

Instituto Nacional
de Salud Pública

Proyecto para evaluar los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y de los recursos federales transferidos a Tamaulipas para el Seguro Popular a través del Ramo 12

Producto 3: Informe Final de Evaluación

Este documento fue elaborado como parte del Convenio de Colaboración firmado entre el Gobierno del Estado de Tamaulipas y el Instituto Nacional de Salud Pública.

Proyecto para evaluar los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y de los recursos federales transferidos a Tamaulipas para el Seguro Popular a través del Ramo 12.

Investigador principal: José E. Urquieta Salomón (jurquieta@insp.mx)

Co-investigadores: Martín Rodrigo Salas Real, Viridiana Gabriela Barriga Gutiérrez, Mariana Molina Jaimes, Nadia López Ramírez, Juan Pablo Gutiérrez.

Las conclusiones y recomendaciones que se presentan en este documento son producto de la reflexión de los investigadores que lo realizaron. No representa necesariamente la posición del Gobierno del Estado de Tamaulipas o del INSP.

Contenido

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	5
Resumen Ejecutivo	7
1. Introducción	14
2. Objetivos	20
2.1 Objetivo general	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. Metodología	21
3.1 Estrategia para general para la evaluación del desempeño	22
4. Marco conceptual	26
5. Resultados	32
5.1 Indicadores socioeconómicos de Tamaulipas	32
5.2 Diagnóstico de salud de la entidad	33
5.2.1 Indicadores de mortalidad y morbilidad	34
5.2.2 Obesidad y sobrepeso	36
5.2.3 Indicadores de cobertura de aseguramiento, utilización y calidad de los servicios	37
5.2.4 Indicadores de calidad percibida de la atención médica	42
5.3 Evolución de los recursos financieros federales en salud transferidos a Tamaulipas	44
5.3.1 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	44
5.3.2 Estructura programática de la distribución del FASSA en Tamaulipas	47
5.3.3 Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular: Evolución de la Cuota Federal y la Aportación Solidaria Federal	53
6. Evaluación de desempeño	55
6.1 Evaluación de desempeño del FASSA	55
6.1.1 Alineación a las Metas Nacionales	55
6.1.2 Alineación a Metas Estatales	56
6.2 Matriz de Indicadores para Resultados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en 2013	57
6.2.1 Lógica horizontal	61
6.2.3 Lógica vertical	62

6.2.4 Evolución de los indicadores propuestos en la MIR: Análisis de tendencia y alcance de metas	64
6.2 Evaluación de desempeño del Ramo 12—Seguro Popular	71
6.2.1 Alineación a Metas Estatales	72
6.2.2 Matriz de Indicadores del Seguro Popular de Salud en 2013.....	72
6.2.3 Lógica horizontal.....	76
6.2.4 Lógica vertical.....	78
6.2.5 Evolución de los indicadores propuestos en la MIR: Análisis de tendencia y alcance de metas	80
7. Análisis de indicadores de salud complementarios a la evaluación del desempeño ...	86
7.1 Tasas de mortalidad en población general	86
7.2 Servicios de salud	95
8. Conclusiones	97
Conclusión Global de la evaluación de desempeño FASSA.....	104
Conclusión Global de la evaluación de desempeño Ramo 12-Seguro Popular	104
9. Fortalezas debilidades y recomendaciones de mejora	105
Fortalezas.....	105
Debilidades	105
Recomendaciones de acciones de mejora	107
Referencias.....	109
Anexos	112

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ASF	Auditoría Superior de la Federación
CIEE	Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas
COI	Sistema de Contabilidad Integral
CONAC	Consejo Nacional de Armonización Contable
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DOF	Diario Oficial de la Federación
EPEF	Estructura Programática de la Entidad Federativa
FAEB	Fondo de Aportaciones para la Educación Básica
FAETA	Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos
FAFEF	Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas
FAIS	Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social
FAM	Fondo de Aportaciones Múltiples
FASP	Fondo de Aportaciones para la Seguridad Social
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FORTAMUN	Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento Municipal
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGS	Ley General de Salud
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda
PAT	Plan Anual de Trabajo
PED	Plan Estatal de Desarrollo
PEE	Presupuesto de Egresos del Estado
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación

PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Programa Operativo Anual
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SCODAP	Sistema de Gestión Pública, Presupuesto y Contabilidad Gubernamental
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud

Resumen Ejecutivo

Durante el 2013, los recursos federales transferidos a Tamaulipas a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Seguro Popular representaron en conjunto una fuente importante que permitió financiar 62.3 por ciento de los gastos en los que incurrió el estado para cumplir con sus atribuciones en materia de salud. El ejercicio de estos recursos se alineó a lo establecido en los distintos acuerdos para la descentralización del sector salud firmados entre la entidad y la Federación permitiendo que FASSA operara como un Fondo de ejecución estatal a través de la Secretaría de Salud de la entidad.

La reforma aprobada a la Ley General de Salud en 2003 que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y al Seguro Popular (SP), transformó la dinámica del ejercicio de los recursos de FASSA al establecer criterios de obligatoriedad para vincular el financiamiento del programa recientemente creado con los recursos del Fondo. Así se estableció una concurrencia entre estas dos fuentes de recursos en la entidad.

En materia de evaluación, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria establece que el ejercicio de los recursos federales tiene que ser evaluado por instancias externas reconocidas que garanticen un juicio imparcial y transparente. Adicionalmente, el artículo 19 de citado ordenamiento establece que la evaluación de desempeño deberá realizarse mediante la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas de los indicadores estratégicos y de gestión, que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos públicos federales. De este mandato se desprende este estudio de evaluación, cuyo objetivo primordial es evaluar el desempeño de los recursos federales para objetivos de salud transferidos durante el ejercicio fiscal 2013 al estado de Tamaulipas a través del FASSA y del Ramo 12 dirigido al SP.

Metodología

El abordaje metodológico de esta evaluación se llevó a cabo mediante la aplicación de métodos de análisis cuantitativos y cualitativos, fuertemente apoyados en la revisión de gabinete de documentos normativos y descriptivos de los fondos a evaluar, del análisis de fuentes de información secundaria y de la información proporcionada por distintos servidores públicos involucrados en la programación, planeación y ejecución de

los fondos. A grandes rasgos, la evaluación del desempeño del FASSA y del Seguro Popular en Tamaulipas se construyó a partir de cinco etapas: la primera comprendió el desarrollo de un diagnóstico situacional de las condiciones de salud de la población; la segunda estimó indicadores financieros relacionados con la presupuestación y ejercicio del FASSA y lo correspondiente a las transferencias por Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la operación del Seguro Popular; en la tercera se analizó el desempeño de los recursos a partir del análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados correspondiente a cada Fondo y su evolución; la cuarta etapa estimó una serie de indicadores complementarios al desempeño del FASSA en la entidad, a fin de identificar de manera más clara los avances y áreas de oportunidad en materia de salud. Finalmente se exponen las conclusiones generales del documento y se hace un recuento de las principales fortalezas y debilidades identificadas en el desarrollo de la evaluación, que dan pauta a la formulación de una serie de medidas de mejora.

Principales hallazgos y resultados

Un primer nivel de hallazgos se enfoca en la evaluación del FASSA. Primeramente se identificó que los parámetros que se consideran para determinar la distribución del Fondo en la entidad no necesariamente están vinculados con las necesidades de salud de la población, esto constituye sin duda una dificultad para transitar hacia una verdadera gestión por resultados. En este sentido, la fórmula de distribución del Fondo que usa la federación sigue una lógica incrementalista en la cual los montos asignados en el ejercicio fiscal inmediato anterior tienen un peso determinante en la reasignación de los recursos. Además de lo anterior, una parte del incremento de los recursos aprobados cada año proviene de ajustes salariales, lo cual deja un margen muy reducido para vincular la asignación de recursos a través del FASSA al desempeño mostrado por Tamaulipas en materia de salud. A grandes rasgos, la manera en que se distribuyen los recursos del FASSA por la federación muestra poca vinculación con respecto a las necesidades de la entidad o su desempeño en materia de salud.

En cuanto a la evaluación del FASSA, se identificaron inconsistencias importantes en el instrumento MIR a través del cual se sugiere medir el desempeño del Fondo. En primer lugar no logra capturar claramente el fin que el ejercicio de los recursos busca aportar. Así, al no estar bien determinado, resulta lógico que los instrumentos de medición propuestos estén desvinculados, situación que se extiende a los demás niveles

de la MIR. En segundo lugar, se identificaron inconsistencias importantes en la lógica vertical del instrumento, es clara la desconexión que existe en la relación actividades—componentes—propósito—fin. Es importante señalar que esta ruta determina las actividades sustantivas para generar los productos tendientes a lograr el propósito de los recursos, de tal manera que éste contribuya a alcanzar el fin. Lo anterior muestra la debilidad y la poca pertinencia de la MIR “oficial” como instrumento para medir adecuadamente el desempeño del ejercicio de los recursos del FASSA en la entidad. Sin embargo, en el marco del Sistema de Evaluación del Desempeño, y a pesar de sus deficiencias, se utilizó este instrumento para medir los resultados del ejercicio del Fondo en Tamaulipas durante 2013, el cual fue complementado con el análisis de indicadores alternos.

A pesar de las limitantes mencionadas, los resultados de la evaluación de desempeño muestran que en 2013 la entidad logró un buen desempeño, esto principalmente con relación a dos indicadores fundamentales: la razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social que, si bien no se alcanzó la meta planeada por la entidad, logró reducirse pasando de 31.1 por ciento en 2012 a 29.6 por ciento en 2013. De manera similar, el porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres sin seguridad social en el estado de Tamaulipas atendidos por personal médico en 2013 fue de 99.5 por ciento y presentó un incremento de 0.3 por ciento en comparación con la cifra presentada en 2012. Así, en términos globales y circunscrito a la evolución de estos dos indicadores, puede inferirse que la entidad tuvo un buen desempeño en el ejercicio de los recursos del FASSA en 2013.

En el caso del Seguro Popular, las inconsistencias de la MIR para 2013 no son tan notables como en el caso del FASSA. En este caso las áreas más vulnerables de la matriz fueron las actividades y los componentes, lo que da indicio de que podría no estar claro cuáles son los procesos y productos que tanto entidades federativas como el gobierno federal deben emprender y alcanzar para llegar a los objetivos de este programa. A pesar de ello, la evaluación de los indicadores también muestra un buen desempeño de la entidad en el ejercicio de los recursos transferidos para la operación del SP. En este sentido, los esfuerzos de la entidad contribuyeron a reducir el gasto de bolsillo en salud de los hogares respecto al gasto total en salud, que es el fin último al que contribuye dicho programa presupuestal. Asimismo, en términos de incorporación, de acuerdo con la banda de afiliación establecida por el Sistema de Protección Social en Salud para

2013, el desempeño con respecto al cumplimiento de la afiliación esperada en el estado se situó en el nivel medio y alto en 2013. Una restricción importante identificada en la evaluación de desempeño del Seguro Popular, radicó en la dificultad para acceder a la información oficial para realizar el cálculo de indicadores.

Un tercer nivel de hallazgos se refiere al análisis de los indicadores de salud complementarios a la evaluación de desempeño del FASSA. En primer lugar, se identificó que la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la población no derechohabiente es muy superior a la tasa promedio nacional. Dicho resultado tiene que analizarse a la luz de los objetivos de programas como el de “Prevención de Riesgo Cardiovascular”, cuyo propósito es prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones. Resulta relevante subrayar que de los 505,850 pesos programados del FASSA para 2013 en el programa H370103 “Prevención y control de la hipertensión arterial” únicamente se ejercieron 280,985. Esto es, 55.5 por ciento del presupuestado original declarado en la estructura programática.

Un aspecto destacable se refiere a la diabetes mellitus, se observó una cobertura de atención muy baja cuyo reflejo se manifiesta en un aumento en el número de fallecimientos por esta causa entre 2012 y 2013. De acuerdo a la estructura programática del FASSA en 2013, de los 840,255 pesos presupuestados para el programa H370102 “Prevención, diagnóstico y control de diabetes mellitus” sólo se ejercieron con recursos FASSA 114,652 (13.64 por ciento de lo originalmente presupuestado). De manera similar, la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama aumentó, entre 2012 y 2013, a casi 2 mujeres fallecidas más por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años, lo que es relativamente alto si se compara con la tasa media nacional, que se ubicó en 11 en 2013.

Al revisar la tasa de mortalidad neonatal en la población no derechohabiente, se encontró que Tamaulipas tuvo una tasa de mortalidad neonatal notoriamente mayor al promedio nacional. De acuerdo a los datos de 2013, en Tamaulipas se murieron, antes de cumplir los 28 días de nacido, casi 3 niños más que la tasa promedio nacional por cada mil nacidos vivos. Del mismo modo, la entidad tuvo un desempeño por debajo de lo observado a nivel nacional en la mortalidad por enfermedades transmisibles en menores de 5 años de edad.

Con relación a los servicios otorgados por la Secretaría de Salud a la población demandante, Tamaulipas otorgó en promedio más consultas generales por persona que el resto del país. En el caso del Seguro Popular, en promedio se otorgaron 6.15 consultas por afiliado en 2013, representando 1.5 consultas más por persona que el promedio otorgado en el resto del país a este segmento de la población.

Recuento de Fortalezas, debilidades y recomendaciones de acciones de mejora

A continuación se resumen los principales hallazgos, producto de esta evaluación, que denotan fortalezas y debilidades en la asignación y uso de los recursos FASSA y de los correspondientes al Ramo 12 del Seguro Popular:

Fortalezas

- Los funcionarios involucrados en la planeación, presupuestación, gestión, control y evaluación del FASSA presentan una firme disposición para cumplir con la normativa relacionada con los principios que rigen la Gestión basada en Resultados
- Se mantiene una estructura programática detallada sobre los recursos del FASSA, de acuerdo a los lineamientos que establece la plataforma federal sobre el Sistema de Evaluación del Desempeño.
- Cada uno de los programas que integran la estructura programática funcional de la distribución de los recursos FASSA, cuenta al menos con un indicador de gestión para su seguimiento.
- De acuerdo a lo manifestado en las entrevistas por varios servidores públicos, parece existir en la entidad una capacidad de respuesta institucional suficiente para atender las demandas de salud de la población

Debilidades

- La entidad no cuenta con un Programa Sectorial de Salud que oriente la planeación de actividades en salud y permita vincular los objetivos de cada uno de los programas de acción a las prioridades estatales en salud y a los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación de mayor alcance, como el Plan

Estatad de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud federal y el Plan Nacional de Desarrollo.

- No se cuenta con matrices de indicadores para resultados para cada uno de los Programas de Acción Específicos y otros programas de salud en la entidad financiados parcial o totalmente con FASSA.
- No existe en la Secretaría de Salud estatal algún tipo de mecanismo formal o lineamientos que permita sentar las bases para una mejor coordinación entre las distintas áreas responsables de los programas que componen la estructura programática para la presupuestación de los recursos FASSA.
- Finalmente y a reserva de conocer las causas subyacentes, se considera como una debilidad el que no haya una correspondencia cercana entre las acciones y programas presupuestados con FASSA y lo realmente ejercido. Esto incide negativamente en la planeación anual de actividades de cada uno de los programas de salud y en consecuencia en el logro de sus propias metas. Además, también impacta en el cálculo de metas asociados al FASSA y en la medición de su desempeño de acuerdo a lo establecido en la “Guía Metodológica para el Cálculo de Metas del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)” de Tamaulipas.

Recomendaciones de acciones de mejora

- Diseñar un Plan Sectorial de Salud que cuente con un diagnóstico adecuado de los problemas locales de salud y su magnitud, el cual debe estar alineado a los otros instrumentos de planeación estatal y nacional. Así mismo, debe contener indicadores de resultados que permitan su evaluación y que puedan ser medidos en la población.
- Con el Programa Sectorial de Salud diseñado, avanzar en la construcción de las matrices de indicadores para cada uno de los programas sustantivos en la entidad siguiendo la metodología del marco lógico.
- Se recomienda el desarrollo de lineamientos que permitan sentar las bases normativas para una mejor coordinación entre las distintas áreas responsables de

los programas financiados, total o parcialmente, con FASSA, ya sea que estén dirigidos a la población abierta o a los afiliados al Seguro Popular.

- Se recomienda revisar el procedimiento de cálculo de metas asociadas al FASSA y de otras fuentes de financiamiento, como lo descrito en la “Guía Metodológica para el Cálculo de Metas del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)”, toda vez que esta considera el prorrateo sólo de la parte distribuible (presupuestariamente) del FASSA, no contempla lo efectivamente ejercido ni la contribución de los recursos que se destinan al capítulo 1000 “Servicios personales”.
- Finalmente, no está por demás enfatizar en la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, detección oportuna y tratamiento de los padecimientos que más inciden en la carga de la enfermedad en Tamaulipas, varios de los cuales pueden ser prevenibles a través de la acción social en salud. Las áreas de oportunidad no sólo están en los criterios de asignación presupuestal sino también en los procesos de atención que eleven la cobertura y la calidad de los servicios.

