectoriales.

OS 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este objetivo se vincula con nueve PP relacionados con las estrategias 1.1 a 1.5; la estrategia 1.5 se relaciona con el P020 Salud materna, sexual y reproductiva (alineado al OS 4). Las estrategias 1.6 y 1.7 no están cubiertas por PP; sólo con PAE. 15 PAE se relacionan con seis de las siete estrategias, con excepción de la estrategia 1.4 que únicamente se vincula con un PP (ver anexo 7-A). Los nueve PP tienen similitudes entre sí que contribuyen al logro del objetivo sectorial, atienden aspectos específicos: vacunación, prevención del sobrepeso, obesidad y adicciones, prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS, planificación familiar y vigilancia epidemiológica; y aspectos relacionados con la atención médica preventiva y la promoción de la salud para el control de los determinantes sociales de la salud, esencia de este objetivo sectorial. Del diagnóstico se infiere, de manera general, las causas de la temática Población que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar causas para dos temáticas. Para la de **población**: 1. alta incidencia y prevalencia de discapacidad, adicciones, accidentes y violencia y, 2. incremento anual de la tasa de crecimiento poblacional: 2.2 millones de personas. Para la de **servicios**: 1. estrategias de promoción y prevención de la salud poco efectivas y, 2. inadecuada atención de los determinantes sociales para la salud.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS; se debe valorar la vinculación de PP para dos de sus estrategias: 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población

adolescente y 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Cabe mencionar que el PP E012 Prestaciones sociales aún cuando se vincula con este OS en el Fin, el PP no se relaciona con el PROSESA; se encarga de satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de los derechohabientes del IMSS, beneficios diferentes a los de salud.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de dos PP y, para 2014 de seis PP; para los dos PP restantes no se dispuso de la PO. Se observan PO similares en los ocho PP; son poblaciones con seguridad social y sin seguridad social de diferentes grupos etarios, dependiendo de los bienes o servicios que otorgan los PP; particularmente para el IMSS y el ISSSTE se refiere que los derechohabientes están registrados y/o son usuarios de los servicios de salud.

OS 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Este objetivo se vincula con diez PP que se relacionan con las estrategias 2.1 a. 2.3 y 2.5 a 2.7; la estrategia 2.5 se relaciona con el P020 Salud materna, sexual y reproductiva (alineado al objetivo sectorial 4) y la 2.7 se relaciona con el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (vinculado al objetivo sectorial 1); la estrategia 2.4 no está cubierta con algún PP, sólo con dos PAE. Seis de las siete estrategias están cubiertas también con 13 PAE, con excepción de la 2.7 que no se vincula con algún PAE, sólo con un PP (ver anexo 7-A). Los diez PP tienen similitudes entre sí que contribuyen al logro del objetivo sectorial; se relacionan con la producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos, el otorgamiento y fortalecimiento de los servicios de atención médica y la regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica. El diagnóstico analiza de manera general las causas de las temáticas población, servicios y recursos que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar causas para dos temáticas. Para la de **población**: 1. dispersión geográfica de la población. Para la de **servicios**: 1. cobertura de más de un seguro de salud en la población; 2. desvinculación de institutos nacionales de salud con los demás niveles de atención por un inadecuado sistema de referencia-contrarreferencia; 3. inadecuados servicios de urgencias; 4. falta de continuidad en la atención por situaciones laborales y, 5. inadecuada atención de los determinantes sociales para la salud.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS; se debe valorar la vinculación de PP con la estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Cabe mencionar que el PP S201 Seguro Médico Siglo XXI se vincula en el Fin con este OS; las ROP lo vinculan con el OS6, Estrategia 6.1 que se considera adecuado.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de cinco PP y, para 2014 de tres PP; para los dos PP restantes no se dispuso de la PO. Se observa similitud en la PO que atienden los ocho PP. Seis PP atienden población derechohabiente y no derechohabiente, dependiendo de los bienes o servicios que otorgan los PP. Dos PP tienen un área de enfoque objetivo similar, los establecimientos de atención médica, con apoyos diferentes.

OS 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este objetivo se vincula con cuatro PP que se relacionan con las estrategias 3.1, 3.6 y 3.7; la estrategia 3.1 se relaciona con el PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (vinculado con el objetivo sectorial 2) y la 3.7 se relaciona con el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (vinculado al objetivo sectorial 1); las estrategias 3.1 a la 3.5 no están cubiertas con PP, sólo con PAE. Con excepción de la estrategia 3.1, las otras seis están relacionadas con alguno de los cuatro PAE vinculados con este OS (ver anexo 7-A). El diagnóstico contiene información limitada para inferir causas de las temáticas de población y rectoría de la SS que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar una causa para la temática **población**: 1. alta incidencia y prevalencia de discapacidad, adicciones, accidentes y violencia.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS. Es necesario redireccionar los PP para atender este OS, toda vez que cuatro de las siete estrategias no están relacionadas con ninguno de éstos: 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud; 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud; 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano y 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de un PP y, para 2014 de un PP; para el PP restante no se dispuso de la PO. No se observa similitud entre las PO de estos dos PP, uno atiende población de 20 años y más de edad, responsabilidad de la SS y el otro considera a los trabajadores afiliados a los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida.

OS 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Este objetivo se vincula con ocho PP que se relacionan con las estrategias 4.1 a 4.5; las estrategias 4.1, 4.2 y 4.4 se vinculan con el PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva, alineado con este objetivo sectorial; la estrategia 4.1 se alinea con el PP E036 Programa de vacunación (vinculado al objetivo sectorial 1) y la estrategia 4.3 se relaciona con el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica (vinculado al objetivo sectorial 2). Tres PP se alinean directamente con el objetivo sectorial: PP E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños adolescentes (aún cuando el objetivo de nivel de Fin lo vincula con este objetivo sectorial, en el diagnóstico del PP se refiere que no se alinea con ningún objetivo sectorial de salud) (ver respuesta 5); S251 Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente" y S272 Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad. Las estrategias 4.6 y 4.7 no están cubiertas con ningún PP, sólo con PAE. Con excepción de la estrategia 4.5, las demás se relacionan con alguno de los 14 PAE relacionados con este objetivo sectorial (ver anexo 7-A). Los ocho PP tienen similitudes entre sí que contribuyen al logro del OS; se relacionan con la atención de grupos vulnerables. El diagnóstico analiza de manera general las causas de la temática **población** que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar una causa para esta temática: 1. alta fecundidad en adolescentes.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS; se debe valorar la vinculación de PP con las estrategias 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante y 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de cinco PP y, para 2014 de un PP; para los dos PP restantes no se dispuso de la PO. Se observa similitud en la PO de cuatro PP; atienden grupos vulnerables: personas con discapacidad, en estado de necesidad, que habitan en localidades de alta y muy alta marginación y por razones de emergencia o

excepción. Los otros programas atienden población de diferentes grupos etarios, de acuerdo con los bienes o servicios que ofertan.

OS 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este objetivo se vincula con ocho PP que se relacionan con las estrategias 5.1, 5.3, 5.4 y 5.5; la estrategia 5.2 no está cubierta, sólo se vincula con tres PAE. Nueve PAE se relacionan con alguna de las cinco estrategias de este objetivo sectorial (ver anexo 7-A). Los ocho PP tienen similitudes entre sí que contribuyen al logro del OS; se relacionan con la formación y capacitación de recursos humanos, la realización de investigaciones, el fortalecimiento de la infraestructura y del equipamiento médico y el surtimiento completo de recetas. El diagnóstico analiza de manera general las causas de la temática **recursos** que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar dos causas en esta temática: 1. falta de planeación de los recursos humanos en salud requeridos y, 2. falta de campos clínicos para la formación de recursos humanos en salud.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS; se debe valorar la vinculación de PP con la estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de un PP y, para 2014 de tres PP; para los tres PP restante no se dispuso de la PO. Se observa similitud en las PO atendidas para tres PP; atienden profesionales de la salud que realizan actividades de educación de posgrado, educación continua, de capacitación o de investigación. En tres programas se observan PO en las que no se encuentran similitudes; uno, atiende el número de becas para la formación de médicos especialistas; otro, se relaciona con el número de plazas de investigador y, otro, atiende derechohabientes que acuden a los servicios de salud del ISSSTE.

OS 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Este objetivo se vincula con cinco PP que se relacionan con las estrategias 6.1, 6.2 y 6.5; las estrategias 6.3, 6.4 no están cubiertas con algún PP, sólo con PAE. La estrategia 6.2 se alinea con el PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (vinculado al objetivo sectorial 2). La estrategia 6.6 no está cubierta ni con PP ni con PAE (ver anexo 7-A). Las cinco restantes se vinculan con alguno de los nueve PAE relacionados con este objetivo sectorial.