1. Introducción

En la década de los ochenta, México experimentó serias transformaciones de orden económico y social que derivaron en un aumento significativo del desempleo y del empleo informal que dejaban sin el goce de las prestaciones de la seguridad social a un importante sector de la población. Esto acentuó de manera significativa las desigualdades económicas entre la población asegurada y la población abierta. Así, se identificó a la necesidad de replantear la organización del sistema de salud con el fin de adecuarlo a las nuevas circunstancias del país y dotarlo de mecanismos que le permitieran responder mejor a las necesidades de salud de la población y una demanda creciente por servicios sanitarios. Es por estos años que se produce lo que a la postre se llamó la “segunda gran reforma al sistema de salud”, la cual se caracterizó por impulsar el modelo de atención primaria con fuerte énfasis en las intervenciones de salud pública, como: las campañas de vacunación, los programas de educación para la salud y las campañas de saneamiento basadas en la comunidad (Soberón G. 1987, Fajardo Ortiz et al. 2002, Frenk, et al. 2003). Asimismo, se dejaron sentadas las bases para darle viabilidad política al proceso de descentralización, el cual se concretó a fines de los noventa (Merino G. 2003, Moreno J. 2001).

El resultado más importante de este proceso fue que el derecho de todas las personas a la protección de la salud se hizo constitucional, el cual quedó plasmado en el artículo 4º. Con ello se creó la Ley General de Salud que, entre otras cosas, define jurídicamente los alcances del Sistema Nacional de Salud; sienta las bases para una mejor coordinación intersectorial entre el gobierno federal, las entidades federativas y todas las instituciones prestadoras de servicios de salud; y otorga a la Secretaría de Salud la facultad rectora del sistema en general.

En el año de 1996 se establecieron formalmente los lineamientos generales para la descentralización integral de los Servicios de Salud en el país, con el fin de dotar a las 32 entidades federativas de facultades y responsabilidades sobre la organización, administración y prestación de los servicios de salud en el ámbito estatal. En dichos acuerdos, no sólo se sentaron las bases para la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros que posibilitarían a los gobiernos estatales contar con cierta autonomía en el ejercicio de las facultades otorgadas en la Ley General de Salud (LGS),

sino que también se establecieron las bases para implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de desempeño del sistema.

Como parte de este proceso de descentralización, en diciembre de 1997 a través de la aprobación de reformas a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) se institucionalizó la creación de una serie de fondos de recursos públicos federales transferibles como aportación a cada una de las entidades del país. A partir del ejercicio fiscal de 1998, se crea el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), como parte de los fondos que integran el Ramo 33¹. El FASSA tiene como principal objetivo financiar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población abierta, de acuerdo a las disposiciones señaladas en los artículos 3, 13 y 18 de la LGS, que en términos generales establecen las acciones a seguir para promover la protección contra riesgos sanitarios, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la prestación de servicios médicos. Siguiendo de cerca el marco conceptual que explica las funciones sustantivas del sistema de salud (Frenk J, 2000), el FASSA se asigna a través de cuatro sub-funciones programáticas establecidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF):

- FASSA-P. Prestación de servicios de salud a la persona
- FASSA-C. Prestación de servicios de salud a la comunidad
- Generación de recursos en salud y
- Rectoría del sistema

Desde su creación, el FASSA se ha constituido como una fuente importante de financiamiento para el diseño y operación de los servicios estatales de salud dirigidos a la población abierta. Además del FASSA, existen los recursos provenientes del Ramo 12 (función salud) que la federación transfiere directamente a la Secretaría de Salud Federal (SSA) para garantizar el ejercicio de sus atribuciones instituidas en la LGS y leyes secundarias. Una parte de estos recursos son asignados por la SSA a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) para procurar la administración

¹ El Ramo 33 “Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios” se conforma de 8 Fondos: Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB); el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA); el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS); el Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM); el Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal (FORTAMUNDF); el Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos (FAETA); el Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito; y el Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas (FAFEF)

financiera, la planeación y coordinación operativa de los programas que integran el Sistema de Protección Social en salud, entre los que se encuentra el Seguro Popular. El Seguro Popular, como brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, es un seguro médico que se ofrece a aquellas personas que por su condición laboral o socioeconómica no cuentan con afiliación a la seguridad social. El Seguro Popular es operado por los servicios de salud federal y estatal, cubre más de 250 intervenciones en salud, tanto ambulatoria como hospitalaria, y uno de sus principales objetivos es reducir el gasto de bolsillo de las familias por motivos de salud

La CNPSS, mediante convenios de colaboración con cada una de las entidades federativas, transfiere recursos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal a los Estados para la operación del Seguro Popular a través de los regímenes estatales de protección social en salud. Adicional a estas transferencias, las entidades federativas reciben recursos de la SSA a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), en los cuales se establecen, para cada uno de los Estados, los programas específicos de acción a financiar y las metas a alcanzar al final del ciclo presupuestal. Al total de los recursos públicos destinados a proteger la salud de la población no derechohabiente de la seguridad social, se le suman los recursos que aportan las propias entidades federativas y lo que corresponde al componente de salud del programa *Prospera* (antes *Oportunidades*).

En materia de gestión de los recursos, desde hace varios años el gobierno federal ha emprendido importantes esfuerzos para transformar la manera en que se vincula la gestión de los servicios públicos, específicamente sus productos y resultados con la manera en que se asignan los recursos (Arellano y Ramírez, 2008), esta nueva manera de organizar la administración pública se le conoce como Gestión Basada en Resultados (GbR), la cual se orienta a dar mayor importancia a los resultados alcanzados mediante el ejercicio de los recursos y la vinculación de estos con la planeación, presupuestación, seguimiento y evaluación de la acción pública.

Con la instauración del GbR, diversos ordenamientos jurídicos² establecen las bases y mecanismos para que los recursos federales que ejerzan las entidades federativas sean evaluados. Con la aprobación de la Ley de Presupuesto y

² Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el Presupuesto de Egresos de la Federación, la Ley General de Salud, los múltiples lineamientos emitidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, entre otros.

Responsabilidad Hacendaria creó Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) con el objetivo fundamental de generar indicadores de desempeño y de gestión que vincularan el proceso de planeación presupuestaria apoyado en la lógica del Presupuesto Basado en Resultados. En conjunto, estos dos ordenamientos dieron una nueva visión acerca de manera en que debía planearse la gestión pública y la manera como debe estar orientada a los resultados más que a los procesos.

En el caso específico de la evaluación, el artículo 110 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) establece que la evaluación de desempeño deberá realizarse mediante de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas de los indicadores estratégicos y de gestión, que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos públicos federales. En el caso particular de los fondos que integran el Ramo 33, la SHCP emitió en 2013 una serie de disposiciones para normar el uso de dichos recursos por parte de las entidades coordinadoras o ejecutoras. En el artículo 14 de dichos lineamientos³ se establece que:

“Las Dependencias Coordinadoras de los Fondos implementarán indicadores de desempeño y metas correspondientes de común acuerdo con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco de los esquemas de coordinación intergubernamental establecidos en el ámbito de cada uno de los Fondos de Aportaciones Federales”

En el caso del FASSA, la Secretaría de Salud y la SHCP son las dependencias encargadas de definir los indicadores de gestión y estratégicos que integran la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) para la evaluación y seguimiento del Fondo.

Diversos estudios han evidenciado las complejidades y limitaciones para medir los avances en el ejercicio de los recursos del Ramo 33. Un estudio reciente de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) sobre el Sistema de Evaluación del Desempeño en el Gasto Federalizado expone con claridad las dificultades normativas y técnicas para armonizar los objetivos explícitos de los distintos Fondos del Ramo 33 con los objetivos y las estrategias generales de la planeación nacional. En el caso específico del FASSA, la dificultad para su evaluación radica principalmente en que no se trata de un programa

³ Lineamientos para informar sobre los recursos federales transferidos a las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales del Distrito Federal, y de operación de los recursos del Ramo General 33.

presupuestario federal, sino de un fondo para financiar programas que pueden ser concurrentes y de difícil separación para identificar sus objetivos específicos. La ASF indica al respecto lo siguiente:

En el caso del Ramo General 33 se trata de fondos que constituyen bolsas de recursos, no necesariamente asociados a un objetivo particular, identificable y medible como en el caso de los programas presupuestarios federales, sino que pueden tener como destino apoyar la atención de problemáticas diversas y de naturaleza diferente como en el caso del FORTAMUN-DF, FAFEF, FAM y FAETA, o en otros casos dicho apoyo se complementa con otros recursos para la atención de los fines previstos (FAEB y FASSA). La asignación de los fondos y programas del Gasto Federalizado no depende de los resultados de su gestión, por lo que sus características difieren de las correspondientes a los programas que en la Federación están asociados al esquema de Gestión para Resultados. Por lo anterior, los fondos del Ramo General 33 no presentan una lógica de alineación tan explícita con el Plan Nacional de Desarrollo y con los planes estatales de desarrollo, como sí la tienen los programas presupuestarios federales respecto del PND y los programas sectoriales, en los términos de la metodología del PbR-SED. Asimismo, en el caso de algunos aspectos metodológicos como la construcción de metas e indicadores, existen diferencias sustantivas entre los fondos del Ramo General 33 y los programas presupuestarios federales ya que, en muchos casos, la aplicación de los recursos de los fondos del Gasto Federalizado deriva en metas intermedias de programas más amplios, por lo que la medición de su impacto se dificulta.⁴

Una situación concreta que refleja con claridad las dificultades señaladas por la ASF en el párrafo citado es que los fondos del Ramo 33 (y por lo tanto el FASSA) no forman parte del Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social, debido a que la normativa no establece explícitamente la obligatoriedad para el Consejo de evaluar periódicamente ese Ramo de acuerdo al Programa Anual de Evaluación (PAE), ni mediante la metodología establecida en sus términos de referencia para evaluar los resultados, el diseño o la consistencia de los programas presupuestarios federales.⁵

En lo que respecta al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en particular el programa presupuestal U005 Seguro Popular, su seguimiento es más sencillo, ya que

⁴ Auditoría Superior de la Federación. 2014. El sistema de evaluación del desempeño en el gasto federalizado.

⁵ Véase el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social. Disponible en <http://web.coneval.gob.mx/evaluacion/ipfe/Paginas/default.aspx>

siendo un programa presupuestario del Ramo 12 del gasto federalizado, lo acompaña una Matriz de Indicadores que establece con claridad los objetivos, indicadores de resultados y metas con los cuáles medir su desempeño. Aunque este se encuentra incluido en el inventario de programas del CONEVAL, la normativa sólo establece la obligatoriedad de evaluar su desempeño a nivel federal, sin especificar un calendario y tipos de evaluación para las entidades federativas que reciben las transferencias.

Tomando en cuenta los antecedentes anteriores, en cumplimiento a la obligación establecida en la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) la Secretaría de Hacienda del estado de Tamaulipas y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) firmaron un acuerdo de colaboración con la finalidad de realizar la evaluación del desempeño de los recursos federales transferidos a la entidad a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y del Seguro Popular. El presente proyecto de evaluación se planteó como fin encontrar una perspectiva, congruente con la metodología del marco lógico y apegado a las disposiciones normativas en materia de evaluación, que fuese de utilidad tanto para las autoridades del Estado como para la Federación.

El contenido de esta Evaluación se estructura de la siguiente manera: en el primer apartado se plantea la introducción del documento con la finalidad de contextualizar el ejercicio de evaluación. En el segundo apartado se exponen los objetivos generales y específicos a alcanzar, mientras que el tercer apartado presenta la metodología utilizada. En el cuarto apartado se desarrolla el marco conceptual que sirve como base para el análisis de los resultados. El quinto apartado presenta los resultados de la evaluación desarrollados de tres etapas: un diagnóstico situacional sobre las características y necesidades en salud del estado; el análisis de los resultados obtenidos en la entidad mediante el ejercicio de los recursos del FASSA y el Seguro Popular, de acuerdo con su principal instrumento de monitoreo: la Matriz de Indicadores para Resultados. Enseguida se presentan la evaluación global de indicadores de salud seleccionados que relacionan la estructura programática de la entidad con el ejercicio de los recursos principales. El séptimo apartado expone el análisis de fortalezas, debilidades y recomendaciones de mejora. Finalmente se exponen las conclusiones generales del documento.

2. Objetivos

En esta sección se establecen los objetivos que busca cumplir el desarrollo de la evaluación. En primer lugar se plantea el objetivo general que persigue con respecto al análisis del desempeño de los recursos federales transferidos a través del FASSA y del Seguro Popular. Posteriormente se plantean los objetivos específicos, que son aquellos elementos particulares desarrollados a lo largo del documento.

2.1 Objetivo general

Evaluar el desempeño de los recursos federales para objetivos de salud transferidos durante el ejercicio fiscal 2013 al estado de Tamaulipas a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Seguro Popular (SP), mediante el análisis de los indicadores propuestos en la Matriz de Indicadores correspondientes a cada uno con el fin de detectar fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad que permitan emitir recomendaciones para mejorar la eficacia y eficiencia en el ejercicio del presupuesto federal destinado transferido.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Realizar un diagnóstico situacional de las principales condiciones de salud de la población en Tamaulipas para identificar las características y necesidades de salud de la población del estado y contrastarlas con la distribución de recursos en los programas y acciones de salud financiados a través de FASSA y Seguro popular en la entidad.
- 2.2.2 Analizar la evolución financiera de los recursos transferidos a través de los fondos bajo evaluación.
- 2.2.3 Identificar las metas específicas para el ejercicio 2013 del FASSA y del Seguro Popular para el Estado de Tamaulipas, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 2.2.4 Evaluar el desempeño de estos fondos y su tendencia a través de los indicadores y metas establecidas en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).

- 2.2.5 Evaluar la pertinencia de los indicadores propuestos en la MIR del FASSA y del Seguro Popular para el ejercicio fiscal 2013 para la medición de los resultados y la gestión estos recursos en el Estado de Tamaulipas.
- 2.2.6 Evaluar el desempeño de las acciones financiadas con FASSA en indicadores complementarios de salud.
- 2.2.7 Exponer los principales resultados alcanzados por estos fondos durante el ejercicio 2013 en el Estado de Tamaulipas.
- 2.2.8 Determinar las principales fortalezas y debilidades en la aplicación de los recursos federales sujetos de esta evaluación.
- 2.2.9 Determinar aspectos susceptibles de mejoren el impacto de las acciones de salud financiadas con el FASSA y el Seguro Popular en el Estado de Tamaulipas.

3. Metodología

Esta evaluación se realizó mediante la aplicación de métodos de análisis cualitativos y cuantitativos para el análisis del FASSA y del Seguro Popular. En primer lugar, se estructuró un marco teórico-conceptual que nos diera elementos para entender mejor el objetivo fundamental que persigue la acción pública en salud y su relación con las fuentes de financiamiento. En segundo lugar, se integraron elementos conceptuales para comprender los objetivos y funcionamiento de los fondos observados a partir de los lineamientos establecidos en la normatividad federal y estatal vigente aplicable a su operación. Esto constituyó la base para el análisis de los fondos.

El análisis cuantitativo estuvo orientado a desarrollar un diagnóstico situacional de algunas de las condiciones de salud en la entidad, a monitorear la evolución financiera de las transferencias federales, y la evaluación del desempeño del FASSA y el Seguro popular. Para llevar a cabo estos análisis se usaron distintas fuentes oficiales de información disponibles, las cuales debían tener representatividad estatal.

En el caso del análisis sobre la evolución financiera de los recursos, las principales fuentes consultadas fueron los Informes sobre la Situación Económica, las

Finanzas Públicas y la Deuda Pública publicados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Cuenta Pública Federal, la Cuenta Pública del estado de Tamaulipas, así como los presupuestos de Egresos de estos ámbitos de gobierno aprobados para distintos años fiscales.

Para la evaluación del desempeño, el cálculo y análisis de los indicadores se apegaron a los parámetros propuestos para la medición en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) correspondiente a cada uno de los fondos evaluados. En ellas, además del indicador se establece la ruta cálculo y verificación correspondiente. Los resultados se complementaron con un análisis de la pertinencia de los instrumentos de monitoreo.

Finalmente, con el objetivo de enriquecer la evaluación y de proveer información útil a la Secretaría de Salud de Tamaulipas, se realizó una evaluación global de desempeño a partir de indicadores que relacionan los objetivos del FASSA con el ejercicio programático de los recursos en la entidad. A pesar de que dichos indicadores no necesariamente se encuentran explícitos en la MIR de este Fondo, su análisis puede permitir a los tomadores de decisiones identificar áreas de oportunidad y focalizar mejor el gasto estatal en salud de tal manera que contribuya a lograr mejores resultados en el cumplimiento de los objetivos federales y estatales en materia de salud, y respecto de políticas de mayor alcance en la entidad.

3.1 Estrategia para general para la evaluación del desempeño

La evaluación de desempeño se llevó a cabo a partir de dos actividades principales: trabajo de gabinete y trabajo de campo. El análisis de gabinete se centró, en primer lugar, en la identificación y revisión de los principales ordenamientos jurídicos que regulan el uso de los recursos federales correspondientes al FASSA y el SPSS en 2013, así como de los documentos que explican con mayor detalle los fines de la política de salud del Estado de Tamaulipas, tales como el Plan Estatal de Desarrollo (PED) vigente, el Plan Operativo Anual (POA) 2013, los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y la entidad en los que se determinan las metas específicas para el uso de los recursos⁶,

⁶ En agosto de 1996 se celebró entre la Federación y los estados, incluido Tamaulipas, el “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud”, así como el “Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud”. Con base en lo anterior, el 10 de octubre de 2012 se celebró entre la Secretaría de Salud Federal y el Ejecutivo del Estado de Tamaulipas el “Acuerdo Marco de Coordinación” para facilitar la concurrencia en la prestación de servicios de salubridad general. El 12 de marzo de 2013 se celebró, derivado del Acuerdo Marco anterior, entre la Secretaría de Salud Federal y el

entre otros. En segundo lugar se utilizaron elementos de la Metodología de Marco Lógico (MML) con la finalidad de identificar información básica y esencial que permitiera entender con facilidad la lógica que sigue la intervención gubernamental a través de FASSA y de Seguro Popular. Esta propuesta contribuye a identificar en qué medida los recursos del FASSA y del Ramo 12 aportan al cumplimiento de los objetivos estratégicos nacionales y estatales en materia de salud.

La evaluación del desempeño se realizó en cinco etapas:

Primera etapa.

Esta etapa comprende el desarrollo de un diagnóstico situacional de las condiciones sociales y de salud en las que viven los tamaulipecos. Se analizaron una serie de indicadores relacionados con las condiciones de salud de la población, con el aseguramiento médico, con la utilización de servicios reportados por diferentes sub-grupos poblacionales: mujeres en edad reproductiva, niños, adolescentes, adultos mayores. Como mencionamos, las fuentes de datos utilizadas fueron la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y datos oficiales del estado de Tamaulipas, tales como los reportados por la Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social.

Segunda etapa.

En esta se realizó la estimación de una serie de indicadores financieros relacionados con la presupuestación y ejercicio del FASSA y con los recursos transferidos al Estado para la operación del Seguro Popular. El objetivo de este análisis es monitorear la evolución que en términos reales han tenido las transferencias de estos recursos a la entidad y contrastar si puede entreverse una relación de correspondencia entre las necesidades en salud y el ejercicio del gasto. Además, buscó identificarse el tipo de relación que guardan las dinámicas financieras mostradas por el Seguro Popular y el gasto de bolsillo en salud de los

hogares, para ello se analizó el gasto de bolsillo de los hogares en salud y su evolución en los últimos 5 años en la entidad. Para llevar a cabo este análisis, se analizan la información financiera de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, estadísticas del Sistema de Protección Social en Salud, informes de la Auditoría Superior de la Federación y de encuestas nacionales como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y las Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de los últimos años.

Tercera etapa.

Comprende el análisis del principal instrumento propuesto para la evaluación del desempeño para estos fondos: la Matriz de Indicadores para Resultados propuesta desde el ámbito federal. Así, se consideran las matrices de indicadores oficiales 2013, establecidas por el gobierno federal a través de la SHCP para el caso del FASSA y de la Secretaría de Salud, en el caso del Seguro Popular.

Uno de los primeros pasos a seguir en esta etapa es el análisis lógico de cada una de las matrices. Este análisis permite identificar si existe, dentro de cada instrumento una conexión lógica entre el objetivo que el ejercicio de los recursos pretende lograr, cómo se alcanzarán, los supuestos para lograrlo y cómo se van a medir los resultados.

De esta manera se buscó verificar que las acciones que se emprenden por el FASSA y el Seguro Popular tengan una clara correspondencia con las razones que se tuvieron en cuenta para su creación. Además se busca verificar la pertinencia de la ruta de indicadores para determinar el cumplimiento de tales objetivos y que esta esté efectivamente alineada con los resultados esperados en cantidad y calidad. El segundo paso, fue la medición de los indicadores de la MIR, su evolución y el avance en el cumplimiento de las metas comprometidas a nivel estatal. Para la recolección de la información correspondiente para cada una de las variables incluidas en los indicadores, se utilizó el medio de verificación propuesto en cada nivel de la matriz.

Cuarta etapa.

En esta etapa se llevó a cabo el análisis de indicadores complementarios, que básicamente son distintas tasas de mortalidad por causas que se asumen prevenibles si existe una adecuada atención médica. La metodología empleada en el análisis de los indicadores complementarios al desempeño del FASSA se hizo mediante una revisión detallada de la información contenida en las tablas dinámicas interactivas de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud federal. Se determinó el número de fallecimientos en Tamaulipas durante 2013 por cada causa en personas “no derechohabientes”, que es la población objetivo del FASSA y se conforma por la población sin seguro médico, con Seguro Popular e incluye la categoría “se ignora” condición de aseguramiento. Las causas se identificaron mediante la clasificación CIE⁷ y se ordenaron por su relevancia. Se comparó con la información reportada para 2012 en la entidad, con el propósito de generar un comparativo válido sobre el avance o retroceso en cada uno de estos indicadores.

El procedimiento anterior se replicó con los promedios nacionales, con objeto de generar las tasas correspondientes a la media nacional, y así analizar el desempeño de Tamaulipas no sólo con sus resultados del ejercicio anterior, sino también con lo observado en el resto de las entidades de la República Mexicana. La comparación neta (Variación 2012-2013) se realizó sobre una tasa homogénea de fallecimientos por cada 100,000 habitantes sin derechohabiencia, de acuerdo a las cifras proyectadas por CONAPO con base en el censo 2010. Mediante el uso de los datos recabados, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de fallecidos "no derechohabientes" por causa en Tamaulipas, año específico}}{\text{Población "sin derechohabiencia" en Tamaulipas, año específico}} \right) \times 100,000$$

Se siguió el mismo procedimiento para la estimación de las tasas nacionales. Para algunas tasas de mortalidad se ajustó por total de la población en necesidad u objetivo, ya sea por nacidos vivos para los indicadores relacionados con eventos en el periodo perinatal, o por grupos de edad y sexo específicos, como la tasa de mortalidad infantil o las tasas de mortalidad por tumores malignos como el de mama, cervix o próstata.

⁷ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Uno de los elementos más importantes que complementa la evaluación de desempeño es la realización de un trabajo conjunto, en términos conceptuales y de percepción, con los funcionarios estatales que participan en la planeación, gestión y evaluación de los recursos. Para ello, se llevó a cabo una visita de trabajo a la entidad con el fin de recolectar información cuantitativa y cualitativa mediante reuniones con servidores públicos “claves. La lista pormenorizada de los temas que se indagaron en las reuniones, así como la lista de funcionarios y áreas administrativas que fueron entrevistados, se muestra en los Anexos 2 y 3.

Quinta etapa.

En esta etapa se desarrolló tomando como insumos los principales hallazgos en cada una de las etapas anteriores. Con esta información se delineó un análisis acerca de las principales fortalezas y debilidades identificadas en la evaluación del FASSA y del Seguro Popular con el fin de emitir recomendaciones de mejora que contribuyan a hacer más eficaz el ejercicio de los recursos evaluados. Finalmente se exponen las conclusiones generales del documento.

4. Marco conceptual

El objetivo de esta sección es proveer elementos conceptuales que contribuyan al entendimiento de las implicaciones que tiene la acción gubernamental financiada con los recursos públicos, especialmente con los Fondos FASSA y Ramo12-Seguro Popular, en los resultados de salud observados en la población.

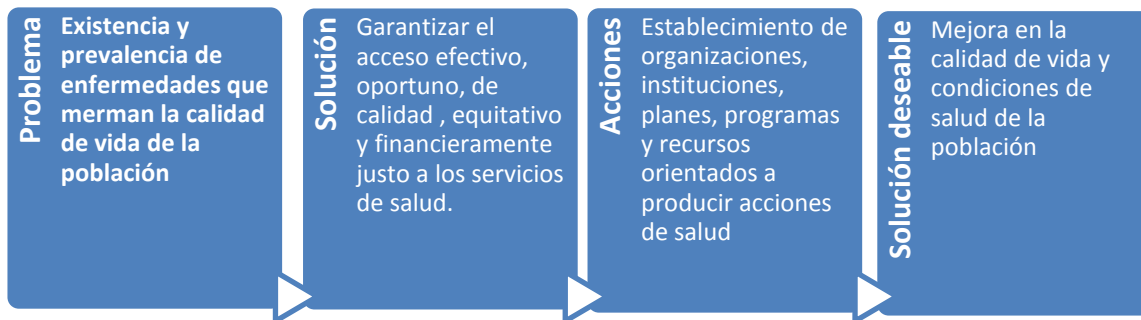
Antes de plantear los resultados potenciales asociados al ejercicio de estos recursos, es menester analizar los objetivos para los que fueron constituidos. Ambos recursos están orientados a contribuir a cumplir las funciones esenciales del sistema de salud, que es el de organizar la respuesta social (instituciones, proveedores, infraestructura, reglas, recursos financieros, etc.) para atender las necesidades de salud, prevenir enfermedades y, en términos generales, proteger y mantener la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida. De esto modo, la provisión de servicios de salud por parte del SS está orientada a tres objetivos fundamentales:

- i. Mejorar la salud a través de la cobertura universal sanitaria, la cual se reconoce hoy en día, deber ser oportuna, eficaz, eficiente, equitativa y sustentable financieramente
- ii. Brindar respuesta oportuna, cuyo espacio está relacionado con aspectos de calidad en el servicio, con la eficacia de la atención y con el trato digno al paciente.
- iii. Brindar protección financiera a la población por motivos de salud. Este es, junto con el tema de calidad, uno de los principales objetivos que persigue el SS. Cualquier sistema de salud debe aspirar a atenuar los desequilibrios financieros y a considerar la posibilidad de cada hogar para hacer frente a los gastos por motivos de salud, evitando que los hogares y las personas incurran en gastos catastróficos por motivos de salud que los lleve al empobrecimiento.

Con el cumplimiento de estos objetivos, se asume que el SS tiene la capacidad de incidir directa o indirectamente en diversos espacios de la calidad de vida de las personas, que al final se ven reflejadas en una mayor esperanza de vida, en más años de vida saludable sin condición de discapacidad, o en mejores salarios productos de una mayor productividad laboral.

En el caso mexicano, como se mencionó en la introducción, el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) reconoce el derecho que toda persona tiene a la salud, y con ello se establecen las bases para el cumplimiento de un derecho que el Estado debe garantizar. La Ley General de Salud establece las atribuciones de la Secretaría de Salud federal para hacer cumplir los objetivos generales del sistema de salud y conducir las acciones de coordinación intersectorial entre el gobierno federal, las entidades federativas, las instituciones prestadoras de servicios en materia de presupuestación. Bajo estas premisas, el sistema de salud establece su diseño y operación bajo la siguiente lógica causal:

Lógica causal de la acción pública en salud



Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 2000.

De acuerdo con la arquitectura financiera actual del SS, el gasto público en salud se segmenta en dos grandes grupos poblacionales: los que tienen seguridad social y los que no la tienen, en este último grupo se incluye a los afiliados al Seguro Popular. En el caso particular del gasto público dirigido a la población abierta, éste se canaliza a través de varios fondos: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) que forma parte de Ramo 33 y que la federación transfiere directamente a las entidades federativas para el fortalecimiento y operación de los programas de salud en los Estados; los recursos del Ramo 12 (función salud) que la federación transfiere a la Secretaría de Salud Federal (SSA) para su administración; una parte de estos recursos se asigna a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que tiene a su cargo la coordinación operativa y financiera del Seguro Popular, entre otros programas. La CNPSS, mediante convenios de colaboración con cada una de las entidades federativas, transfiere recursos por concepto de Cuota Social⁸ y Aportación Solidaria Federal⁹ a las entidades para la operación del Seguro Popular y los regímenes estatales de protección social en salud. Adicional a estas transferencias, la SSA transfiere recursos a los estados mediante los acuerdos de colaboración AFASPE, que tienen como finalidad fortalecer las acciones de salud pública en los Estados. A estos recursos se le suman los recursos que aportan las entidades federativas y lo que corresponde al componente de salud del programa *Prospera* (antes *Oportunidades*).

⁸ Cuota Social es la aportación per cápita que realiza el gobierno federal a los estados por cada afiliado al Seguro Popular

⁹ La Aportación Solidaria Federal es la aportación federal por cada persona afiliada al sistema y representa 1.5 veces el monto de la Cuota Social

De acuerdo con la LCF, la distribución anual de recursos FASSA a los gobiernos estatales se realiza considerando los siguientes aspectos:

- a) El inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal¹⁰.
- b) Los recursos federales transferidos en el año inmediato anterior para cubrir gastos en servicios personales incluyendo ampliaciones autorizadas por concepto de incremento salarial y prestaciones.
- c) Los recursos federales transferidos en el año inmediato anterior para cubrir gastos de operación e inversión
- d) Los recursos federales transferidos en el año inmediato para promoción de la equidad. Este monto se calcula además considerando la población abierta de la entidad federativa, un presupuesto mínimo per cápita aceptado, su tasa estandarizada de mortalidad y marginación.

El FASSA, al tratarse un Fondo del Ramo 33, está condicionado al cumplimiento de objetivos en materia de salud normados por la legislación federal. El marco legal de referencia para estos recursos lo constituyen tres disposiciones jurídicas de carácter federal: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) y la Ley General de Salud (LGS).

Esto implica que el gobierno de Tamaulipas no cuenta, en principio, con atribuciones distintas a lo que señala la LCF y la LGS para ejercer los recursos de FASSA (ver Anexo 1 donde se detallan las atribuciones del SS). De acuerdo a sus propias necesidades, las entidades federativas quedan a cargo de la provisión de servicios de promoción y prevención de la salud, de la atención médica, así como de otros aspectos relacionados con la investigación en salud y aspectos sanitarios.

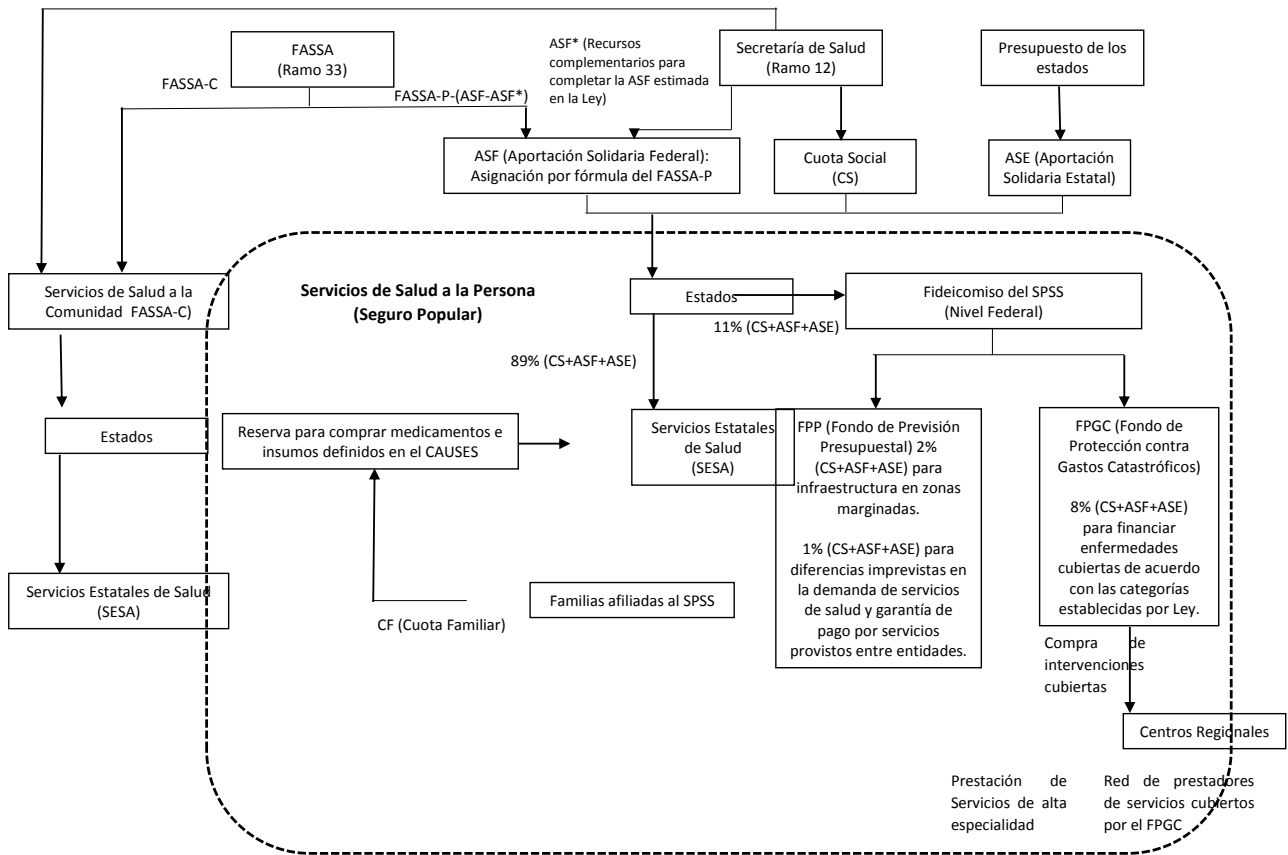
Por otro lado, con la reforma a la Ley General de Salud aprobada en mayo de 2003, estableció en su artículo décimo segundo transitorio los criterios de obligatoriedad del FASSA como fuente de financiamiento vinculante con el SPSS, en particular del Seguro Popular. Estos cambios a la LGS no significan que se dejen totalmente sin efectos

¹⁰ Toma como base para el cálculo los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud incluyendo erogaciones por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social.

las disposiciones establecidas en la LCF para con la atención a la población abierta, la cual incluye las acciones de rectoría, formación de recursos, y muchas de las intervenciones de salud pública. De esta manera, en la práctica, el FASSA y las transferencias federales del Ramo 12 destinadas al funcionamiento del SP son concurrentes en la entidad.