Los cinco PP tienen similitudes entre sí que contribuyen al logro del OS; se relacionan con la afiliación de la población en general y de niños menores de 5 años al Seguro Popular y al Seguro Médico Siglo XXI, respectivamente; y con la regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de salud, asistencia social y protección del paciente. El diagnóstico analiza de manera general las causas de las temáticas **servicios, rectoría de la Secretaría de Salud y recursos** que sustentan este objetivo sectorial. Es necesario incorporar cuatro causas en la temática **rectoría de la SS**: 1. SNS fragmentado, con subsistemas de salud desarticulados entre sí, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad; 2. alto gasto administrativo en salud; 3. heterogeneidad de los sistemas de información y, 4. diferentes niveles salariales del personal de salud en las instituciones del SNS.

Cabe mencionar que el PP E006 del IMSS, no se vincula directamente con el OS; ninguna estrategia se relaciona con él.

Se infiere que los PP son similares, pero no suficientes para atender este OS; se debe valorar la vinculación de PP con las estrategias: 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud; 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal y, 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud.

En cuanto a la similitud de las PO de los PP vinculados con este OS, se contó con información para 2016 de cuatro PP; para los dos PP restantes no se dispuso de la PO. Se observa similitud en dos de los PP; atienden poblaciones de no derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Dos PP tiene PO diferentes: uno refiere que la PO es la población total del país y el otro se relaciona con un área de enfoque objetivo: establecimientos de atención médica.

En relación con la similitud de indicadores sectoriales con indicadores de carencia social, este OS cuenta con dos indicadores que pueden ser clasificados de este tipo: "Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud" y "Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica".

Sección III. Pertinencia en la instrumentación

8. Presentar una valoración breve de la vinculación de los elementos que integran el Programa Sectorial. La vinculación debe incluir las siguientes relaciones:

problemáticas/objetivos sectoriales, objetivos sectoriales/programas presupuestarios y problemáticas-programas presupuestarios.

El proceso presupuestario orientado a resultados en México define una secuencia de siete etapas o fases globales; desde la planeación hasta la rendición de cuentas, pasando por la programación, la presupuestación y la evaluación (SHCP, 2008, págs. 36-37). Este referente normativo, como eje para la evaluación de la política pública en México, condiciona a revisar los procesos que integran la fase de planeación.

El primer paso es identificar si la planeación global que se expresa en el PND, es congruente con la enunciada en los programas sectoriales. Si se acepta que este planteamiento es cierto, el siguiente paso es verificar si la congruencia interna del programa sectorial tiene un nivel adecuado y, si su implementación a través de PP, reproduce los objetivos sectoriales esperados.

En este contexto se inscribe la política nacional de salud expresada en el Programa Sectorial de Salud de la presente Administración Federal. Su evaluación constituye, en esta segunda década del siglo XXI, la primera experiencia en México. Contribuirá a dar certeza programática a la nueva gestión pública orientada a resultados finales que incidan, directamente, en la creación de valor público.

El apreciar si la política de salud se implementa de manera adecuada o identificar dónde están las áreas de oportunidad, es el sentido de la Evaluación del Programa Sectorial de Salud. La valoración se esquematiza a través de tres elementos interrelacionados: las vinculaciones programáticas observadas al interior del Programa y las que prevalecen con los programas presupuestarios, bajo un pensamiento holístico; los recursos presupuestales observados y requeridos y, fundamentalmente, la identificación de hasta dónde se ha llegado después de caminar un poco más de la mitad de la ruta sexenal.

a) Vinculaciones programáticas: una oportunidad permanente

En la lógica de reconocer avances y áreas de oportunidad en la planeación institucional en salud, se miden la pertinencia y consistencia de elementos programáticos contenidos en el Programa. Se valora si la visión estratégica sectorial, se implementa de forma adecuada a través de los PP, definidos para tal efecto.

Vinculaciones internas del Programa. La consistencia del Programa Sectorial

El diagnóstico contenido en el Programa Sectorial no hace explícito los problemas o la problemática que se espera atender o resolver, en materia de salud, durante la presente Administración Federal (resultado uno). Esta condición limita de forma directa todo esfuerzo de evaluación. Si no es claro a dónde se quiere llegar, no se podría saber qué se tiene que hacer y mucho menos determinar si ya se llegó a donde se quería ir. En el diagnóstico se describen las características que debe tener un sistema de salud para operar de forma adecuada y los retos que enfrenta el sistema de salud mexicano, entre otros elementos explicativos.

A partir de esta información y, fundamentalmente, desde una visión propositiva, el evaluador propone una caracterización para la problemática por atender; se infiere como: **acceso no efectivo a los servicios de salud**. Para construir las vinculaciones, **las causales de la problemática inferida (PI) se describen organizadas en cuatro temáticas: población; servicios; rectoría de la Secretaría de Salud y, recursos (resultado dos).**²⁸

En el tema de **población**, las principales causales negativas identificadas son: 1. alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad: transición nutricional; 2. población en condiciones de vulnerabilidad: mujeres, niños y grupos indígenas; 3. incremento anual de la tasa de crecimiento poblacional: 2.2 millones de personas; 4. alta fecundidad en adolescentes; 5. dispersión geográfica de la población y, 6. altos niveles de pobreza multidimensional.

En relación con los **servicios**, las causales restrictivas son: 1. mala calidad en la atención en el sector público; 2. privilegio de la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades; 3. desvinculación de institutos nacionales de salud con los demás niveles de atención por un inadecuado sistema de referencia-contrarreferencia; 4 falta de planeación sobre recursos humanos en salud requeridos y, 5. estrategias de promoción y prevención de la salud poco efectivas.

La **rectoría** de la Secretaría de Salud está limitada por: 1. Un Sistema Nacional de Salud fragmentado, con subsistemas de salud desarticulados entre sí, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad; 2. funciones normativas, de calidad, rectoría y de control sanitario, separadas en diferentes áreas de la Secretaría de Salud y, 3. inadecuado diseño y coordinación de programas a nivel

²⁸ El concepto de "problemática inferida" y las diferentes acepciones del verbo "inferir" que se utilizan en esta evaluación, se refieren a aspectos y conceptos que no se expresan de forma explícita en el apartado de diagnóstico del Programa Sectorial. Significan una "interpretación" que el equipo evaluador propone a partir de la información contenida en el diagnóstico.

institucional e intersectorial para el fortalecimiento de acciones de promoción y prevención.

Los **recursos** se enfrentan a problemas de diversa índole; destacan: 1. infraestructura, recursos y equipo mal distribuidos, insuficientes, no adecuados, subutilizados y/o en malas condiciones; 2. concentración geográfica inadecuada de la infraestructura; 3. alto gasto administrativo en salud; 4. insuficiencia de médicos y enfermeras y concentración de recursos humanos en áreas urbanas; 5. perfil de profesionales no alineado con necesidades de la salud de la población; 6. inexistencia de un sistema nacional de información confiable y oportuno; 7. heterogeneidad de los sistemas de información; 8. surtimiento incompleto e inadecuado de medicamentos (falta o sobre prescripción).

Como una causa transversal que involucra a todas las temáticas se encuentra la inadecuada atención de los determinantes sociales para la salud que afectan a la población.

Se identificaron otras áreas de oportunidad en el diagnóstico (resultado tres); precisar las características de la población que presenta la problemática de salud y su evolución en el último lustro. En la instrumentación de políticas públicas en salud, especificar los resultados que se describen de una forma general. Se refieren avances en materia de control de riesgos sanitarios y de salud pública, como es “la descentralización de responsabilidades, el incremento de recursos públicos para la salud y la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios” (PROSESA, 2013, pág. 29).

Se aborda la ampliación de la protección financiera a partir de 2004 con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud; la expansión de las intervenciones garantizadas de primero y segundo niveles de atención; el incremento del financiamiento de las intervenciones con recursos públicos y, el aumento del gasto público en salud con respecto al producto interno bruto (PROSESA, 2013, págs. 30-38). Se describen estrategias para acercar los servicios de salud a las comunidades de localidades alejadas y dispersas: expansión del Programa IMSS Oportunidades, las unidades médicas móviles y el Programa de Cirugía Extramuros (PROSESA, 2013, pág. 33). **En ninguno de los casos se hace referencia a los resultados finales obtenidos con las intervenciones señaladas (resultado cuatro).**

Se identifica la existencia de relación entre la problemática inferida y la declaración de los objetivos sectoriales (resultado cinco). En general, la

problemática inferida (PI) si se representa en los objetivos sectoriales (OS). Muestra una lógica de planeación ascendente, donde la problemática inferida sirve de sustento para el establecimiento de objetivos estratégicos. En el sentido de una lógica descendente, se observa que los objetivos sectoriales cuentan con un sustento, en términos de causales que originan los problemas, inferidos del diagnóstico.

El análisis transversal de los seis objetivos sectoriales identificó que los objetivos 1 y 3 representan la visión estratégica de la política nacional de salud en relación con la protección, promoción y prevención de la salud para reducir los riesgos que afronta la salud de la población. El objetivo 4 busca atender las brechas en salud que caracterizan a grupos de población prioritarios; es una focalización poblacional de los objetivos 1 y 3. **Estos tres OS pueden ser considerados como sustantivos de la política nacional de salud (resultado seis)**. Los objetivos 2 y 5 son adjetivos; representan condiciones que deben prevalecer en la prestación de los servicios: que sean de calidad y que los recursos sean suficientes y se apliquen de forma eficiente. El objetivo sectorial 6 es instrumental; para lograr los cinco objetivos anteriores se requiere un sistema integrado (universal) de salud bajo una rectoría única. Esta relación de complementariedad identificada en los objetivos, explica en gran medida, la naturaleza distinta de los programas presupuestarios con los que se implementan dichos objetivos.

De los seis OS; sólo dos están orientados a producir resultados finales (resultado siete). Representan la oportunidad para crear valor público que mejore las condiciones de salud de la población, bajo dos enunciados: que sea permanente y que sea para toda la población. Estos objetivos están relacionados con la reducción de riesgos a la salud en cualquier actividad de la vida y con el cierre de brechas en salud en grupos de población considerados como vulnerables.

En relación con la perspectiva de género, de las 274 líneas de acción que integran el **PROSESA, 108 líneas de acción son explícitas para promover la igualdad de género (resultado ocho)**. De éstas 108, 45 son referencia directa del PROIGUALDAD y 63 fueron aportadas desde la responsabilidad del Sector Salud. Esta decisión programática representa un gran esfuerzo; aún existen retos que son reconocidos en el diagnóstico, y que no se traducen en líneas de acción específicas que los atiendan.

En general, todas las líneas de acción, se concentran en aspectos para la salud de las niñas y las mujeres relacionadas con la violencia familiar y escolar, la salud sexual

y reproductiva y los hábitos alimentarios; **se dejan fuera temas relevantes como la violencia obstétrica y geriátrica, la interrupción legal del embarazo o la anticoncepción masculina (resultado nueve).**

Respecto a indicadores sectoriales, cinco de los 16 están vinculados con la perspectiva de género y siete son susceptibles de su desagregación por sexo.

Se refieren diez brechas de desigualdad de género en el diagnóstico que guardan correspondencia con el diagnóstico del PROIGUALDAD (resultado diez); tres, son también socioeconómicas: esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y razón de mortalidad materna. Sólo estas dos últimas forman parte de los 16 indicadores sectoriales.

Existen **13 líneas de acción del PROSESA relacionadas directamente con la violencia contra las mujeres, no existe ningún indicador específico para este tema (resultado once).** Estas acciones se reducen básicamente a la violencia familiar y escolar, dejando fuera otros ámbitos de violencia (resultado doce).

Existen **35 líneas de acción relativas a la salud sexual y reproductiva, que se traducen en tres de los 16 indicadores sectoriales:** tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, y porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical; **los tres se reducen a la maternidad, ignorando la sexualidad u otros aspectos de género (resultado trece).**

Vinculaciones para la implementación del Programa. Hacia una coherencia en la alineación

En 2007 inicia en México la obligatoriedad de que todo programa o acción social con financiamiento público, realice su planeación con la metodología de marco lógico y se exprese, de forma sintética, con la matriz de indicadores para resultados (MIR). Es el caso de los programas presupuestarios de salud, relacionados con el desarrollo social y que son base para la implementación del Programa.

La implementación se mide a través de dos vinculaciones. La de sintaxis que relaciona el Fin de la MIR con un objetivo sectorial. La de lógica que armoniza el Propósito con el Fin, ambos de la MIR.

Desde la perspectiva de la sintaxis, se observó que **los 37 PP analizados están vinculados con los seis OS: todos los PP tienen una vinculación definida (resultado catorce).** Se presentan áreas de oportunidad para que esta vinculación sea óptima; se señalan en la sección correspondiente (ver pregunta 5).

En el contexto de la vinculación lógica se identificó (resultado quince) que los seis OS tienen relación con algún programa presupuestario (relación descendente); en complemento, el 72.7 por ciento de los PP tienen una vinculación lógica con los objetivos sectoriales (relación ascendente que mide si el Propósito contribuye al Fin del PP, en el que se encuentra contenido el objetivo sectorial y el Propósito del PP). Cinco PP se vinculan con más de un objetivo sectorial; el PP U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes se vincula con los objetivos 1, 2 y 3. El PP E036 Programa de vacunación se vincula con los objetivos 1 y 4. El PP G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica, se vincula con los objetivos 2 y 6. El PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva, se vincula con los objetivos 1, 2 y 4 y, el PP S200 Fortalecimiento a la atención médica, se vincula con los objetivos 2 y 4.

El análisis complementario entre los OS y las estrategias enunciadas para su operacionalización muestra que, en cinco de los seis objetivos, la integración cualitativa de las estrategias no reproducen el objetivo: la suma de las partes no reproduce el todo o el todo es superior que la suma de las partes. **Si los objetivos representan el qué se quiere y las estrategias el cómo se logra, en tres objetivos (4, 5 y 6) las estrategias no cumplen con este requerimiento (resultado dieciséis)** (ver respuesta 2).

Los OS se operacionalizan a través de un total de 39 estrategias sectoriales (ES). **El análisis de la relación de estas ES con los PP, identificó una vinculación incompleta (resultado diecisiete)**. Cuatro PP sólo se vinculan al objetivo sectorial con el que se encuentran alineados (tres con el objetivo sectorial 4 y uno con el objetivo sectorial 6), sin estrategias intermedias. Cinco PP, se vinculan con más de un objetivo sectorial a la vez a través de sus componentes. De las 39 ES, 13 no se vinculan con los PP, de éstos 12 se relacionan con Programas de Acción Específicos (PAE), la estrategia 6.6 no se vincula con PP o PAE alguno. Respecto a la coherencia de la vinculación de los PP, se encontró que 32 PP cumplen con este criterio; **hay coincidencias en los objetivos de nivel de Propósito y Componente con la narrativa de las estrategias de los objetivos sectoriales (resultado dieciocho)** (ver respuesta seis).

Vinculaciones para una mejor eficacia y eficiencia del Programa

El análisis de la vinculación de los PP con las estrategias de cada objetivo sectorial permitió identificar las áreas de oportunidad para la orientación (rediseño), en su caso, de dichos PP con la finalidad de atender de una forma más integral los

objetivos sectoriales; 13 estrategias no se vincularon con alguno de los 37 PP analizados (ver anexo 5).

La propuesta de vinculación ideal se realizó con base en el análisis de los objetivos de Propósito de los PP, independientemente de la alineación normativa establecida en el nivel de Fin, permitiendo alinear más PP con los objetivos sectoriales. Con esta propuesta, el número de estrategias que no están cubiertas por ningún PP se redujo de 13 a 7 (ver anexo 6). Las estrategias que no se cubren son:

- 1.6 Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente.
- 1.7 Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
- 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.
- 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.
- 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud.
- 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud.

Cabe mencionar que con excepción de la estrategia 6.6 para el que no existe vinculación más que con su objetivo sectorial, las demás están cubiertas con PAE.

Es de destacar que sin la limitante de la vinculación normativa, más PP se alinean con estrategias de otros objetivos sectoriales, lo que disminuye los vacíos de atención.

Se considera pertinente que la Secretaría de Salud realice las gestiones necesarias ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para que se permita la alineación de un PP con más de un Objetivo Sectorial. Asimismo, es recomendable que la SHCP analice la viabilidad de permitir esta múltiple vinculación, lo que permitirá disminuir los vacíos de atención.

Las estrategias descubiertas se relacionan con grupos vulnerables: adolescentes, personas adultas mayores; con la atención integral de trastornos mentales y del comportamiento, la disminución de muertes por lesiones de causa externa. Un problema de gran relevancia que enfrenta el sector salud y que no es cubierto es la falta un sistema universal de información que permita disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.

b) El alcance en la instrumentación: cómo va el rumbo

Si después de andar por un tiempo en el campo de la actuación institucional, es adecuado cuestionarse sobre si se va en el rumbo adecuado; es claro que se tendrían diversas formas de cómo construir la respuesta. En la administración pública hay métodos y tiempos establecidos para ello.