Como se observa en la Figura 1, ambos Fondos contribuyen a financiar las intervenciones que integran el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) que ofrece el Seguro Popular; y por otro, ambos financian diversas acciones de promoción, prevención y atención de la salud dirigidas a la población no derechohabiente a la seguridad social a través de los distintos programas de acción que llevan a cabo las entidades federativas.

Figura 1. Distribución y concurrencia de los recursos federales FASSA (Ramo 33) y SPSS (Ramo 12)



Fuente: Figura tomada del reporte Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México, 2005

De esta manera, entendiendo que el FASSA es una importante fuente de financiamiento del Seguro Popular, resulta difícil y poco pertinente separar la evaluación de desempeño del FASSA de los indicadores de salud poblacionales relacionados, directa o indirectamente, con los objetivos del SPSS (Seguro Popular).

Atendiendo los principios que guían la Gestión basada en Resultados, la evaluación del desempeño del FASSA y del Ramo12-Seguro Popular debe permitir valorar los avances (o retrocesos) de las acciones y programas financiados con esos recursos, a través del monitoreo de indicadores de resultado de salud poblacionales, esto con el fin de generar evidencia que permita mejorar la operación de los mismos (SHCP, 2009). Para ello es importante aprovechar las herramientas de gestión que acompañan la implementación del Presupuesto Basado en Resultados y del Sistema de Evaluación del Desempeño. Fundamental para esta evaluación es el análisis del “Programa Anual de Trabajo 2013 o Programa Presupuestario” con el cual se identifica el catálogo de programas y acciones financiados por estos Fondos; así como las Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) definidas para el FASSA y para el Seguro Popular para dicho ejercicio fiscal. En la Figura siguiente se presenta el marco lógico general que guía el presente ejercicio de evaluación:

Figura 2. Marco lógico de la acción en salud a través del FASSA



5. Resultados

5.1 Indicadores socioeconómicos de Tamaulipas

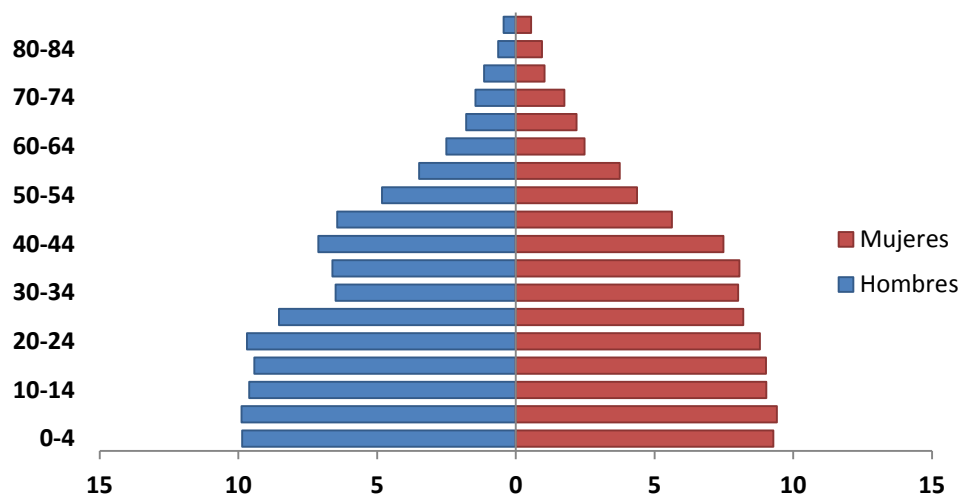
En esta sección como objetivo proveer un panorama general del estado de Tamaulipas a través de las características sociales y económicas de su población. El estado, se encuentra al noreste del país, siendo uno de los seis estados fronterizos con Estados Unidos, siendo su frontera el estado de Texas. Con 43 municipios, el Producto Interno Bruto (PIB) generado por el estado en 2012 fue de 400,892 millones de pesos (a precios de 2008). Esta cifra representó el 3.1 por ciento del PIB a nivel nacional. En términos de pobreza durante el periodo 2010-2012, la pobreza total disminuyó de 39 por ciento a 38.4 por ciento y la pobreza extrema de 5.5 por ciento a 4.7 por ciento; sin embargo, la pobreza moderada aumentó ligeramente en el mismo periodo pasando de 33.5 por ciento a 33.7 por ciento. En cuanto a la carencia por acceso a los servicios de salud, la proporción de personas que la presentaron disminuyó de 20.9 a 15.8 en el mismo periodo de tiempo.

La población del estado de Tamaulipas, a mitad del año 2012, fue de 3,419,338 personas (CONAPO, 2014). Esta población se encuentra concentrada en las edades jóvenes, y muestra una distribución muy similar hasta los 44 años para el caso de las mujeres y hasta los 30 años en el caso de los hombres. La Gráfica 1 muestra la pirámide poblacional ponderada del estado.

De acuerdo con la Gráfica 1, se puede observar menor población de hombres entre 24 y 34 años, contrastando tanto con la población femenina como con la masculina. Por otro lado, la disminución de los niños, reflejada en la pirámide por el emparejamiento de las barras con edades más avanzadas. Esta transición tendrá en el largo plazo repercusiones tales como un incremento en la tasa de dependencia¹¹ en este estado. Otra característica relevante identificable es que a partir de los 55 años se observa una disminución de la población de ambos sexos.

¹¹ Relación entre la población dependiente y la población productiva. INEGI

Gráfica 1: Pirámide poblacional de Tamaulipas, 2012.



En 2013 la esperanza de vida estimada para Tamaulipas fue de 75 años en promedio, siendo prácticamente igual que el promedio nacional y sin variaciones entre el periodo 2010-2012 (ver Cuadro 1).

Cuadro 1: Esperanza de vida al nacer (años) nacional y para el estado de Tamaulipas 2010-2013

Año	Nacional			Tamaulipas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2010-2012	71	77	74	72	78	75
2013	72	77	75	73	78	75

Fuente: ENSANUT, 2012

5.2 Diagnóstico de salud de la entidad

Una de las etapas en la aplicación de la Metodología de Marco Lógico (MML) es la adecuada identificación de la problemática a la que se orienta para su solución el programa público sujeto a la evaluación. En este sentido, este diagnóstico del estado es importante toda vez que proporcionó datos relevantes sobre los resultados alcanzados en los últimos años con relación a diferentes indicadores, tales como: la mortalidad materna, mortalidad infantil y utilización de servicios de salud, principalmente. El

análisis de estos indicadores se espera ayude a profundizar sobre las necesidades hacia las que deben orientarse y ajustarse los programas y acciones implementadas por la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

5.2.1 Indicadores de mortalidad y morbilidad

Por definición, la mortalidad indica el número de fallecimientos que se registran en un periodo determinado. El análisis de las causas de mortalidad de la población es importante porque permite profundizar acerca de los problemas de salud presentes en la población, y a partir de ello posibilitar el diseño de acciones y programas orientados a atender y disminuir éstas causas.

De particular importancia son la mortalidad materna y la mortalidad infantil, que siendo indicadores trazadores del sector salud arrojan información importante acerca del impacto que tienen las acciones públicas de salud y que están estrechamente relacionadas con las inequidades que existen en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.

En el caso de la mortalidad materna se ha reconocido que sus causas están relacionadas con falta de información, atención tardía, problemas de distancia y acceso a los servicios de salud (OMS, 2014), las cuales pueden ser evitadas. Por otro lado, la mortalidad infantil se refiere a la muerte de niños entre el nacimiento y al momento de cumplir 1 año, al igual que las muertes maternas, algunas de sus causas están relacionadas con la calidad de los servicios de salud.

El Cuadro 2 muestra la evolución de la mortalidad, medida a través del número total de defunciones registradas cada año y sus causas durante el periodo 2010-2013 en el estado de Tamaulipas. Se observa que hay una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad materna entre 2010 y 2012. Si bien hay algunas variaciones a la alza, esto se explica por la sensibilidad del indicador al medir lo que se le conoce como eventos “raros”. En el caso de la mortalidad infantil durante el periodo bajo análisis se observa una disminución modesta en comparación con las variaciones registradas en el caso de la mortalidad materna. En este caso, puede apreciarse que este indicador pasó de 12.74 defunciones por cada 100 mil nacidos registrados en 2010 a 11.71 en 2013.

Cuadro 2: Causas de mortalidad en el estado de Tamaulipas. 2010-2013

Causa/Año	2010	2011	2012	2013
Por enfermedades diarreicas en <5 años	8	11	7	7
Razón de mortalidad materna (por cada 100 mil nacidos registrados)	39.3	18.6	25.6	
Razón de mortalidad infantil (por 100 mil nacidos registrados)*	12.74	12.37	12.03	11.71
Por diabetes Mellitus	2,554	2,416	2,476	2,967

Fuente: SINAIS. Base de datos: Mortalidad (defunciones) general)

*CONAPO, datos de proyecciones.

El Cuadro 3 muestra que la asfixia al nacimiento es la principal causa de muerte entre los menores de 1 año en los últimos 3 años. Otro dato relevante es que el bajo peso al nacimiento y prematuridad se convirtió en la segunda causa de muerte desplazando a las malformaciones congénitas. Cabe destacar que las Infecciones respiratorias agudas continúan siendo una de las principales causas de muerte infantil. Estos resultados son relevantes debido a que son causas que pueden ser altamente prevenibles por acciones eficaces de salud pública y del proceso de atención médica.

Cuadro 3: Mortalidad Infantil (niños menores de 1 año) en Tamaulipas

2010		2011		2012	
Causa	No. Def.	Causa	No. Def.	Causa	No. d Def.
Asfixia y trauma al nacimiento	283	Asfixia y trauma al nacimiento	271	Asfixia y trauma al nacimiento	258
Malformaciones congénitas del corazón	64	Malformaciones congénitas del corazón	64	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	62
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	45	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	36	Malformaciones congénitas del corazón	50
Infecciones respiratorias agudas bajas	17	Infecciones respiratorias agudas bajas	15	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	10
Desnutrición calórico protéica	13	Anencefalia y malformaciones similares	12	Anencefalia y malformaciones similares	9
Anencefalia y malformaciones similares	6	Enfermedades infecciosas intestinales	9	Infecciones respiratorias agudas bajas	8

Fuente: Base de datos de Mortalidad. SINAIS, 2014.

Con relación a las causas de mortalidad en la población en general, el Cuadro 4 muestra que en entre 2010 y 2012 las 10 primeras causas de mortalidad general han permanecido relativamente constantes. En primer lugar se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales provocaron en promedio 2,757 muertes en el año 2012. En segundo lugar se encuentra la diabetes mellitus con 2,568 muertes por año y en tercer lugar las enfermedades cerebrovasculares que contribuyen con 922 fallecimientos.

**Cuadro 4: Mortalidad general del estado de Tamaulipas 2010-2012
(Número total de defunciones)**

2010		2011		2012	
Enfermedades isquémicas del corazón	2,677	Enfermedades isquémicas del corazón	2,636	Enfermedades isquémicas del corazón	2,757
Diabetes mellitus	2,637	Diabetes mellitus	2,502	Diabetes mellitus	2,568
Enfermedad cerebrovascular	967	Enfermedad cerebrovascular	908	Enfermedad cerebrovascular	922
Agresiones (homicidios)	963	Agresiones (homicidios)	1,097	Agresiones (homicidios)	1,557
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	657	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	533	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	566
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	634	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	634	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	705
Enfermedades hipertensivas	447	Enfermedades hipertensivas	526	Enfermedades hipertensivas	496
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	381	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	305	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	372
Nefritis y nefrosis	379	Nefritis y nefrosis	361	Nefritis y nefrosis	376
Infecciones respiratorias agudas bajas	358	Infecciones respiratorias agudas bajas	298	Infecciones respiratorias agudas bajas	358

Fuente: Base de datos de Mortalidad. SINAIS, 2014.

5.2.2 Obesidad y sobrepeso

Un problema importante de salud en México son las altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población. El sobrepeso y la obesidad se han reconocido como causas muy importantes en el desarrollo de enfermedades crónicas como la

diabetes y otros padecimientos en la salud, además del impacto económico que ello representa para la sociedad en términos de pérdida de productividad y costos para el sistema de salud. De acuerdo al Cuadro 5, el sobrepeso y la obesidad han aumentado en el estado de Tamaulipas, especialmente en los niños menores de 5 años de edad. Entre 2006 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo poblacional creció casi el doble, pasó de 6.5 a 12.7 por ciento, siendo este incremento mayor en la zona urbana.

Cuadro 5: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Tamaulipas

	Menores de 5 años			De 5 a 11 años		De 12 a 19 años		Mayor a 20 años	
	2006	2012		2006	2012	2006	2012	2006	2012
Estatal	6.5	12.7	Sobrepeso	19.9	18.6	21.8	24.3	37	34.8
			Obesidad	19.6	20.3	16.3	17	36.1	37.1
Urbana	5.7	13	Sobrepeso	20.1	18.1	20.5	24.7	38.3	34.3
			Obesidad	21.9	20.5	17.1	17.5	36.8	37.8
Rural	11.1	10.3	Sobrepeso	18.7	21.9	28.5	21.8	28.4	28.6
			Obesidad	6.8	18.9	12.6	13.7	31.2	32

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT 2012

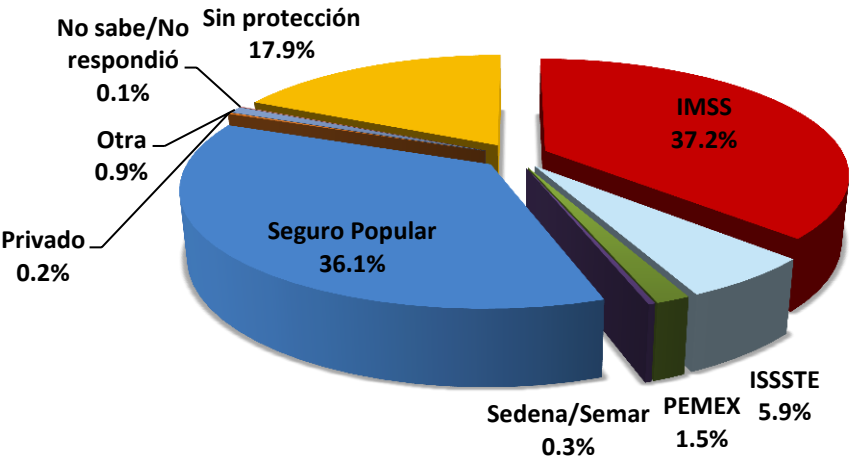
Un aspecto importante a resaltar es la transición que hay entre el sobrepeso y la obesidad en los niños de 5 a 11 años. Si bien puede señalarse que el sobrepeso disminuyó de 19.9 a 18.6 por ciento, la obesidad aumentó de 19.6 a 20.3 por ciento, es decir, la disminución del sobrepeso probablemente sea explicada por la transición hacia una condición de obesidad. Una dinámica que también se observa en los grupos de mayor edad. Sólo en el grupo de adultos mayores de 20 años, la prevalencia de sobrepeso disminuyó en mayor medida que lo que aumentó la prevalencia de obesidad, lo que podría significar buenas noticias para la entidad.