Es en 2007, cuando inicia una nueva forma de administrar; se establece la Gestión para Resultados (GpR). Se implementa a través de modificaciones jurídicas que dan fundamento al Presupuesto basado en Resultados (PbR) y al Sistema de Evaluación del Desempeño. El SED (Sistema de Evaluación del Desempeño) como se le conoce a este último, define como núcleo la Matriz de Indicadores para Resultados. A partir de ese momento, los PP y las MIR se constituyen en un solo elemento indisoluble; fundamentalmente, para los programas de carácter social.

Con base en la información que sobre la planeación y evaluación del Programa se proporcionó se han descrito las causales analizadas en secciones anteriores; para fines de identificar cómo va el rumbo, se resumen a continuación:

1. El diagnóstico sectorial no hace explícita la problemática por atender.
2. Se infiere una problemática y sus causales: se organizan en cuatro temáticas: población; servicios; rectoría de la Secretaría de Salud y, recursos.
3. El diagnóstico no precisa la población que presenta la problemática de salud y su evolución en el último lustro.
4. En ninguno de los logros descritos en el Programa en cuanto a las políticas en materia de salud que se han implementado en México que se describen en el diagnóstico, se hace referencia a los resultados finales obtenidos.
5. Se identifica vinculación entre la problemática inferida y la declaración de los objetivos sectoriales.
6. Tres OS son sustantivos de la política nacional de salud.
7. De seis OS; dos están orientados a producir resultados finales.
8. En el PROSESA se incluyen 108 líneas de acción explícitas para promover la equidad de género.
9. El Programa no incluye temas relevantes sobre la violencia obstétrica, geriátrica, interrupción legal del embarazo o la anticoncepción masculina.

10. El diagnóstico incluye diez brechas de desigualdad de género en el diagnóstico que guardan correspondencia con el diagnóstico del PROIGUALDAD.
11. No se incluyen indicadores sectoriales relacionados con la violencia contra las mujeres.
12. Las 13 líneas de acción del PROSESA relacionadas con la violencia contra las mujeres se reducen a la violencia familiar y escolar, sin incluir otros ámbitos de la violencia.
13. Tres de los 16 indicadores sectoriales se relacionan con la salud sexual y reproductiva, y se reducen a la maternidad, ignorando la sexualidad u otros aspectos de género.
14. Los 37 PP están vinculados con los seis OS.
15. Las ES no cumplen con indicar cómo se lograrían los OS.
16. La vinculación de las ES con los PP es incompleta.
17. La vinculación de los objetivos de Propósito y de Componente de las MIR con las estrategias de los objetivos sectoriales, es adecuada.

Sección IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial

9. Identificar si el Programa Sectorial presenta indicadores para medir el avance de sus objetivos que cumplan con los siguientes criterios: a. Orientación a resultados, medir el beneficio concreto que busca alcanzar el objetivo. b. Claridad, deben ser precisos e inequívocos. c. Relevancia, deben reflejar la importancia del logro del objetivo y proveer información sobre lo que se busca medir del mismo. d. Monitoreabilidad, es decir, si la información de sus medios de verificación es precisa e inequívoca, que se conozca el valor de la línea base del indicador y los datos precisos para consultar los medios de verificación y si éstos son recolectados de fuentes externas a la dependencia responsable.

El PROSESA cuenta con 16 indicadores para medir el avance de los OS; se observó que todos son claros; 15, se encuentran orientados a resultados y son relevantes y, 14 son monitoreables.

La vinculación de indicadores con objetivos sectoriales se realizó con base en el Fin de las MIR 2016 de los 37 PP analizados: 25 de la SS; cinco, del ISSSTE y, siete, del IMSS.³⁰

Algunos PP de un mismo objetivo sectorial, se vinculan con varios indicadores a la vez. Esta situación se solventaría si la vinculación entre los PP y los OS; no implicara la vinculación automática con indicadores sectoriales.

El indicador 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor, no se alinea con alguno de los PP (ver Anexo 7).

Ninguna de las fichas técnicas de los indicadores cuenta con la fórmula de cálculo del indicador como una expresión matemática; el método de cálculo se describe en una narrativa.

De manera global, los indicadores atienden aspectos relevantes de los objetivos sectoriales con los que se encuentran vinculados, pero no son suficientes, existen otros aspectos que no se miden como los relacionados con la calidad en la prestación de los servicios y la disponibilidad de recursos humanos. Para los objetivos sectoriales 1 y 2, un área de oportunidad es medir el efecto de las estrategias implementadas en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, por ejemplo.

La valoración de los indicadores, en cuanto a criterios de: orientación a resultados; claridad, relevancia y monitoreabilidad es el fundamento para la medición del logro de los objetivos del Programa (ver Anexo 7).

OS 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Se cuenta con tres indicadores; todos orientados a resultados. Aportan información sobre enfermedades prevenibles por vacunación, obesidad y VIH; son claros, relevantes y monitoreables, con excepción del indicador Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad, que no es monitoreable, debido a que en la ficha técnica del indicador uno de los medios de verificación es una encuesta ad hoc, que estará disponible en la página de la Secretaría de Salud. Este medio de verificación es impreciso; no se especifica el nombre completo de la encuesta, ni el área responsable de su realización y de su publicación, ni la periodicidad con la

³⁰ La vinculación de los PP con los indicadores sectoriales, se realizó por normatividad; todos los PP están obligados a incorporar en el objetivo de nivel de Fin de la MIR, el objetivo sectorial con el que se encuentran alineados y uno de los indicadores asignados a ese objetivo sectorial.

que se realiza, ni dirección electrónica en la que se publica. No es posible someterlo a una comprobación independiente.

El PP E001 Prevención y control de enfermedades del IMSS, se vincula con los tres indicadores de este objetivo sectorial. Se observa la alineación inadecuada del PP E025 Prevención y atención contra las adicciones: se alinea con el indicador 1.3 Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.

OS 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Este objetivo cuenta con tres indicadores; todos orientados a resultados. Miden los efectos de la implementación de las estrategias de este objetivo sectorial sobre tres de las principales causas de morbilidad: cáncer de mama y cérvico uterino y diabetes. Todos son claros, relevantes y monitoreables.

Los tres indicadores tienen una alineación adecuada con los PP con los que se encuentran vinculados, destaca que el PP E023 Atención a la salud de la SS, se alinea con tres indicadores y que el PP E044 del ISSSTE se alinea con dos de éstos.

OS 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Este objetivo sectorial se evalúa con tres indicadores; dos orientados a resultados. Aportan información de algunos de los aspectos importantes que abordan las estrategias de este objetivo sectorial: la muerte por accidentes y por riesgos laborales. Son claros, relevantes y monitoreables. El indicador 3.1 Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM, no está orientado a resultados; mide un proceso, la cloración del agua y tampoco es relevante. Es claro y monitoreable.

El indicador 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor no se alinea con ningún PP.

OS 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Se mide con dos indicadores orientados a resultados; aportan información de algunos de los aspectos importantes que abordan las estrategias de este objetivo sectorial: la mortalidad infantil y materna. Son claros, relevantes y monitoreables.

Se considera que sólo el indicador razón de mortalidad materna se vincula en forma adecuada con el PP P020 Salud materna, sexual y reproductiva; el complemento de los PP alineados con este objetivo sectorial no se vinculan adecuadamente con los indicadores.

OS 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Este objetivo sectorial tiene dos indicadores orientados a resultados; aportan información sobre el gasto público en salud y el surtimiento de recetas. Son claros y relevantes. El indicador 5.2 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas, no es monitoreable debido a que en la ficha técnica del indicador uno de los medios de verificación es una encuesta ad hoc, que estará disponible en la página de la Secretaría de Salud. Este medio de verificación es impreciso; no se especifica el nombre completo de la encuesta, ni el área responsable de su realización y de su publicación, ni la periodicidad con la que se realiza, ni dirección electrónica en la que se publica. No es posible someterlo a una comprobación independiente.

Se considera que el indicador 5.1 Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros, no se vincula en forma adecuada con los programas presupuestarios con los que se encuentra alineado.

OS 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Este objetivo sectorial tiene tres indicadores orientados a resultados, aportan información sobre la carencia por acceso a servicios de salud, la utilización de servicios públicos de atención médica por la población y el gasto catastrófico. Todos son claros, relevantes y monitoreables.

El indicador 6.2 Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica, se vincula de manera inadecuada con el PP E006 Recaudación de ingresos obrero patronales del IMSS.

10. La dependencia responsable reporta los avances del Programa Sectorial con las siguientes características: a. Se reportan el avance de los indicadores para cada año, de acuerdo con la normatividad aplicable. b. Disponibles en línea y de manera accesible. c. Los reportes de avances están estandarizados, es decir,

tienen una presentación homogénea entre todas las dependencias y/o entidades que participan en el cumplimiento de las metas. d. El avance de los indicadores es congruente con la periodicidad establecida para cada uno de estos según las fichas técnicas. e. Se reporta el total de los indicadores.

En el contexto del Proceso Presupuestario Orientado a Resultados, la fase última de las siete que lo integran, se refiere a la rendición de cuentas: cuenta pública e informes (SHCP, 2008, págs. 36-37). Con este marco normativo y en el contexto de la evaluación del Programa, se verificó a partir de las evidencias documentales proporcionadas, que el reporte de avances del PROSESA se reporta de forma anual, de acuerdo con la normatividad aplicable.³¹

Con la finalidad de complementar las evidencias en esta materia, la búsqueda intencionada, permitió constatar que los reportes de avances de los indicadores sectoriales antes mencionados se encuentran disponibles en el apartado de Seguimiento de Metas del PROSESA del sitio web de la Dirección General de Evaluación del Desempeño en la dirección electrónica <http://www.gob.mx/salud/documentos/seguimiento-de-metas-del-prosesa-2013-2018?state=published>.

En el sitio web, se encuentran disponibles de manera accesible, a menos de tres clics, documentos con los logros para los años 2014 y 2015.

1. *Programa Sectorial de Salud Logros 2014* (SS, 2014), dirección electrónica http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59142/Logros_2014_PROSES_A_270215.pdf.
2. *Programa Sectorial de Salud Logros 2015* (SS, 2015), dirección electrónica http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60242/Logros_2015_PROSES_A_0316.pdf.

Con la revisión de estos documentos se constató que están estandarizados y tienen una presentación homogénea que cumple con la normatividad aplicable.³² La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SS es la unidad responsable de coordinar la integración de los avances del Programa.

³¹ Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del PND (numeral 32) (SHCP, 2013).

³² Guía para la Publicación de Logros 2014 y 2015 de Programas Derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SHCP, S/Fb) (SHCP, S/Fc). Criterios para la publicación de Logros de Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SHCP, 2015) (SHCP, 2016a).

Se tiene claridad de que la información que se integra para reportar el avance de los indicadores proviene de instituciones públicas de salud, principalmente de la SS, del ISSSTE y del IMSS. En las fichas técnicas no se aclara cuáles instituciones participan para integrar qué indicadores, con excepción del indicador 3.3 Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo, que es responsabilidad del IMSS.

En los documentos antes citados, se reporta el avance de los 16 indicadores sectoriales del PROSESA, de manera congruente con la periodicidad establecida en las fichas técnicas para cada uno de ellos.

11. ¿Se considera que las metas de los indicadores sectoriales son alcanzables y orientadas a impulsar el desempeño de la política sectorial?

De los 16 indicadores con los que se evalúa el desempeño de los objetivos sectoriales, 15 están vinculados con los PP analizados; el indicador 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor no se alinea con alguno de los PP (ver respuesta 9).

Una valoración efectiva respecto a la vinculación entre PP e indicadores estratégicos requiere se precise por qué el indicador sectorial 3.2 no está asociado a ningún PP, y si los cambios realizados a la estructura programática 2016 tuvieron algún efecto en ello.

La valoración cualitativa sobre la factibilidad de las metas de los indicadores sectoriales en función de plazos y recursos permite determinar que existen diversos elementos que limitarían el cumplimiento de dichas metas.

Análisis de factibilidad por plazos

El análisis de factibilidad realizado sobre las metas, consideró los siguientes criterios: 1. avance promedio anual de cada programa (logro histórico); 2. los años de avance promedio para lograr la meta en 2018, de mantener el ritmo que hasta ahora ha sostenido y, 3. el porcentaje faltante para llegar a la meta 2018, con respecto al avance 2015. Si al indicador, para llegar a la meta, le falta un avance menor o igual a la suma del porcentaje promedio de avance (anual) más el 10 por ciento del porcentaje de incremento, entonces se consideró factible, en caso contrario, se determinó no factible. Bajo esta perspectiva de análisis de los indicadores sectoriales, se aprecia que más de la mitad no cumplirá sus metas; incluso con un incremento de 10 por ciento en el resultado que lograron en el 2015 (ver detalles en el anexo 11-A).

De acuerdo con la evolución de los indicadores respecto al cumplimiento de sus metas en el año 2015, se considera factible que seis de 16 indicadores cumplan la meta prevista para 2018. El análisis por objetivo sectorial (OS) tiene el siguiente comportamiento.

OS1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. De los tres indicadores vinculados con este objetivo sectorial, es factible alcanzar la meta de dos indicadores: 1.1 Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año y 1.3 Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.

OS2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. De los tres indicadores vinculados con este objetivo sectorial, sólo es factible alcanzar la meta del indicador 2.1 Tasa de mortalidad por cáncer de mama.

OS3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. De los tres indicadores vinculados con este objetivo sectorial, sólo es factible alcanzar las metas de dos indicadores: 3.1 Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM y 3.3 Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.

OS4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. No es factible alcanzar las metas de los dos indicadores vinculados con este objetivo sectorial.

OS 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. De los dos indicadores vinculados con este objetivo sectorial, sólo es factible alcanzar la meta del indicador 5.1 Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros.

OS 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. De los tres indicadores vinculados con este objetivo sectorial, no es factible alcanzar las metas de ninguno de los indicadores.

Análisis de factibilidad por recursos

Se considera que no es factible alcanzar las metas de los indicadores con los recursos disponibles, con base en los siguientes argumentos:

- 1) Los PP que actualmente están en operación no son suficientes para atender los objetivos sectoriales, de forma completa (ver pregunta 7).

- 2) El registro de una tendencia negativa en el presupuesto federal asignado a la Secretaría de Salud. En 2015, se asignó un presupuesto por 134,847.6 millones de pesos; para 2016, el presupuesto asignado fue de 132,216.9 millones de pesos: un decremento real del 4.9 por ciento (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2016).

Contexto macroeconómico y socioeconómico del país

La situación macroeconómica que ha enfrentado el país en las últimas décadas ha sido compleja. Durante el primer trimestre de 2016 el crecimiento económico fue de 2.6 por ciento (INEGI, 2016). Los diversos eventos en los últimos años como los problemas financieros del sector de la construcción en 2013, la crisis económica internacional en el 2008, el incremento en el precio de los alimentos y la disminución en los precios del petróleo, han afectado la estabilidad económica del país.

Desde hace veinte años la pobreza en su dimensión de ingresos se ha mantenido sin cambios; la evolución del salario mínimo real no se ha movido desde el año 2000 y persisten los altos niveles de desigualdad en el ingreso (CONEVAL, 2015, págs. 67, 94). Desde la visión de la OCDE "el elevado nivel de desigualdad ha conducido a muchas familias a la pobreza, con poco acceso a educación y a atención médica de calidad, lo cual afecta las perspectivas de crecimiento de largo plazo" (OCDE, 2015, pág. 9). La crisis económica suscitada entre 2008 y 2009 generó cambios macroeconómicos que tuvieron efectos en las oportunidades y el empleo de millones de personas, esto afectó el bienestar de la población y generó el riesgo de agudización de los componentes de la pobreza (CONEVAL, 2015, pág. 91).

Ciertamente, la reforma hacendaria ha permitido lograr una mayor captación de ingresos fiscales, los cuales se incrementaron en un 6.1 por ciento en los primeros tres meses de 2014, sin embargo, los bajos precios del petróleo podrían derivar en una reducción significativa de los ingresos fiscales (OCDE, 2015, pág. 15).

Este ambiente macroeconómico se reflejó en una disminución presupuestal a la SS de 4.9 por ciento real, respecto del monto asignado en 2015. Esta reducción es acorde con la estrategia multianual de consolidación fiscal implementada por el Ejecutivo federal a partir de enero de 2015, para hacer "frente a tres retos importantes para las finanzas públicas: contener el crecimiento de la deuda y poner el saldo de la misma en una trayectoria decreciente con relación al PIB; entorno de precios del petróleo bajos y baja plataforma de producción de crudo, y panorama complejo y volátil en los mercados financieros internacionales" (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2016, pág. 4).

Aún con esta reducción, cuatro de los PP analizados tuvieron incremento real del presupuesto asignado en 2016, con respecto a 2015: E023 Atención a la Salud; P012 Rectoría en Salud; U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes y, U009 Vigilancia Epidemiológica (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2016, pág. 4).