5.2.3 Indicadores de cobertura de aseguramiento, utilización y calidad de los servicios

La protección social en salud se define como la afiliación de las personas a algún esquema de aseguramiento médico, ya sea público o privado. Siendo más específicos, la población que no cuenta con los beneficios de la seguridad social se le denomina “población abierta”, la cual puede estar protegida por el Seguro Popular o por otro esquema de aseguramiento. Esta distinción es importante para efectos de esta

evaluación, toda vez que la investigación se centra en los servicios de salud provistos a población abierta financiados a través del FASSA y de los recursos del Ramo 12 dirigidos al Seguro Popular. De esta manera la información de este indicador nos permite hacer inferencias acerca de la población atendida y aquella susceptible de ser beneficiada con estos recursos (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Estructura de la población con algún tipo de aseguramiento médico, 2012



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT 2012

De acuerdo con el reporte de la ENSANUT 2012 para el estado de Tamaulipas, el 82 por ciento de la población de la entidad está cubierta por algún seguro médico. De esta, 37.2 por ciento se encuentra afiliada al Instituto Mexicano del Seguros Social (IMSS) y 36.1 por ciento recibe protección del Seguro Popular. En contraste, 17.9 por ciento reportó no estar cubierta por algún esquema de protección a la salud.

De las personas que no cuentan con seguro de salud, Tamaulipas presenta niveles inferiores de no aseguramiento en los diferentes rubros de edad y por nivel de urbanidad en comparación con lo observado a nivel nacional (ver Cuadro 6). Llama fuertemente la atención que uno de los grupos con mayor rezago en este indicador sea el de los niños menores de 5 años, sobre todo de áreas urbanas. Esto es importante debido a la importancia que tiene la salud para el sano desarrollo de este grupo poblacional.

Cuadro 6: Porcentaje de población sin aseguramiento médico por edad, 2012

	Rural		Urbano	
	Nacional	Tamaulipas	Nacional	Tamaulipas
< 5 años	24.2	19.2	26.5	22.1
6-11 años	17.5	12.0	23.3	17.8
12 a 20 años	22.7	17.6	30.9	26.3
21-45 años	22.8	19.8	29.3	25.7
46-65 años	18.4	17.1	22.2	16.7
> 66 años	20.2	9.9	17.1	11.3

Fuente: elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012

La atención ambulatoria es aquella que se otorga al paciente, ya sea por motivos de diagnóstico, revisión, prevención o de índole curativo, sin necesidad de la utilización de servicios hospitalarios. En el Cuadro 7 se presentan algunos indicadores relacionados con la atención a la salud del niño. Se observa que en Tamaulipas un porcentaje mayor de niños fueron llevados al médico para la revisión de su desarrollo y crecimiento con relación al porcentaje nacional (83.8 por ciento contra 77 por ciento). La realización del tamiz neonatal en niños menores de un año es mayor en Tamaulipas que a nivel nacional (94.9 por ciento contra 90.2 por ciento). La demanda por atención médica ante eventos de enfermedad diarreica y por infecciones respiratorias fue mayor en Tamaulipas que en el resto del país.

Cuadro 7. Atención a la salud del niño

Categoría	Tamaulipas %	Nacional %
Niños menores de un año que fueron llevados al médico para revisar su desarrollo y crecimiento	83.8	77.0
Responsables de niños menores de un año que recibieron capacitación sobre técnicas de estimulación temprana en el hogar	72.0	69.8
Cobertura de la prueba de tamiz neonatal en niños menores de un año	94.9	90.2
Niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en las dos semanas previas a la entrevista y que fueron llevados a algún proveedor de salud	38.4	11.0
Población menor de diez años que presentó infecciones respiratorias agudas en las dos semanas previas a la entrevista y que fue llevada a algún proveedor de salud	56.1	41.0

Fuente: Reportes ENSANUT, Nacional y de Tamaulipas 2012

Además, con respecto al promedio nacional, un mayor porcentaje de responsables de niños menores de un año reportaron haber recibido capacitación sobre técnicas de estimulación temprana en el hogar que lo reportado.

El Cuadro 8 muestra algunos indicadores relacionados con la atención a la salud del adolescente. La cobertura de vacunación contra toxoide tetánico y diftérico fue mayor en el estado de Tamaulipas (62.6 por ciento) que a nivel nacional (55.9 por ciento). El 73.4 por ciento de los adolescentes sexualmente activos en Tamaulipas reportaron haber usado algún método de anticoncepción en su primera relación sexual. Al preguntárseles sobre el método usado en la última relación sexual, reportó haber usado el condón, siendo esta proporción notoriamente menor a la prevalencia observada promedio a nivel nacional. Respecto al embarazo adolescente, el 48.2 por ciento de las mujeres adolescentes con vida sexual reportaron haber estado embarazada alguna vez, si bien este porcentaje es menor al promedio nacional, es un problema de salud pública que requiere de más y mejores intervenciones para prevenirlo, toda vez que sus consecuencias trascienden a una pérdida de bienestar que afecta a las mujeres, a los niños y a la sociedad en general.

Cuadro 8. Atención a la salud del adolescente

Categoría	Tamaulipas %	Nacional %
Cobertura de la vacuna contra toxoide tetánico y diftérico (Td) en adolescentes de 12 a 19 años que mostraron algún tipo de cartilla	62.6	55.9
Población de 12 a 19 años que usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual	73.4	76.0
Población de 12 a 19 años que tuvo relaciones sexuales y que usó condón en su última relación sexual	42.5	62.1
Mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual y que alguna vez han estado embarazadas	48.2	51.9
Adolescentes de 10 a 19 años con conductas alimentarias de riesgo	1.8	1.3

Fuente: Reportes ENSANUT, Nacional y de Tamaulipas 2012

Respecto a la atención médica a los adultos, el Cuadro 9 exhibe que 29.9 por ciento de las mujeres con hijo nacido vivo reportaron que su último parto fue por cesárea programada, siendo esta proporción mayor al promedio nacional por casi 9.4 puntos porcentuales. Cabe destacar que la cobertura de acciones de prevención de enfermedades crónicas es baja en la entidad, aunque ligeramente mayor a las coberturas observadas en el resto del país. Por ejemplo, sólo 8.2 por ciento de las mujeres de 35 a 64 años mencionaron haberse realizado la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) en el último año a la encuesta; 45.2 por ciento de las mujeres en necesidad de la prueba del Pap se la hicieron en el año previo; la cobertura de mastografía es baja, sólo 34.5 por ciento de las mujeres entre 50 y 69 años de edad reportaron habérsela hecho en el último año y una proporción similar reportó haberse hecho una exploración clínica de senos (ver Cuadro 9).

No menos importante es la detección temprana de diabetes, de hipertensión arterial y de colesterol o triglicéridos. Como se muestra en el Cuadro 9, las coberturas, tanto estatal como nacional, apenas si alcanzan el 30 por ciento de la población de 20 años de edad o más. Llama la atención que la cobertura de acciones de detección de colesterol o triglicéridos sea significativamente menor en Tamaulipas que en el resto del país, 30.7 vs 49.

Cuadro 9. Atención a la salud del adulto

Categoría	Tamaulipas %	Nacional %
Mujeres de 20 a 49 años cuyo último hijo nació vivo nació por cesárea programada	29.9	20.5
Distribución porcentual de mujeres de 25 a 34 años que se realizaron una prueba de Papanicolaou en el último año	45.2	44.3
Distribución porcentual de mujeres de 35 a 64 años que se realizaron una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) en el último año	8.2	10.3
Distribución porcentual de mujeres de 50 a 69 años que se realizaron una mastografía en el último año	34.5	26
Distribución porcentual de mujeres de 25 a 69 años que se realizaron exploración clínica de senos en el último año	39.5	36.3
Porcentaje de población de 20 años o más que se realizó una prueba de detección temprana de diabetes en los últimos 12 meses	29.7	23.7
Porcentaje de población de 20 años o más que se realizó una prueba de detección temprana de hipertensión arterial en los últimos 12 meses	28.4	28.4

Porcentaje de población de 20 años o más que se realizó una prueba de detección temprana de colesterol o triglicéridos en los últimos 12 meses	30.7	49.9
--	------	------

Fuente: Reportes ENSANUT, Nacional y de Tamaulipas 2012

En el caso particular de la atención del paciente diabético, los datos de la ENSANUT 2012 revelan que 10.3 por ciento de la población de 20 años o más han recibido un diagnóstico de diabetes. De estas personas, sólo 13.9 por ciento reportaron haberseles hecho alguna prueba de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses a la encuesta; 3.6 por ciento reportó haberse realizado una prueba de microalbuminuria y sólo 13.9 por ciento afirmó haberse realizado una revisión de pies como medida preventiva para evitar complicaciones (ver Cuadro 10).

Cuadro 10. Atención a la salud del diabético

Proporción	Tamaulipas	Nacional
Población de 20 años o más que declara haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes	10.3	9.2
Adultos de 20 años o más con diagnóstico médico de diabetes al cual se realizó determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses	13.9	9.6
Adultos de 20 años o más con diagnóstico médico de diabetes en la cual se realizó prueba de microalbuminuria en los últimos 12 meses	3.6	4.8
Adultos de 20 años o más con diagnóstico médico de diabetes en quienes se realizó una revisión de pies, en los últimos 12 meses, como medida preventiva para evitar complicaciones	13.9	14.6

Fuente: Reportes ENSANUT, Nacional y de Tamaulipas 2012

5.2.4 Indicadores de calidad percibida de la atención médica

La percepción de la calidad de los servicios de salud ambulatoria en Tamaulipas es en general buena. Como se aprecia en el Cuadro 11, más de 70 por ciento de los pacientes les pareció que recibieron una buena atención. El análisis por condición de aseguramiento revela que los afiliados al Seguro Popular tienen una mejor percepción de la atención recibida que los afiliados por la seguridad social.

Cuadro 11: Percepción de calidad de la atención ambulatoria. Tamaulipas

	Total		Seguro Popular		Con Seguridad Social	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Muy buena	13.55	0.54	11.62	0.45	1.49	1.41
Buena	72.79	99.23	77.03	99.35	80.03	81.64
Regular	11.54	0.21	8.27	0.17	12.21	11.21
Mala	0.75	0.02	1.65	0.02	6.16	5.65
Muy mala	1.37	0.01	1.42	-	0.1	0.09

Fuente: elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012

Al preguntárseles sobre si percibieron mejoría de su salud después de haber recibido la atención médica, la mayoría de la población percibió que hubo una mejora en su estado de salud (ver Cuadro 12). Las diferencias entre los afiliados al Seguro Popular y los que tienen la seguridad social son interesantes, ninguno de los beneficiarios por el Seguro Popular mencionó que su estado de salud haya empeorado, lo que contrasta con el 6 por ciento de los afiliados a la seguridad social que sí lo mencionaron. Por otro lado, una mayor proporción de los pacientes con seguridad social percibieron que su salud “mejoró mucho”, después de la atención, respecto a los afiliados al Seguro Popular.

Cuadro 12: Percepción de mejoría en la salud posterior a recibir atención ambulatoria. Tamaulipas

Percepción	Total		Seguro Popular		Con Seguridad Social	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Mejóro mucho	7.8	8.78	11.63	0.2	28.55	26.2
Mejóro	77.83	73.99	71.71	99.46	39.95	44.89
No cambió	13.64	15.07	16.66	0.32	25.41	23.33
Empeoró	0.73	2.22	-	0.02	6.07	5.57
Empeoró mucho	-	-	-	-	0.02	0.02

Fuente: elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012.

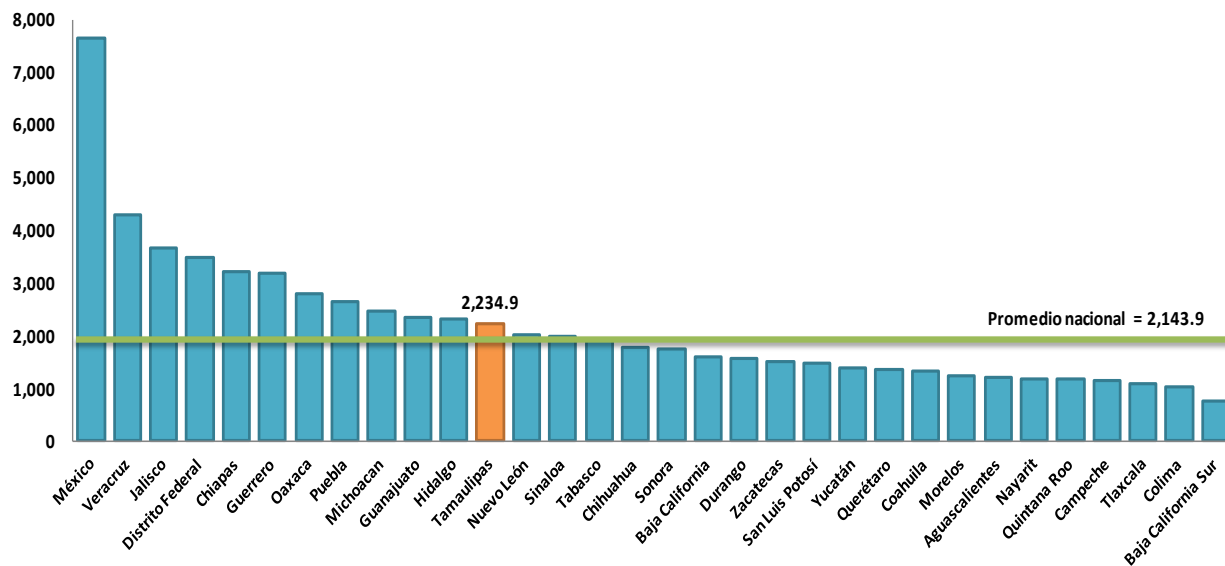
5.3 Evolución de los recursos financieros federales en salud transferidos a Tamaulipas

Este apartado examina la evolución de las transferencias federales en materia de salud asignadas al estado de Tamaulipas durante el periodo 2010-2013. Para este ejercicio se llevó a cabo el análisis de los dos componentes objeto de esta evaluación: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y los correspondientes a la Cuota Social y la Aportación Solidaria del Ramo 12 transferidos para el financiamiento del Seguro Popular.

5.3.1 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

Durante el ejercicio fiscal 2013, la Federación transfirió a los estados un total de 68,604.8 millones de pesos correspondientes al Fondo. La distribución de estos recursos por entidad federativa se visualiza en la Gráfica 3:

Gráfica 3. Distribución del FASSA a entidades federativas. 2013 (Millones de pesos)



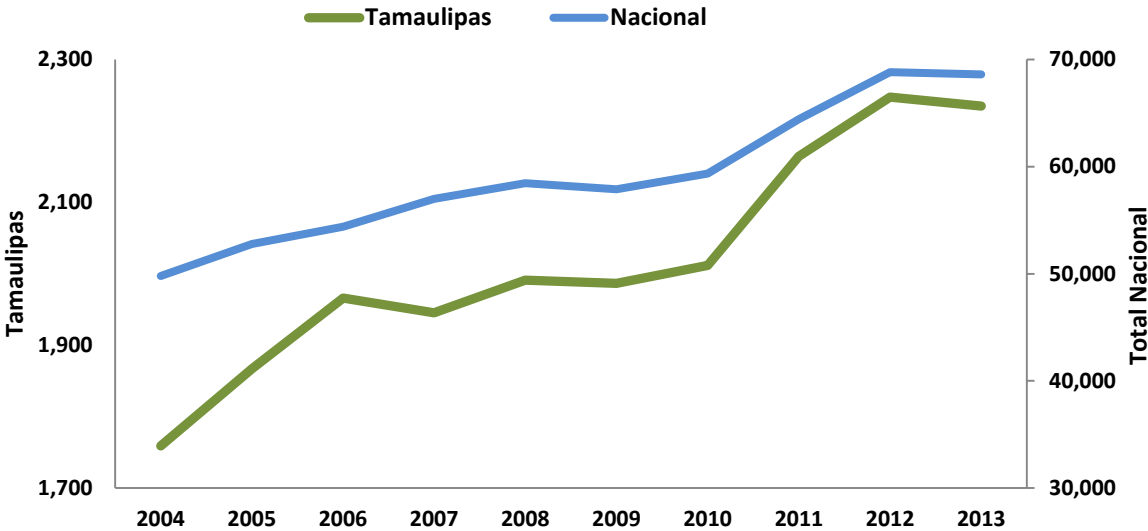
Fuente: Elaboración propia con base en información de Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2014.