Otro elemento que es importante considerar es la modificación de la estructura programática del ramo 12 "Salud" en 2016; se fusionaron 16 PP en ocho (algunos ya existentes y otros nuevos): E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud; P012 Rectoría de Salud; U005 Seguro Popular; P018 Prevención y Control de Enfermedades; U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; S272 Apoyos para la protección de las Personas en Estado de Necesidad; S200 Fortalecimiento de la Atención Médica y P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva. Se crearon dos PP: G005 "Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica" y E041 "Protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes" (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2016, págs. 4-5).

Vacíos de acciones gubernamentales

Con base en las preguntas anteriores se identificaron vacíos de acciones gubernamentales que no permiten brindar una atención adecuada a las 39 estrategias que conforman el PROSESA; 13 estrategias no están cubiertas por algún PP, de éstas sólo 12 están cubiertas por un PAE. Esta debilidad de no atención se relaciona con las estrategias:

- 1.6 Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente.
- 1.7 Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- 2.4 Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
- 3.2 Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.
- 3.3 Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud.

- 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano.
- 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.
- 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.
- 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.
- 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud.
- 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud.
- 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal.

Sólo una estrategia, la 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud, no se vincula con algún PP o PAE.

Como se mencionó, en el diagnóstico del PROSESA se identificó que persiste la mala calidad en la atención a la salud en el sector público por diversas razones; como son: horarios de atención limitados y concentrados en el turno matutino, los servicios de urgencias son inadecuados, baja disponibilidad de recursos para la salud en el país en relación con los estándares de la OCDE.

Para la OCDE, existen diversos retos que debe enfrentar el Sistema Nacional de Salud (OCDE, 2012):

- Hacer uso de la innovación para ofrecer una cobertura asequible: Se requiere que el Seguro Popular, establecido en 2004, amplíe la gama de servicios para garantizar y mejorar el acceso a la atención médica; se requiere facilitar la accesibilidad al PP en todos los estados así como mejorar la calidad de la atención.
- Atender las brechas de eficiencia y financiamiento: Se requiere mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la reforma de mecanismos de remuneración que permitan premiar el buen desempeño así como crear un sistema de salud de base amplia con un solo paquete de seguro que se aplique a toda la población. Asimismo, es necesario obtener financiamiento adicional ya que casi la mitad del gasto total en salud en 2009

provino del sector privado, cifra que se encuentra por encima del promedio de la OCDE (28 por ciento).

- Mejorar la calidad y la eficiencia en la atención: El bajo número de médicos y camas de hospital tiene como efecto que la calidad en el servicio de salud sea insuficiente. Estas dificultades son mayores en las entidades federativas con más carencias. Se requiere reducir las diferencias de calidad en los servicios de salud entre las distintas regiones.
- Superar las nuevas amenazas para la salud pública: obesidad y diabetes: Según la OCDE, a un costo anual de 12 dólares por persona, se podría implementar en México un paquete de medidas que incluyan: educar en materia de salud y promover un estilo de vida saludable, regular la publicidad de alimentos dirigida a los niños, adoptar medidas fiscales que combinen impuestos y subsidios con base en la calidad de los alimentos, y difundir consejos sobre estilos de vida a través de los médicos familiares.

12. Como complemento de la pregunta anterior, realizar un análisis organizacional en el que se identifiquen los actores gubernamentales – y no gubernamentales cuando sea el caso – que contribuyen a alcanzar cada uno de los objetivos sectoriales y, por lo tanto, a atender las problemáticas del sector. El análisis debe: a. Evaluar si existen canales de coordinación para la atención de cada problemática (objetivo sectorial), tales como lineamientos de coordinación o convenios, que sugieran que existe una labor conjunta en el tema. b. Indicar las ausencias de coordinación que se identifiquen. c. Recomendar posibles sinergias entre actores. Especificar acciones concretas de cooperación.

La revisión de la evidencia documental disponible permitió inferir los actores gubernamentales que contribuyen a alcanzar los objetivos sectoriales; no los medios de coordinación para la atención de éstos y, en consecuencia, valorar si son adecuados. Ni saber si existen posibles sinergias entre los actores involucrados.

Se tiene claridad de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) regula el proceso de elaboración, dictaminación y seguimiento de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo, a través de la emisión de la normatividad aplicable: Guía técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SHCP, S/Fa), Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SHCP, 2013), Criterios para la publicación de logros de los programas derivados del

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SHCP, 2015) y, la Guía para la publicación de logros de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo (SHCP, S/Fc).

De acuerdo con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (DGED) es la encargada del seguimiento periódico a los indicadores sectoriales (SS, 2006); no se conoce qué otras áreas de la SS y del sector salud participan en el proceso.

No se identificaron los canales de coordinación de la SS con la SHCP, con las otras áreas de la SS, y el resto de las instituciones públicas del sector salud, para el seguimiento de los indicadores sectoriales.

La revisión de la Matriz de Indicadores para Resultados permitió identificar las unidades responsables de los PP y clasificarlos por objetivo sectorial (Anexo 12-A). Las unidades administrativas son:

Objetivo Sectorial 1: ocho unidades responsables de los PP

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
2. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
3. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
4. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
5. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
7. Instituto Mexicano del Seguro Social
8. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Objetivo sectorial 2: nueve unidades responsables de los PP

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
2. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
3. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
4. Dirección General de Calidad y Educación en Salud
5. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

7. Instituto Mexicano del Seguro Social
8. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.
9. Subsecretaría de Administración y Finanzas (Oficialía Mayor)

Objetivo sectorial 3: tres unidades responsables de los PP

1. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
2. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
3. Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo sectorial 4: cuatro unidades responsables de los PP

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
2. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
3. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Objetivo sectorial 5: tres unidades responsables de los PP

1. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
3. Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo sectorial 6: cinco unidades responsables de los PP.

1. Comisión Nacional de Bioética
2. Comisión Nacional de Protección Social en Salud
3. Dirección General de Calidad y Educación en Salud
4. Instituto Mexicano del Seguro Social
5. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

IV. Conclusiones y recomendaciones

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, es el marco programático de la política nacional de salud del país, en beneficio de sus habitantes; en su elaboración se atendieron disposiciones normativas específicas. Como resultado de la presente evaluación, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones. Las primeras, se han elaborado para cada una de las cuatro secciones temáticas valoradas; las segundas, se formulan por dependencia que participa en la implementación del Programa.

Conclusiones

I. Consistencia del Programa Sectorial

Con base en la revisión documental, se identificó que en la sección de diagnóstico, no existe, desde una perspectiva programática, una problemática explícita por atender. Sí se cuenta con elementos para inferirla; si bien se proponen causas adicionales a las observadas en el diagnóstico, existe la posibilidad de haber omitido otras que pudieran ser relevantes.

En el Programa se vincula, de forma adecuada, la problemática inferida y la declaración de los objetivos sectoriales. Representa una lógica de planeación ascendente: la problemática sirve de sustento para el establecimiento de los objetivos sectoriales. En una lógica descendente, los objetivos sectoriales cuentan con fundamento, en términos de condicionantes que originan el problema. La definición precisa de la problemática permitirá fortalecer esta vinculación.

Se observa un explícito enfoque de la perspectiva de género en el PROSESA; no se operacionaliza de manera adecuada. Existen retos que a pesar de ser reconocidos, no son atendidos; son los casos de la violencia obstétrica y geriátrica, la interrupción legal del embarazo, práctica injustificada de cesáreas y la anticoncepción masculina. No se identifican indicadores de evaluación relacionados con estas temáticas.

Sólo dos de los seis objetivos sectoriales están orientados a resultados; ninguno incluye en su redacción a la población potencial que se pretende atender.

En resumen, se observa que la consistencia del Programa está condicionada principalmente por limitaciones en el diagnóstico, derivadas de que no se hace explícito el problema que se pretende atender. La problemática inferida sustenta el establecimiento de los seis objetivos sectoriales. El PROSESA incorpora la perspectiva de género, con oportunidades de mejora.

II. Coherencia en la alineación

La vinculación de sintaxis de la MIR de los 37 PP analizados, es parcial; por deficiencia en la incorporación del Propósito en el objetivo de Fin. Esta vinculación es limitada, debido a que disposiciones normativas de la SHCP mandatan la vinculación de los PP con sólo un objetivo sectorial, lo que provoca vacíos de atención de algunas de las estrategias.

En cuanto a la vinculación lógica (descendente), los seis objetivos sectoriales se relacionan con alguno de los PP. Por el contrario, en la relación ascendente, no todos los PP se alinean con los objetivos sectoriales; por inconsistencias en la redacción del Propósito; por una vinculación errónea con el objetivo sectorial, tal es el caso del PP S201 Seguro Médico Siglo XXI; o por una alineación equivocada con el Programa, el PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se vincula con el PROSESA, sino con el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social. Se relaciona con satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales de los derechohabientes.