El estado de Tamaulipas ejerció un total de 2,234.9 mdp, dicho monto representó 3.3 por ciento la totalidad de los recursos entregados a las entidades federativas a través de FASSA durante el año fiscal 2013. Un aspecto importante que puede notarse en

la Gráfica es que, además de situarse ligeramente por encima de las asignaciones promedio nacionales, Tamaulipas supera las asignaciones que reciben el resto de las entidades federativas ubicadas en la región norte del país¹².

La Gráfica 4 muestra la evolución de los recursos FASSA asignados a Tamaulipas durante el periodo 2004-2013. En términos reales la evolución de los recursos ejercidos de FASSA por Tamaulipas mostró una tendencia creciente, con una tasa de crecimiento media anual de 2.7 por ciento, similar a la observada en el país. Sólo entre 2012 y 2013, las asignaciones registraron una disminución de menos de 1 por ciento en términos reales (Tamaulipas registró una caída de 0.6 por ciento).

Gráfica 4. Recursos federales asignados a través de FASSA al estado de Tamaulipas vs total nacional 2004-2013 (Millones de pesos a precios de 2013)

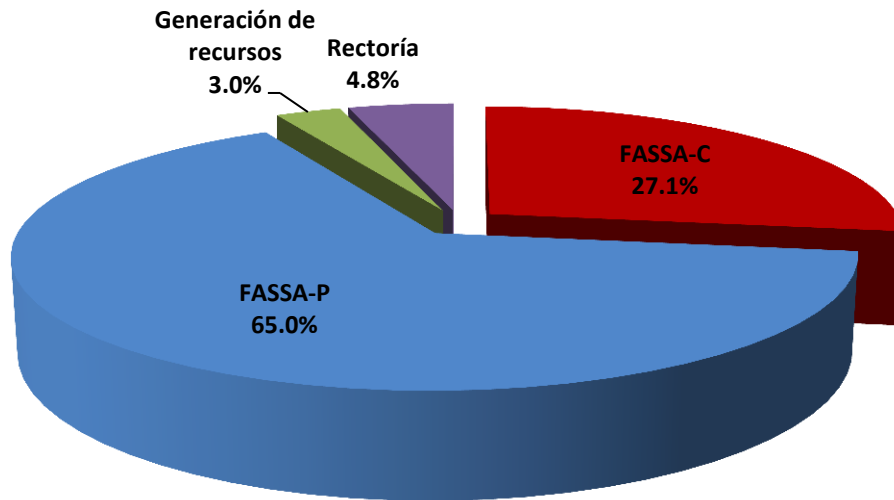


Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2014.

De acuerdo con la Gráfica anterior, y como es de esperarse por la manera en que se determina la distribución de estos recursos en la normativa aplicable, los recursos destinados a las entidades federativas a través de FASSA han mantenido una tendencia creciente a lo largo del periodo de estudio. En el caso de Tamaulipas este Fondo se divide en 4 sub-funciones, la Gráfica 5 muestra el peso que tiene cada una de estas en la distribución y ejercicio del Fondo.

¹² Además de Tamaulipas, la región norte está integrada por Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, Sinaloa y Sonora.

Gráfica 5. Estructura porcentual del FASSA por destino de recursos 2013



Fuente: Elaboración propia con base en la Cuenta Pública Estatal , 2013.

De acuerdo con la Gráfica, el 65 por ciento del Fondo es destinado a la prestación de servicios a la persona, que son gastos derivados por el proceso de atención a las personas tanto en el primer nivel de atención como en los servicios hospitalarios. Le sigue en importancia la proporción destinada a la prestación de servicios de salud a la comunidad, gastos para la promoción y prevención de la salud pública, a la cual se asigna 27.1 por ciento de los recursos transferidos. En contraste, sólo 3 por ciento se destina a la generación de recursos de salud y 4.8 por ciento a la función de rectoría.

Con la finalidad de profundizar en la evolución de estas asignaciones, el siguiente Cuadro 13 muestra las variaciones de la distribución de FASSA en las cuatro funciones que lo integran.

Cuadro 13. Estructura de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud 2010-2013. Millones de pesos a precios de 2013

Año	Prestación de servicios de salud a la comunidad (FASSA-C)		Prestación de servicios de salud a la persona (FASSA-P)		Generación de recursos para la Salud		Rectoría del sistema de Salud		Total	
	Monto	Tasa de Variación	Monto	Tasa de Variación	Monto	Tasa de Variación	Monto	Tasa de Variación	Monto	Tasa de Variación
2010	557.7	N/A	1,275.8	N/A	62.3	N/A	116.0	N/A	2,011	N/A
2011	573.7	2.9	1,408.4	10.4	63.9	2.6	118.5	2.1	2,164	7.6
2012	598.9	4.4	1,408.1	-0.02	68.5	7.1	172.3	45.4	2,250	3.9
2013	606.6	1.3	1,452.6	3.2	67.4	-1.5	108.3	-37.1	2,235	-0.7

Fuente: Cuenta de la Hacienda pública federal de 2010-2013

Al analizar la distribución de los recursos del Fondo entre cada uno de sus componentes, puede observarse que la caída de 0.6 por ciento registrada al cierre de 2013 afectó particularmente al rubro de rectoría del sistema de salud¹³, que durante dicho año redujo 37.1 por ciento el monto asignado en 2012 en términos reales. En contraste, los subgrupos de prestación de servicios, tanto a la comunidad como a la persona, mantuvieron crecimientos de 1.3 por ciento en el caso del FASSA-C y de 3.2 en el caso del FASSA-P respectivamente.

5.3.2 Estructura programática de la distribución del FASSA en Tamaulipas

De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud estatal, la estructura programática de los recursos del FASSA en el estado de Tamaulipas estuvo conformada por 96 programas presupuestales, agrupados en las 4 sub-funciones antes mencionadas. Al revisar los recursos ejercidos por partida, se observa la siguiente distribución (Ver Cuadro 14):

¹³ Las funciones de rectoría se relacionan con las actividades que realiza la Secretaría de Salud Estatal para construir un “marco integral” que les permita garantizar y prestar los servicios de salud (OCDE, 2005) a la población abierta.

Cuadro 14. Recursos ejercidos de los programas estatales de salud financiados a través de los recursos de FASSA

Clave	Programa	Monto ejercido	Clave	Programa	Monto ejercido
H000001	Nómina	2,024,343,070.32	H220101	Promoción de donación(difusión)	-
H010101	Fortalecer el papel rector de los servicios de salud (servicios oficiales)	540,007.68	H230101	Detección de padecimientos mentales	-
H030101	Diseñar y ejecutar planes maestros de infraestructura en salud	753,030.55	H240101	Vigilancia de adicciones	322,192.2
H040101	Regulación jurídico laboral (acuerdos, convenios y contratos)	147,657.88	H250101	Vigilancia de la transfusión sanguínea (difusión)	-
H050101	Asesoría (contraloría institucional)	286,640.19	H270101	Atención prenatal	536,700.5
H060101	Actualización , distribución y mantenimiento de sistemas de información	-	H280101	Programa de vacunación permanente (vacunación a menores)	10,992,892.77
H100101	Administración Central	23,512,559.94	H290101	Fomento a la nutrición	596,981.3
H110101	Escuelas certificadas como saludables y seguras	640,718.82	H300101	Atención integral a la salud del adolescente, jóvenes saludables	56,229.6
H120101	Salud familiar (capacitación a la comunidad)	809,948.64	H320101	Detección de casos de tuberculosis	2,036,446.1
H140101	Prevención y control de accidentes (Coepra)	710,316.68	H330101	Detección de lepra	-
H150101	Fortalecer el Programa de Migrantes "Vete Sano y Regresa Sano"	-	H360101	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	657,041.3
H170101	Perspectiva de género del sector salud (capacitación)	-	H410101	Atención de urgencias (estudio de brotes)	263,164.9
H200101	Detección oportuna de cáncer-uterino	994,273.49	H420101	Salud bucal del preescolar y escolar	483,157.6
H210101	Prevención de la hiperplasia prostática benigna	-	H430101	Vigilancia epidemiológica activa del dengue	851,121.4

Clave	Programa	Monto ejercido	Clave	Programa	Monto ejercido
H440101	Evaluación y autorización sanitaria	1,887,254.20	H940101	Asistencia social a grupos vulnerables de la población	11,764,434.3
H450101	Evidencia y análisis de riesgo	-	H030102	Planes maestros de infraestructura en salud equipamiento	101,411.8
H460101	Control y fomento sanitario de establecimientos (verificación)	-	H280102	Programa de vacunación permanente (vacunación a mujeres embarazadas)	1,159,246.3
H470101	Monitoreo y detección de emergencias sanitarias	-	H290102	Infancia y adolescencia	852,101.0
H480101	Diagnóstico y referencia epidemiológica (estudios)	2,896,515.99	H300102	Servicios amigables	5,022.0
H510101	Comisión Estatal de Arbitraje Médico	79,111.50	H320102	Tratamiento de casos farmacoresistentes	-
H520101	Sistema "Indica", calidad y enfermería	83,793.18	H340102	Prevención de dengue hemorrágico	71,079,117.6
H530101	Calidatel (implementación del sistema en unidades)	16,780.99	H370102	Prevención diagnóstico y control de diabetes mellitus	114,652.2
H540101	Acreditación de unidades de primer nivel de atención	1,892,570.32	H410102	Atención de desastres	-
H590101	Atención integral a la salud de las personas con discapacidad	-	H420102	Semanas nacionales de salud bucal	-
H600101	Atención médica ambulatoria (peac) visitas	-	H540102	Certificación y/o acreditación de hospitales	1,888,727.8
H610101	Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención	26,561,148.56	H630102	Consulta externa, atención hospitalaria médico quirúrgica especializada	-
H620101	Consulta externa, medicina familiar	3,337,583.89	H080103	Desarrollo informático (Expediente clínico electrónico)	85,332.6
H630101	Consulta externa, atención hospitalaria especializada	-	H350103	Aplicación de esquema de vacunación antirrábica a animales	1,923,227.5

Clave	Programa	Monto ejercido	Clave	Programa	Monto ejercido
H370103	Prevención y control de la hipertensión arterial	280,985.02	H360201	Monitoreo de carga viral y a casos en tratamiento anti- retroviral (tx-arv)	-
H350104	Detección y control de personas agredidas por animales rabiosos	-	H420201	Atención odontológica curativa	83,453.1
H370104	Obesidad	30,786.57	H430201	Vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles (vacunación)	247,652.8
H080105	Desarrollo informático para la prestación de servicios (Red de voz y datos)	-	H480201	Diagnóstico y referencia sanitaria (estudios)	48,405.5
H370105	Padecimientos crónico degenerativos (cirrosis hepática y cáncer gástrico)	-	H620201	Atención hospitalaria médico quirúrgica	30,601,677.1
H080106	Desarrollo informático, equipamiento de unidades.	33,754.63	H340202	Atención de dengue hemorrágico	924,371.5
H130201	Estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	474,061.17	H370202	Control de hipertensión arterial	6,112.7
H140201	Atención a víctimas de violencia familiar, tratamiento	-	H370205	Atención del envejecimiento	204,293.5
H170201	Violencia familiar , sexual y contra la mujer (tamizar)	26,270.10	H100301	Planeación y coordinación sectorial (programación)	974,714.6
H180201	Evitar embarazos no deseados y no planeados	112,890.00	H130301	Estrategias de extensión de cobertura (auxiliares de salud)	440,500.0
H200201	Detección oportuna de cáncer mamario	1,148,279.52	H180301	Consejería de hombres y mujeres en edad fértil (asesoría y difusión)	5,331.7
H250201	Certificación de bancos de sangre en unidades de segundo y tercer nivel.	-	H270301	Atención a puérperas	-
H300201	Consulta médica al adolescente	41,644.00	H330301	Tratamiento de enfermos de lepra	-
H330201	Vigilancia y control del cólera	-	H350301	Control de personas agredidas por animales rabiosos	-

Clave	Programa	Monto ejercido	Clave	Programa	Monto ejercido
H430301	Estudios epidemiológicos de casos y defunciones	-			
H100302	Planeación y coordinación sectorial (evaluación)	96,121.41			
H100303	Vinculación Social y Participación Ciudadana	3,225,007.14			
H330401	Tratamiento (cólera)	-			
H430401	Estudios epidemiológicos de defunciones	-			
H180402	Atención del parto en comunidades sin servicios de salud (parteras)	424,532.00			
H130501	Cirugía extramuros (detección)	-			
H430501	Estudios epidemiológicos de eda's e ira's	-			
H100504	Calidad y educación en salud	136,420.08			
H270601	Climaterio y menopausia	-			
H430601	Operación de sistemas de información	82,708.00			
H430701	Estudio epidemiológico de viajeros internacionales	-			
Totales		2,234,912,155.45			

De acuerdo a la distribución anterior, a pesar de contar con 96 programas presupuestales, durante el año fiscal 2013 el ejercicio del FASSA se realizó a través de 60 programas presupuestales. De estos, 90.6 por ciento se gastó en el rubro de nómina. Es importante tomar en cuenta que los programas de salud constituyen un curso de acción estructurado para el logro de sus objetivos, por lo que requieren tener insumos básicos garantizados para su operación, como los recursos humanos que no sólo incluye el pago de médicos, especialistas, enfermeras, camilleros, entre otros; adicionalmente habría que añadirle aquellos recursos destinados a la gerencia de los servicios y aquellos para el mantenimiento de la infraestructura médica en la entidad.

Es importante desatacar que sólo 10 de los 96 programas presupuestales contemplados inicialmente absorbieron el 98.8 por ciento de los recursos FASSA en la entidad:

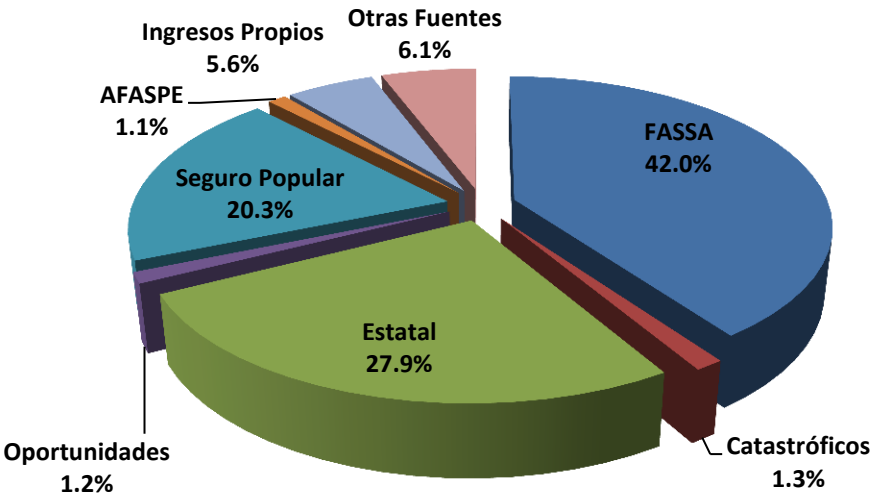
- Nómina
- Prevención de dengue hemorrágico
- Atención hospitalaria médico-quirúrgica
- Fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención
- Administración central
- Asistencia social a grupos vulnerables de la población
- Programa de vacunación permanente a menores
- Consulta externa, medicina familiar
- Vinculación Social y Participación Ciudadana y,
- Diagnóstico y referencia epidemiológica (estudios)

En cuanto a los otros programas originalmente contemplados en el Programa Anual de Trabajo y en la Estructura Programática del FASSA 2013, 51 de ellos recibieron el 1.19 por ciento de los recursos restantes, mientras que 35 de los originalmente programados para ejercer presupuesto no fueron financiados con este fondo. De esta forma y excluyendo nómina, 59 programas fueron financiaron con 210.5 millones de pesos de los 2,234.9 millones ejercidos durante 2013.

Es indispensable señalar que el FASSA no es la única fuente de financiamiento de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas. En la Gráfica 7 puede observarse la

proporción que este Fondo representó en el total de recursos presupuestados a las acciones de salud en la entidad en 2013.

Gráfica 7. Fuentes de financiamiento de la Secretaría de Salud de Tamaulipas



Fuente: Elaboración propia, con base en los datos proporcionados por la Secretaría de Salud de Tamaulipas, Subsecretaría de Administración y Finanzas. (Recursos presupuestados con ampliaciones).