Referente a la similitud entre los PP que atienden un objetivo sectorial, se encontraron semejanzas en la narrativa del Propósito y/ Componentes de 36 PP con las ES, todos atienden el derecho social a la salud; cinco PP se alinean con más de un objetivo sectorial. La valoración de las poblaciones objetivo permitió identificar similitudes entre los PP que atienden cinco de los seis objetivos sectoriales, con excepción del OS3. En un sólo OS se cuenta con dos indicadores de carencia social.

Los PP analizados son insuficientes para atender las 39 estrategias establecidas en el PROSESA, existen vacíos de atención de algunas de 13 estrategias por los PP; adicionalmente, la mayoría de las estrategias son cubiertas por 32 programas de acción específicos, cinco estrategias no se relacionan con alguno de los PAE. Aún con esta doble vinculación, una estrategia quedó sin cobertura de algún PP o PAE. Es de destacar que cuatro PP se vinculan directamente con uno de los OS.

El análisis de la priorización presupuestal manifestó que el 95.5 por ciento del presupuesto se destina a OS adjetivos e instrumental. El 4.5 por ciento complementario se asigna a OS sustantivos. Este resultado requiere revisar la limitación de clasificar los PP en un solo OS.

De manera general se concluye que la coherencia en la alineación del Programa está limitada por deficiencias en las vinculaciones de sintaxis y lógica entre los objetivos sectoriales y los PP; deberán ser atendidas para evitar los vacíos programáticos de las estrategias sectoriales.

III. Pertinencia en la instrumentación

El ejercicio de vinculación ideal sin la limitante de la vinculación normativa, permitió disminuir los vacíos de atención de 13 ES a 7.

Las estrategias no cubiertas atienden problemas relevantes incluidos en la agenda de salud, como la atención de grupos vulnerables: adolescentes y personas adultas mayores; así como la atención integral de trastornos mentales y del comportamiento y la disminución de muertes por lesiones de causa externa.

Un problema de gran relevancia que enfrenta el sector salud y que no es cubierto por ningún PP, es la falta de un sistema universal (nacional e integral) de información en salud que permita disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.

Se concluye que la pertinencia en la instrumentación del Programa sectorial está limitada por la insuficiencia de los PP disponibles para atender en forma completa a los objetivos sectoriales. La posibilidad de vincular los PP con los objetivos sectoriales, sin la restricción de la vinculación normativa, permitió disminuir cerca del 50 por ciento el número de estrategias no cubiertas.

IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial

La Secretaría de Salud monitorea y da seguimiento puntual a los indicadores sectoriales de acuerdo con la normatividad establecida y publica los resultados cumpliendo con la rendición de cuentas.

Derivado del análisis de los 16 indicadores del PROSESA, se concluye que todos son claros, 15 están orientados a resultados y son relevantes y 14 son monitoreables, los dos restantes no lo son debido a deficiencias en la identificación de uno de los medios de verificación utilizados.

Si bien todos los indicadores atienden aspectos relevantes de los objetivos sectoriales, no son suficientes para medir el avance de los objetivos; se requiere valorar otros aspectos como son los relacionados con la calidad en la prestación de los servicios y la disponibilidad de los recursos humanos.

En cuanto a la factibilidad en el cumplimiento de las metas programadas para 2018 en relación con el avance reportado en 2015, se tiene que sólo seis indicadores están en posibilidad de cumplir con la meta prevista. Otras limitantes para su cumplimiento se relacionan con la insuficiencia de PP para atender los objetivos sectoriales de forma completa y el decremento en el presupuesto asignado a la Secretaría de Salud para 2016 con respecto a 2015.

Un elemento que se limitó en el análisis fue la coordinación de los actores involucrados del sector salud para la atención de los objetivos sectoriales; que permitiera valorar posibles sinergias entre actores involucrados.

Se concluye que la medición del desempeño del Programa se realiza a través de indicadores sectoriales establecidos ex profeso; el seguimiento y publicación de los resultados es congruente con la normatividad aplicable. Cabe destacar que la factibilidad en el cumplimiento de las metas para 2018 está comprometida en diez

indicadores; deben hacerse explícitos los canales de comunicación entre los actores involucrados en la atención de los objetivos sectoriales.

Un resumen de los hallazgos y conclusiones de la evaluación, se presentan en el siguiente cuadro de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA):

Cuadro 3. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Sección I. Consistencia del Programa Sectorial			
Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza (F) y Oportunidad (O)			
I. Consistencia del Programa Sectorial	F. Adecuada relación de la problemática inferida con objetivos sectoriales.	2	
	F. Significativa incorporación de acciones del PROIGUALDAD, marcadas por la ETPG, en Programa.	3	
	O. Disponibilidad de información estadística oficial, en materia de salud, desagregada por sexo.	3	
	O. Existencia de observatorios ciudadanos de salud materna y violencia contra las mujeres.	3	
Debilidad (D) o Amenaza (A)			
I. Consistencia del Programa Sectorial	D. No se explicitan los problemas por atender en salud, ni las causas y efectos del mismo. No se describen las características de la población involucrada.	1	Revisar las disposiciones normativas establecidas para la elaboración de diagnósticos de programas sectoriales; considerar la importancia de una problematización adecuada y la identificación de la población que se ve afectada por la problemática a resolver.
	D. Débil rectoría afecta la ETPG en el sector salud; ya que el IMSS y el ISSSTE son las instancias donde más se afectan los derechos sexuales y reproductivos.	3	Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud como cabeza de sector.
	D. Carencia de mecanismos de seguimiento a las acciones incorporadas del PROIGUALDAD.	3	Establecer mecanismos de seguimiento a las acciones incorporadas del PROIGUALDAD.

Sección I. Consistencia del Programa Sectorial

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
	D. Sólo dos de los objetivos sectoriales están orientados a resultados; ninguno describe la población por atender.	4	Reconsiderar la redacción de los cuatro OS restantes para enfocarlos también a producir resultados finales, e incluir en la redacción de los seis OS la población potencial o área de enfoque que se pretende atender.

Sección II. Coherencia en la alineación

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza (F) y Oportunidad (O)			
II. Coherencia en la alineación	F. Existe vinculación de los 37 programas presupuestarios (PP) con los seis objetivos sectoriales (lógica ascendente).	5	
	F. Los seis objetivos sectoriales tienen vinculación lógica con alguno de los 37 PP (lógica descendente).	5	
	F. Las estrategias sectoriales no cubiertas con PP, se relacionan con programas de acción específicos.	6	
	F. Vinculación adecuada de las estrategias sectoriales, con el Propósito y de Componente de las MIR de 32 PP.	6	
	F. Con 36 de los 37 PP analizados se atiende el derecho social a la salud; se encuentran similitudes en la narrativa de sus objetivos de Propósito y de Componente de la MIR, con las estrategias de los objetivos sectoriales.	7	
Debilidad (D) o Amenaza (A)			
II. Coherencia en la alineación	A. Disposiciones normativas mandatan la vinculación de los programas presupuestarios con sólo un objetivo sectorial.	5	Gestionar ante las instancias globalizadoras que los PP puedan vincular con más de un objetivo sectorial.
	D. El PP E012 Prestaciones sociales del IMSS no se relaciona con el PROSESA.	5	Redireccionar la vinculación del PP E012 con el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social.
	D. Incompleta vinculación de las estrategias sectoriales con los PP.	6	Analizar la pertinencia de crear nuevos programas presupuestarios o redefinir el Propósito y/o agregar

Sección II. Coherencia en la alineación

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
	D. Tres PP se vinculan directamente con el objetivo sectorial 4 (cerrar brechas en salud), sin estrategias intermedias:	6	Componentes que permitan eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.
	D. La vinculación de las ES con los PP es incompleta.	7	

Sección III. Pertinencia en la Instrumentación

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza (F) y Oportunidad (O)			
III. Pertinencia en la Instrumentación	F. La propuesta de vinculación ideal de los PP disminuye el número de estrategias no cubiertas con PP.	8	Gestionar la incorporación de PP con modalidades presupuestales diferentes de las SUBE, para el análisis social de la atención a la problemática en salud.
Debilidad (D) o Amenaza (A)			
III. Pertinencia en la Instrumentación	D. Asignación mayor de recursos presupuestales a OS relacionados con la atención médica curativa que a las acciones preventivas.	8	Revisar la asignación presupuestal buscando equilibrar la asignación de recursos frente a la importancia de las acciones preventivas.

Sección IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza (F) y Oportunidad (O)			
IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial	F. Se cuenta con 16 indicadores para medir el avance de los OS; son claros; 15, se encuentran orientados a resultados y son relevantes.	9	
	F. Los avances del PROSESA se reportan de forma anual, de acuerdo con la normatividad aplicable.	10	
Debilidad (D) o Amenaza (A)			
IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial	D. Los indicadores sectoriales no son suficientes para medir el avance de los objetivos sectoriales.	9	Ubicar en el contexto de un sistema nacional de información en salud, la incorporación de nuevos indicadores para evaluar, de manera más integral, el avance del Programa.

Sección IV. Medición del desempeño del Programa Sectorial

Sección	Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
	D. Dos indicadores no son monitoreables debido a la imprecisión en los medios de verificación.	9	Revisar la construcción de los medios de verificación de los indicadores, como fundamento de los procesos de transparencia y de rendición de cuentas.
	D. Es factible que en seis de 16 indicadores se cumpla la meta prevista para 2018.	11	Revisar las metas de los indicadores que no son factibles de alcanzarse y replantear las estrategias correspondientes, conforme a los recursos disponibles.
	D. Insuficiencia de PP en operación, para atender integralmente, los objetivos sectoriales.	11	Analizar la pertinencia de crear nuevos programas presupuestarios o redefinir el Propósito y/o agregar Componentes que permitan eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.
	D. Inexistente información para analizar la coordinación para la atención de los objetivos sectoriales y valorar posibles sinergias entre actores involucrados	12	Hacer explícito los canales de coordinación de los actores involucrados para la atención de los objetivos sectoriales, estrategias y líneas de acción, en el contexto de los PP en salud.

Recomendaciones

De acuerdo con el objetivo general de la evaluación, las recomendaciones para la SS se formulan con la finalidad de apoyar la toma de decisiones en materia de planeación estratégica, programación y presupuestación.

Para la Secretaría de Salud

Planeación Estratégica

Hacer explícita en el diagnóstico, la problemática de salud que se atiende con el Programa; podrían utilizarse variantes de la metodología de marco lógico; se establecerían relaciones de causalidad que originan el problema por atender. Ponderar las demás áreas de oportunidad identificadas en el diagnóstico permitirán su fortalecimiento para constituirse en una herramienta de planeación oportuna y actualizada. Caracterizado por una visión integral, específica y acertada de la problemática y de los retos que se enfrentan para el desarrollo de políticas públicas eficientes para solucionar el problema.

Complementar las estrategias sectoriales con temas de violencia obstétrica y geriátrica, interrupción legal del embarazo, anticoncepción masculina e incluir

indicadores relacionados con estas temáticas. El Programa tendría un abordaje adecuado de la perspectiva de género.

Orientar los objetivos sectoriales 1, 2, 5 y 6 hacia el resultado por alcanzar: que la población se mantenga sana o que mejore sus condiciones de salud. Incorporar en la redacción de los seis objetivos sectoriales la población beneficiada. La importancia de orientar los objetivos hacia resultados finales radica en su capacidad para crear valor público, mejorar las condiciones de salud y presentar una solución real a la problemática que atienden, bajo dos premisas fundamentales: que los beneficios sean permanentes y para toda la población.

Redireccionar la vinculación del PP E012 con el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social.

Hacer explícita la coordinación de los actores involucrados para la atención de los objetivos sectoriales, estrategias y líneas de acción, en el contexto de los PP en salud.

Programación

Revisar y corregir la incorporación del Propósito en el Fin de los PP que presentan el problema; de tal manera que la vinculación lógica se cumpla. La unidad administrativa responsable de la relación con la SHCP, deberá gestionar que los PP se puedan vincular con más de un objetivo sectorial.

Analizar la pertinencia de crear nuevos PP o redefinir el Propósito y/o agregar Componentes que permitan eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.

Gestionar ante el CONEVAL la incorporación de PP con modalidades presupuestales diferentes de las SUBE, para el análisis social de la problemática en salud.

Revisar la construcción de los medios de verificación de los indicadores, como fundamento de los procesos de transparencia y de rendición de cuentas.

Ubicar, en el contexto de un sistema nacional de información en salud, la incorporación sistemática de indicadores, existentes y nuevos para evaluar, de manera integral, el avance del Programa.

Presupuesto

Revisar la asignación presupuestal buscando equilibrar la asignación de recursos frente a la importancia de las acciones preventivas.

Revisar las metas de los indicadores que no son factibles de alcanzarse y replantear las estrategias correspondientes, conforme a los recursos disponibles.

Para la SHCP

Adecuar la normatividad para que el FIN de la MIR de los PP se vincule con más de un objetivo sectorial.

Analizar la pertinencia de autorizar, en su caso, nuevos programas presupuestarios propuestos por la Secretaría de Salud.

Determinar bases para cuantificación de costos económicos y sociales de la actuación institucional referida en programas sectoriales derivados del PND.

Determinar procedimientos para que la formulación de metas sectoriales se vincule explícitamente con la suficiencia presupuestal.

Revisar la operacionalización de los criterios para la elaboración de diagnósticos sectoriales.

Analizar la pertinencia de generar una normatividad de aplicación sectorial que integre las recomendaciones señaladas respecto a: problemática, objetivos, costos, indicadores, metas y presupuesto.

Para el CONEVAL

Promover la obligatoriedad de la evaluación de medio camino para programas sectoriales, especiales e institucionales derivados del PND.

Revisar el rol que desempeñan las estrategias sectoriales, en la forma de vinculación de los PP con los objetivos sectoriales.

Bibliografía

- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2016). *Nota informativa. Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. Recursos asignados al Ramo 12 "Salud". notacefp/001/2016*. Recuperado el 20 de julio de 2016, de <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2016/enero/notacefp0012016.pdf>.
- CONEVAL. (2015). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México*. Recuperado el 30 de julio de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS_2014/IEPDS_2014.pdf.
- Córdova-Villalobos, J. Á. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*, 50 (5).
- Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud*. (S/F). Recuperado el 31 de mayo de 2016, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf.
- INEGI. (2016). *PIB y Cuentas Nacionales*. Recuperado el 30 de julio de 2016 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México.
- Kusek, J. y Rist, R. (2005). *Manual para gestores del desarrollo: Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados*. Banco Mundial.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Recuperado el 28 de julio de 2016 de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>.
- Lozano, R. (2014). *La Carga de la Enfermedad en México*.
- Lozano, R. & et.al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública en México*, 55 (6), 580-594.
- MIR (2016). *Matriz de Indicadores para Resultados. CONEVAL Base de Datos MIR 2016 (10.05.16).xlsx*.
- OCDE. (2015). *Estudios económicos de la OCDE*. México. Recuperado el 30 de julio de 2016 de <http://www.oecd.org/economy/surveys/Mexico-Overview-2015%20Spanish.pdf>.
- OCDE. (2012). *México. Mejores políticas para un desarrollo incluyente*. Recuperado el 30 de julio de 2016 de <https://www.oecd.org/mexico/Mexico%202012%20FINALES%20SEP%20eBook.pdf>.

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018. Recuperado el 10 de Junio de 2016, de Diario Oficial de la Federación: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Secretaría de Salud (12 de diciembre de 2013). Diario Oficial de la Federación.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Recuperado el 18 de Agosto de 2016, de http://www.salud.gob.mx/transparencia/marco_normativo/RegInt.pdf.

Rodríguez Abrego, G. (2006). Esperanza de vida saludable en la población mexicana son seguridad social. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20.

Ruelas, J. (S/F). *Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud*. Recuperado el 31 de mayo de 2016, de https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Elementos_criticos_org_modelo_prestacion_mejorar_acceso_utiliz_serv_salud-OPS-Jose_Ruales.pps.

Sassi, F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat*. OCDE.

SHCP. (2008). *Sistema de Evaluación del Desempeño*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (2013). *Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (10 de junio de 2013)*. Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (2015). *Criterios para la publicación de Logros de Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (2016a). *Criterios para la publicación de Logros de Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (2016b). *Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores ara Resultados de los Programas presupuestarios 2016*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (S/Fa). *Guía técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (S/Fb). *Guía para la Publicación de Logros 2014 de Programas Derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SHCP. (S/Fc). *Guía para la Publicación de Logros 2015 de Programas Derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SS. (2014). Programa de Acción Específico (para los diferentes programas). Recuperados en junio de 2016 de <https://www.gob.mx/salud/archivo/documentos?order=DESC&page=5>

SS. (2014). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Logros 2014*. México: Secretaría de Salud.

SS. (2015). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Logros 2015*. México: Secretaría de Salud.

SS. (S/F). *Diagnóstico. Programa E041 Protección y Restitución de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico de los diferentes programas. Disponible en:

Stiglitz, J. E. (2012). *El precio de la desigualdad*. España. Taurus.

Villalpando, S. (2010). "Prevalence and distribution of type 2 Diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey". *Salud Pública* , 52 (Suppl 1).