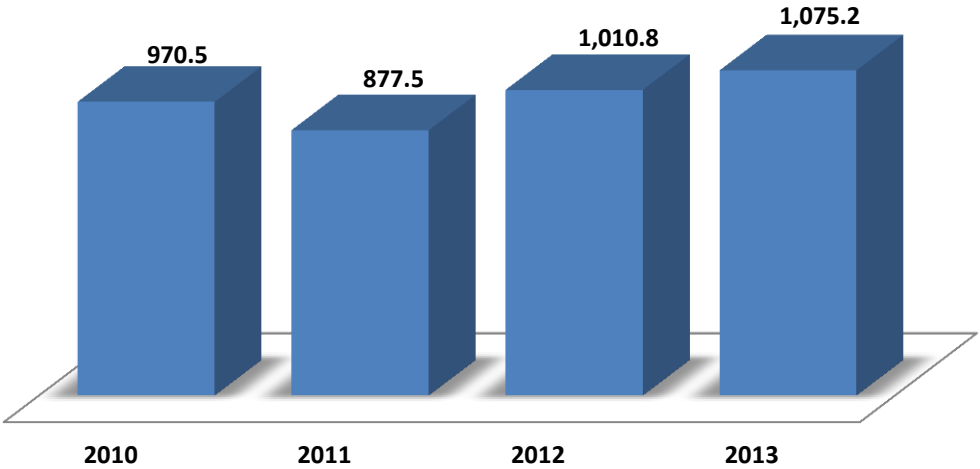
No obstante que en 2013 el FASSA representó una de las importantes fuentes de financiamiento de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, con una participación de 42.0 por ciento del total, la entidad recibió otros recursos federales como los transferidos para el funcionamiento del Seguro Popular, que significaron 20.3 por ciento del total; además de aquellos de procedencia estatal que financiaron 27.9 por ciento del presupuesto. En conjunto, estas tres fuentes integraron el 90.2 por ciento de los recursos totales ejercidos por la entidad en acciones y programas de salud durante el 2013.

5.3.3 Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular: Evolución de la Cuota Federal y la Aportación Solidaria Federal

De manera adicional a los recursos de FASSA, esta evaluación se centra en el análisis del desempeño del Seguro Popular en la entidad, en este sentido cobran especial los recursos federales transferidos a través de dos componentes, estos se refieren a los recursos federales transferidos a través de la “Cuota Social” y la “Aportación Solidaria Federal”.

Por ello, este apartado se orientara a mostrar el panorama general la siguiente Gráfica 8 presenta la evolución de los recursos ejercidos a través de estos dos rubros de manera agregada durante el periodo 2010-2011.

Gráfica 8. Sistema de Protección Social en Salud: Cuota Social y Aportación Solidaria Federal
Millones de pesos de 2013



Fuente: elaboración propia con base en los informes estatales 2010-2013 de la CNSPSS

En 2013 el estado de Tamaulipas recibió 1075.2 millones de pesos por medio de CS y ASF para el financiamiento del Seguro Popular. Esta cifra representó un incremento real de 6.4 por ciento respecto de los recursos recibidos en 2012. Un aspecto relevante es, muestra la tendencia creciente que el ejercicio de estos recursos ha mantenido

entre 2010 y 2013. En términos reales, dichos recursos crecieron a una tasa media anual de 3.5 por ciento.

El incremento en las transferencias recibidas para financiar seguro popular debe traducirse en un mayor gasto público en salud en Tamaulipas. El siguiente cuadro captura la evolución del gasto total y el público en salud en la entidad.

Cuadro 15. Gasto en salud en Tamaulipas 2010-2011 (Millones de pesos)

Año/ Gasto	2010 ⁺		2011		2012 ⁺		2013*	
	Nominales	Reales ¹	Nominales	Reales	Nominales	Reales	Nominales	Reales
Gasto total en salud	14,482.1	16,184.7	14,264.8	15,416.6	17,172.6	17,826.3	16,938.0	16,938.0
Gasto público en salud	11,855.2	13,249.0	13,371.1	14,450.8	14,485.0	15,036.4	15,866.9	15,866.9

⁺Las cantidades de este año difieren de las reportadas por el SINAIS debido a que se agregó el componente de gasto de bolsillo de estimaciones propias para el estado. *Datos proyectados utilizando serie de 1990-2012. ¹/ Tomando como referencia el INPC.

Fuente: Cuentas en salud a nivel federal y estatal, SINAIS y ENIGH.

Es importante señalar que el gasto total en salud –tanto nacional como estatal– está compuesto por el gasto público; que es el presupuesto destinado por las autoridades para este rubro, y el gasto privado; que se compone del gasto ejercido por los hogares en el cuidado de su salud y el de los seguros y organizaciones sin fines de lucro. De acuerdo con el Cuadro 15, el gasto total en salud en Tamaulipas durante el año 2013 ascendió a 16,938.0 millones de pesos, la disminución mostrada por este gasto fue de 5.0 por ciento respecto de las erogaciones de 2012. En contraste, el gasto público en salud ascendió a 15,866.9 millones de pesos cifra 5.5 por ciento mayor al monto gastado en 2012. En términos generales durante el periodo 2010-2013 el gasto total creció a una tasa promedio de 1.5 por ciento mientras que en el caso del gasto público mostro mayor dinamismo creciendo en promedio 6.2 por ciento.

6. Evaluación de desempeño

6.1 Evaluación de desempeño del FASSA

Si bien no constituye un programa público de estructura tradicional, el FASSA está considerado dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación con la etiqueta de Programa Presupuestario. En el marco del Sistema de Evaluación del Desempeño, durante el año fiscal 2013, el principal instrumento para el monitoreo de los recursos asociados este Fondo fue la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Al tratarse de recursos federales la MIR del FASSA se diseñó desde el ejecutivo a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y se encuentra disponible en el Portal Aplicativo de dicha institución. La finalidad de la aplicación de este instrumento conocer el avance en el logro de los objetivos propuestos para el FASSA en las entidades federativas.

Dentro de este marco, la Evaluación de Desempeño del FASSA se orienta al análisis de los indicadores establecidos en la MIR. De manera adicional a estos indicadores, se incluye el análisis y cálculo de otras dimensiones que a pesar de no estar incluidas en la MIR, proveen información acerca del impacto que tienen las acciones de salud en la entidad.

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	
Programa presupuestario:	I-002 FASSA
Ramo:	33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios
Dependencia:	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Dependencia Coordinadora del Fondo:	416 - Dirección General de Programación y Presupuesto "A"
Dependencia estatal ejecutora:	Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas

6.1.1 Alineación a las Metas Nacionales

El artículo 33 de la Ley de Planeación constituye un sustento importante para la coordinación de las entidades federativas con la federación para la consecución de los objetivos de la planeación nacional, esto incluye, a aquellos plasmados en el Plan

Nacional de Desarrollo. (PND). Este antecedente cobra particular importancia en marco del SED y señala la importancia de verificar la manera en que los objetivos de la MIR del FASSA se alinean con los objetivos de la planeación nacional y la medida en la cual se ajustan a los objetivos de la planeación estatal.

La MIR del FASSA aplicable al año fiscal 2013 muestra alineación con las siguientes metas y objetivos establecidos en el PND 2013-2018 (ver Esquema 5):

Esquema 5. Alineación de FASSA con las metas de la planeación nacionales



Fuente: Plan Nacional de Desarrollo

Como se mencionó, por su naturaleza federal, la MIR de FASSA se diseña en este ámbito de gobierno por lo cual tiene sentido que exista una alineación muy explícita a los objetivos nacionales.

6.1.2 Alineación a Metas Estatales

En el caso de los objetivos estatales a pesar de que esta alineación es deseable y factible, toda vez que los gobiernos estatales colaboran con la federación, no necesariamente es explícita. A continuación se presentan el eje estratégico y sus objetivos:

Esquema 6. Objetivos de la estrategia “Salud Humanista” del PNE 2011-2016 del estado de Tamaulipas

1. Salud integral con calidad y humanismo	2. Promoción de la salud	3. Atención de las afectaciones a la salud	4. Modernización de los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal en salud • Calidad de los servicios de salud • Formación de capital humano en salud • Desarrollo del Sistema Tamaulipeco de Salud Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado de la salud • Prevención de la enfermedad • Salud del niño y del adolescente • Salud de la mujer • Atención a la salud del adulto mayor y grupos vulnerables • Vigilancia epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los servicios de atención a la salud • Enfermedades crónico-degenerativas • Infraestructura para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza e investigación • Trasplante de órganos • Ética en la atención médica • Medicina privada

Fuente: Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2011-2016.

La revisión del Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2011-2016 de Tamaulipas, nos permitió identificar que existe una alineación entre la estrategia local en salud plasmada en el eje “Salud Humanista” y los objetivos que esta persigue, la instrumentación de FASSA de acuerdo con lo establecido en la LGS y objetivos en materia de salud del PND.

6.2 Matriz de Indicadores para Resultados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en 2013

El gobierno de Tamaulipas proporcionó al equipo evaluador la MIR utilizada para el monitoreo de los recursos del FASSA durante el año fiscal 2013. En ella se resume la información correspondiente al resumen narrativo, nombre, método de cálculo, tipo, dimensión de medición y medios de verificación para la medición de los indicadores correspondientes a cada uno de los niveles de la matriz (ver Cuadro 14).

Cuadro 1. Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
FIN (Impacto Final)					
El contar con los suficientes recursos para la atención de la población sin seguridad social se reflejará en este indicador que es sensible a la calidad de la atención y de los servicios con los que se cuentan.	Razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social	[Número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social/ Número de nacidos vivos de mujeres sin seguridad social]*100,000	Estratégico	Eficacia	Número de muertes maternas sin seguridad social para la Razón de Mortalidad Materna: www.inegi.org.mx 12 meses después de concluido el calendario. Número de nacidos vivos sin seguridad social del SINAC multiplicado por el factor estimado a nivel estatal por la DGIS www.salud.gob.mx 4 meses después de concluido el calendario
PROPÓSITO (Impacto intermedio)					
Los servicios de salud de las entidades federativas cuentan con personal médico para fortalecer la cobertura de salud	Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes	[Número de médicos generales y especialistas en unidades de la secretaría de salud/Población no derechohabiente]*1000	Estratégico	Eficacia	Subsistema de información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la atención a la salud (SINERHIAS), Censo de población proyectada para el año 2013
COMPONENTES (Producto)					
Presupuesto para el "Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud" destinado a la cobertura de salud de las entidades federativas.	Presupuesto ejercido para la "Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad"/ Presupuesto asignado para la "Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad"	[Total de recurso ejercido a la "Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad"/Total de recurso asignado a la "Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad"]*100	Gestión	Eficiencia	Oficio del "Dado a Conocer" de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Cuenta de la Hacienda Pública Estatal. Diario Oficial de la Federación. Avances presupuestales.

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
	Presupuesto ejercido para la "Prestación de Servicios de Salud a la Persona"/Presupuesto asignado para la "Prestación de Servicios de Salud a la Persona"	[Total de recurso ejercido a la "Prestación de Servicios de Salud a la Persona"/Total de recurso asignado a la "Prestación de Servicios de Salud a la Persona"]*100	Gestión	Eficiencia	Oficio del "Dado a Conocer" de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Cuenta de la Hacienda Pública Estatal. Diario Oficial de la Federación. Avances presupuestales.
	Presupuesto ejercido para la "Generación de recursos en salud"/Presupuesto asignado para la "Generación de Recursos en salud"	[Total de recurso ejercido para la "Generación de recursos de salud"/Total de recurso asignado para la "Generación de recursos en salud"]*100	Gestión	Eficiencia	Oficio del "Dado a Conocer" de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Cuenta de la Hacienda Pública Estatal. Diario Oficial de la Federación. Avances presupuestales.
	Presupuesto ejercido para la "Rectoría del Sistema de Salud"/Presupuesto asignado para la "Rectoría del Sistema de Salud"	[Total de recurso ejercido para la "Rectoría del Sistema de Salud"/Total de recurso asignado en la "Rectoría del sistema de salud"]*100	Gestión	Eficiencia	Oficio del "Dado a Conocer" de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Cuenta de la Hacienda Pública Estatal. Diario Oficial de la Federación. Avances presupuestales.
ACTIVIDADES (Procesos)					
Alineación de las Estructuras Programáticas de las Entidades Federativas (EPEF) a la estructura programática	Porcentaje de cumplimiento de entidades federativas con Estructura Programática de la Entidad Federativa (EPEF) registradas	[Número de estados con Estructura Programática de la Entidad Federativa" registrados oportunamente de acuerdo al calendario establecido/ Número de	Gestión	Eficiencia	Estructura programática de la entidad federativa alineada correctamente a la estructura programática homologada. Calendario de Integración Programática Presupuestal de

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
homologada.		entidades federativas]*100			la SHCP. Programa Anual de Trabajo de la entidad federativa
Seguimiento al Programa Anual de Trabajo validado	Porcentaje de cumplimiento de entidades federativas con programa anual de trabajo validado	[Número de entidades federativas con programa anual de trabajo validados de acuerdo al calendario de integración programática presupuestal por SHCP/Número de entidades federativas]	Gestión	Eficiencia	Calendario de Integración Programática Presupuestal de la SHCP. Programa Anual de Trabajo de la Entidad federativa.
Comunidades con población participando en el mejoramiento de sus condiciones de salud están Certificadas.	Certificación de comunidades saludables	[Número de comunidades certificadas/Número de comunidades a certificar programadas]*100	Gestión	Eficacia	Sistema de Información en Salud.
Contribuir a la atención de la población sin seguridad social.	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	[Número de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico/Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social]*100	Estratégico	Eficacia	Número de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico www.sinais.salud.gob.mx 45 días corrientes después de concluido el mes. Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social www.sinais.gob.mx 45 días corrientes después de concluido el mes.

Fuente: Matriz de Indicadores para Resultados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud 2013.

De acuerdo con la MIR, para el monitoreo de los recursos de FASSA se utilizaron 10 indicadores agrupados en 4 clasificaciones:

- Impacto final (fin)
- Impacto intermedio (propósito)
- Productos (componentes)
- Procesos (actividades)

Es importante resaltar que de los 10 indicadores incluidos en la matriz 3 son estratégicos y corresponden a las clasificaciones Fin, propósito y un indicador de actividad, están orientados a medir la eficacia del ejercicio de los recursos. Los 7 indicadores restantes están orientados a la gestión de los recursos y se refieren a los niveles de actividades y componentes. Como se puede observar, la MIR integra información en cada uno de sus elementos por lo cual un primer elemento a señalar es su que está completa.

6.2.1 Lógica horizontal

La lógica horizontal de una MIR constituye una carta de navegación que nos permite verificar si existe correspondencia entre cada nivel de objetivos incluido en la matriz y los aspectos de medición que nos permiten monitorear su desempeño. Considerando lo anterior a continuación se exponen los principales hallazgos del análisis vertical de la MIR de FASSA para 2013.

Fin

Un aspecto destacable es que existen inconsistencias en la narrativa del indicador de fin incluso a nivel de redacción. Si bien, no se define con claridad cuál es el fin al que busca agregar el ejercicio del fondo, se infiere que el objetivo a medir es “Contar con los suficientes recursos para la atención de la población sin seguridad social” con base en dicho objetivo se esperaría que el indicador asociado incluyera aspectos de cobertura y presupuestarios, sin embargo, para la medición se considera la “Razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social”. Este cociente más que dar cuenta de la medición del objetivo da cuenta de aspectos relacionados con la calidad de los servicios de salud.

Propósito

Se considera que cuenta con una lógica horizontal adecuada y completa.

Actividades

En este nivel, los dos primeros indicadores resultan útiles para la federación pero no necesariamente ayudan a la entidad federativa para monitorear el desempeño del ejercicio local de FASSA. Se destaca además que al indicador correspondiente al objetivo: “Seguimiento al Programa Anual de Trabajo validado” se le asocia el indicador “Porcentaje de cumplimiento de entidades federativas con programa anual de trabajo validado” la medición de este indicador se determina a partir de el “número de entidades federativas con programa anual de trabajo validados de acuerdo al calendario de integración programática presupuestal por SHCP/Número de entidades federativas”. A pesar de que de acuerdo con la MIR este se trata de un indicador de eficiencia, su medición parece estar más relacionado con aspectos de eficacia.

6.2.3 Lógica vertical

La lógica vertical nos ayuda a entender las relaciones causa efecto entre los distintos niveles de la matriz. En este sentido, de acuerdo con la manera en que están plasmados cada uno de los niveles de la matriz, términos generales no logra identificarse un encadenamiento lógico entre estos.

Esquema 5. Resumen Narrativo de la MIR FASSA 2013



Una primera observación es la falta de claridad en la narración de cada uno de los niveles. Es necesario destacar que el análisis vertical debe relacionar si las actividades son necesarias, sustantivas y suficientes para producir los componentes y si los componentes son necesarios y suficientes para lograr un propósito y, finalmente, si el logro del propósito contribuye alcanzar el fin.

En esa lógica, se observa una desconexión importante en la relación actividades—componentes—propósito debido a que en el nivel de componentes todos los indicadores refieren a la relación entre el presupuesto ejercido y el asignado, debemos recordar que el presupuesto produce bienes y servicios (productos) y no es un producto en sí mismo. Sin embargo, aun considerando el presupuesto como producto, las 4 actividades propuestas difícilmente son necesarias, sustantivas y suficientes el ejercicio total de los recursos. Otro aspecto destacable es que, a nivel de propósito, la MIR sugiere que el ejercicio de FASSA derive en una mejor cobertura, nuevamente se observa la desconexión componente—propósito.

Debe señalarse que, de acuerdo con la metodología de marco lógico, el propósito debería contribuir al logro del fin. En el caso de la MIR de FASSA para 2013, el fin parece estar relacionado con cobertura. A pesar de existir una relación propósito-fin, el cumplimiento del propósito “contar con personal médico” difícilmente es necesario y suficiente para lograr el objetivo de cobertura.

6.2.4 Evolución de los indicadores propuestos en la MIR: Análisis de tendencia y alcance de metas

De acuerdo con la información proporcionada por la subsecretaría de Planeación y Vinculación Social, pudo constatar que el sistema de evaluación de desempeño de los recursos FASSA 2013 en Tamaulipas contó con varios tipos de indicadores, los cuales pueden clasificarse en tres grandes categorías: a) indicadores relacionados con la Matriz de Indicadores para Resultados Federal, b) indicadores sobre el comportamiento de variables de interés para las organizaciones de salud nacionales e internacionales, y c) indicadores vinculados directamente a la estructura programática del Programa Anual de Trabajo (PAT).

El equipo evaluador, con el propósito de atender los requisitos de claridad y consistencia de la evaluación de desempeño solicitada, optó por presentar los resultados de acuerdo al orden lógico de los indicadores contenidos la Matriz de Indicadores Federal del FASSA 2013, detallando en cada uno de ellos los resultados obtenidos.

Fin

En este nivel, la MIR cuenta con un indicador estratégico de eficiencia orientado a mujeres sin seguridad social. El indicador es la razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social por cada 100,000 nacidos vivos. La matriz federal otorgó, en 2013, una alta prioridad a este indicador, colocándolo como un estimador ideal de logro del FIN y de la aplicación de los recursos FASSA para ese año. La razón de mortalidad materna consiste en la tasa de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos de mujeres sin seguridad social. Con base en la información proporcionada por la subsecretaría de Planeación y Vinculación Social, se realizó el cálculo de este indicador cuyos resultados se muestran a continuación:

**Cuadro 15. Razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social
2010-2013**

Año	Razón	Variación (Porcentaje)
2010	44.7	
2011	15.3	-65.8
2012	31.1	103.3
2013*	29.6	-4.8
2013 (Planeado)	27.5	

Fuente: La información sobre muertes maternas y nacimientos registrados sólo incluyen casos en población sin seguro, con seguro popular, y sin derechohabencia no especificada. La información de nacimientos proviene de la base de datos sobre certificados de nacimientos contenidos en el SINAIIS-DGIS. La información de 2013 para Tamaulipas proviene de los documentos presentados por la SES-Tamaulipas al equipo evaluador.

Dentro de los hallazgos relevantes se destaca que en 2011 la mortalidad materna en mujeres no aseguradas se redujo de manera importante en comparación con 2010 alcanzando una disminución de 65.8 por ciento. Los años siguientes muestran un contraste importante debido a que en 2012 este indicador aumentó 103.3 por ciento respecto de año anterior. En contraste, para 2013 si bien la tasa se redujo con respecto al año anterior no logró alcanzar la meta planeada por el estado.

Propósito

En este nivel, la MIR cuenta con un indicador estratégico de eficiencia orientado al monitoreo de la cantidad Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes existente. El indicador mide el número de médicos generales y especialistas en contacto con el paciente disponibles en unidades médicas de la Secretaría de Salud por cada mil habitantes (población no derechohabiente). No incluye médicos pasantes, internos de pregrado ni residentes. La evolución del indicador se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 16. Médicos generales y especialistas en Tamaulipas, 2010-2013.

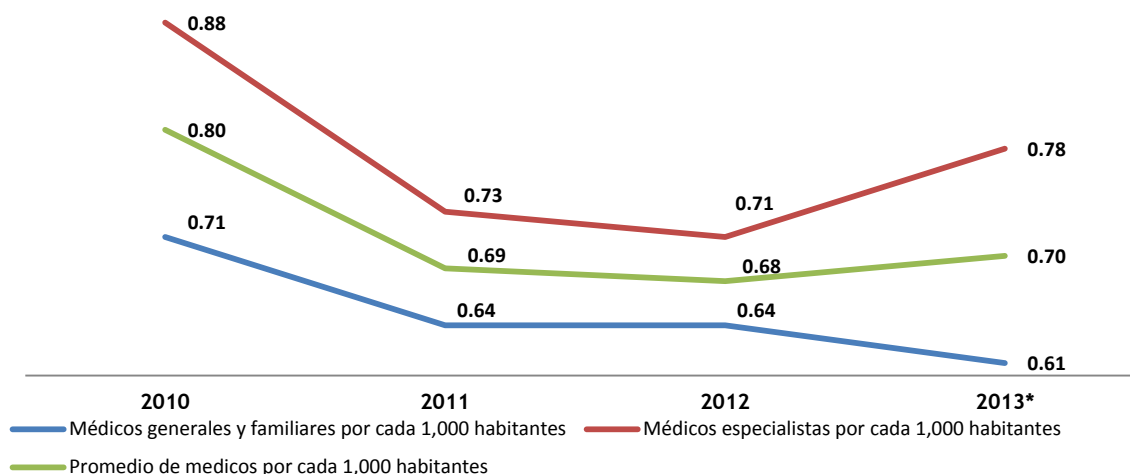
Año	Médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes	Variación	Médicos especialistas por cada 1,000 habitantes	Variación (Porcentaje)	Promedio de médicos por cada 1,000 habitantes	Variación (Porcentaje)
2010	0.71		0.88		0.80	
2011	0.64	-9.9	0.73	-17.0	0.69	-13.8
2012	0.64	0.0	0.71	-2.7	0.68	-1.5
2013*	0.61	-4.7	0.78	9.9	0.70	3.0
Crecimiento promedio	-4.9		-3.9		-4.4	

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos reportados por la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social.

Con relación a los médicos generales y familiares, se observa una tendencia decreciente en entre 2010 y 2013. De manera particular, en el último año se reportó una disminución de 4.7 por ciento con respecto a 2012. Similarmente, la disminución promedio anual en el periodo 2010-2013 fue de 4.9 por ciento.

En lo que se refiere a los médicos especialistas, en 2013 hubo un aumento de 9.9 por ciento respecto al periodo anterior, pero, debido a las disminuciones de los años anteriores, promedio anual entre 2010 y 2013 fue de -3.9 por ciento. La siguiente Gráfica permite observar de manera más clara la tendencia seguida por estos indicadores.

Gráfica 10: Evolución del indicador de propósito de la MIR de FASSA para el estado de Tamaulipas: Médicos generales y especialistas por 1000 habitantes 2010-2013



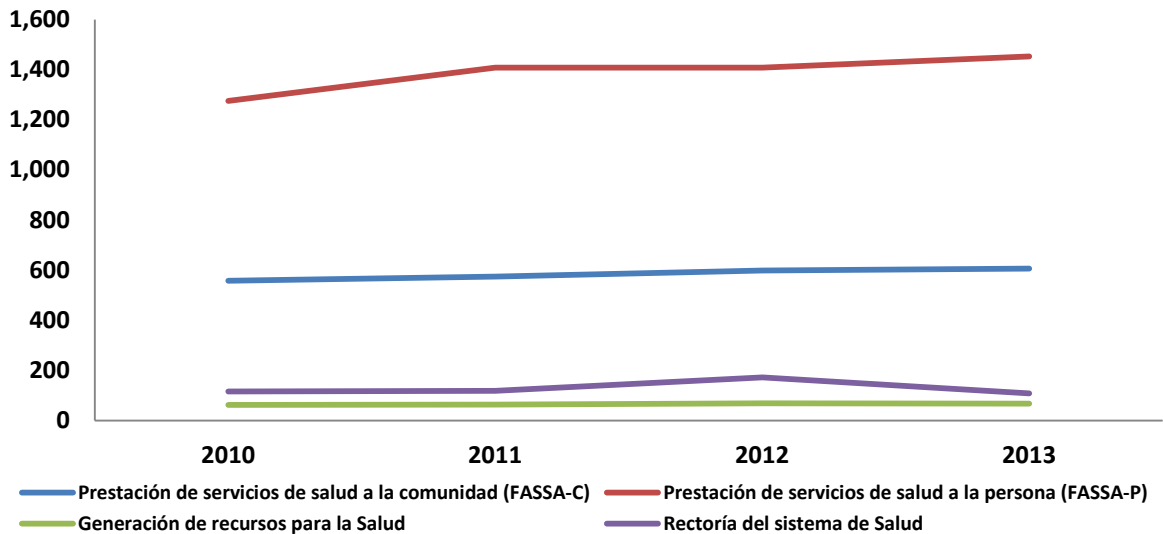
En términos globales, al promediar ambos tipos de médicos, se observó un incremento de 3.0 por ciento en el número de médicos por cada mil habitantes aumento de 3.0 por ciento en 2013 respecto a 2012, sin embargo esta cifra contrasta con el promedio de crecimiento anual 2010-2013 que fue de -4.4 por ciento. La medición del indicador relativo al nivel propósito de la MIR nos permite ver que, si bien en el caso de médicos especialistas se observó un incremento, en términos globales, los tres indicadores muestran que existe un área de oportunidad para incrementar el número de médicos de ambos tipos en la entidad.

Componentes

Un aspecto importante a señalar es que en la sección previa sobre la evolución presupuestaria se incluyó el análisis financiero de la distribución de los recursos del FASSA por tipo de componente compatible con la medición del indicador correspondiente a los componentes de la matriz. Dicho indicador arroja información sobre la proporción de recursos ejercidos en comparación con los presupuestados para cada uno de los componentes del fondo. De esta sección rescatamos el hecho de que al cierre de 2013 aquellos componentes orientados a satisfacer necesidades de rectoría del sistema y de generación de recursos para la salud sufrieron disminuciones mientras que los recursos que los componentes orientados a la provisión de servicios de salud a la

persona y a la comunidad se vieron fortalecidos. La evolución de estos recursos se muestra en la siguiente Gráfica:

Gráfica 11. Evolución presupuestaria de los componentes de FASSA para el estado de Tamaulipas 2010-2013



Durante el periodo 2010-2013, el componente más fortalecido en términos de ejercicio de recursos fue la “Prestación de Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)”. Durante este periodo el crecimiento promedio anual de este componente fue de 4.4 por ciento. En contraste, los recursos orientados a actividades de rectoría de servicios de salud los, a pesar de haber sido fortalecidos de manera importante en 2012 en términos globales se redujeron en 2.3 por ciento en promedio entre 2010 y 2013.

Actividades

En este nivel, sólo se consideran aquellos indicadores que se relacionan directamente con el desempeño de la entidad. Así, se incluye únicamente la medición de dos de los cuatro indicadores de la MIR: “Certificación de comunidades saludables” y “porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico”.

Certificación de comunidades Saludables

El Programa de Acción Específico “Comunidades Saludables” se consideró una ACTIVIDAD prioritaria dentro de la matriz federal de indicadores para resultados del FASSA 2013. El indicador solicitado registra el cumplimiento del número de comunidades certificadas en la entidad respecto a las programadas. Al respecto, la Secretaría de Salud de Tamaulipas proporcionó la siguiente información:

Cuadro 17. Cumplimiento de meta el programa de acción específico “Comunidades saludables” en 2013

Indicador	Meta programada	Meta Alcanzada	Porcentaje de cumplimiento
Porcentaje de comunidades certificadas que favorezcan la salud	50	50	100

Fuente: Reporte general de avance de indicadores, por entidad federativa y programa. Tamaulipas, 2013. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas. Proporcionado por la Secretaría de Salud de Tamaulipas, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

De acuerdo con los datos proporcionados por la entidad federativa, el cumplimiento de esta meta se realizó al 100 por ciento con respecto a lo programado.

Contribuir a la atención de la población sin seguridad social.

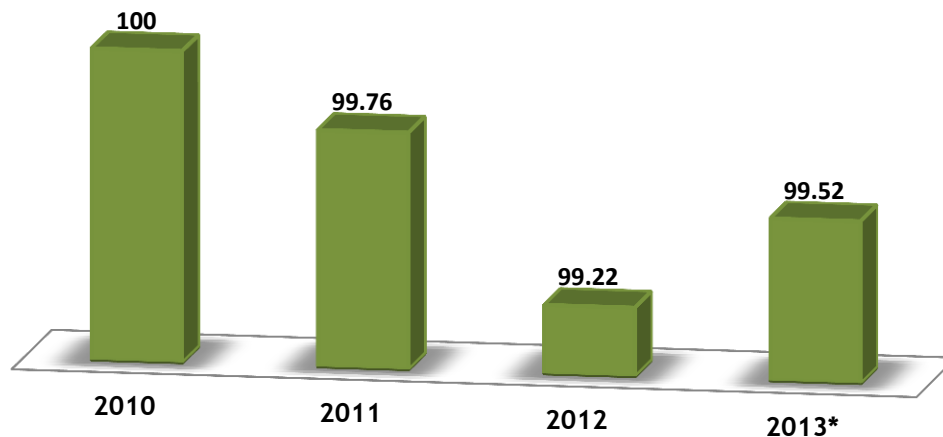
El indicador propuesto para medir esta actividad se refiere al porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidos por personal médico. Al respecto, la subsecretaría de Planeación y Vinculación Social presentó la siguiente información (ver Gráfica 12):

Gráfica 12. Porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres sin seguridad social en el estado de Tamaulipas atendidos por personal médico 2010-2013

Fuente:

Reporte

ge



neral de avance de indicadores, por entidad federativa y programa. Tamaulipas, 2013. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas. Proporcionado por la Secretaría de Salud de Tamaulipas, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Un aspecto destacable de la Gráfica es que, a pesar de que entre 2010 y 2012 el porcentaje de nacidos vivos de mujeres sin seguridad social se redujo, al cierre de 2013 se observó una mejoría en el indicador. En dicho año, el porcentaje de niños nacidos vivos fue de 99.52 por ciento y presentó un incremento de 0.3 por ciento en comparación con la cifra presentada en 2012. Sin embargo, la tendencia de los años anteriores compensó la tendencia anterior por lo que en términos globales, el crecimiento promedio anual fue de -0.2 por ciento.

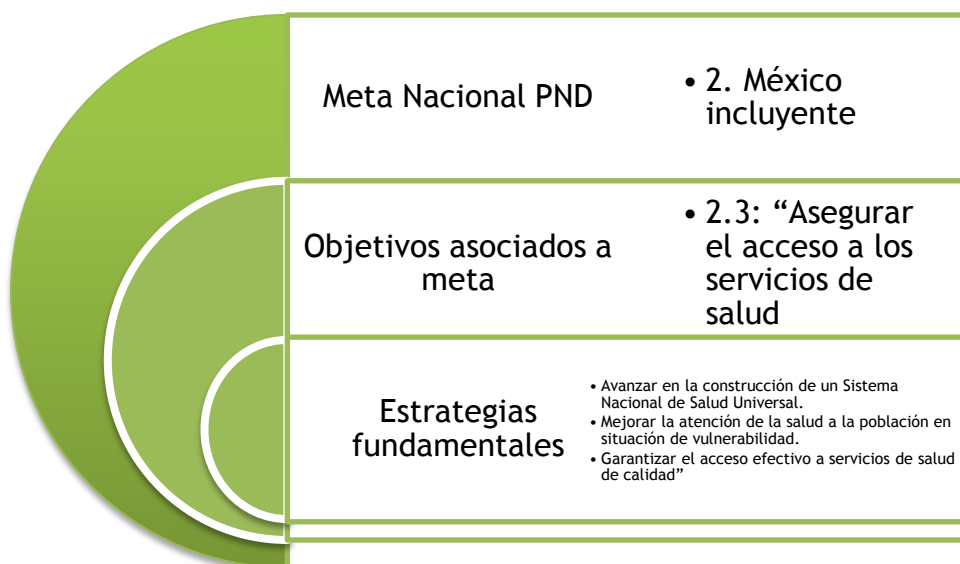
6.2 Evaluación de desempeño del Ramo 12—Seguro Popular

El Seguro Popular, brazo operativo del SPSS, es un mecanismo financiero a través del cual la federación busca garantizar servicios médicos a la población sin seguridad social. El objetivo principal de este programa es eliminar los gastos catastróficos generados en los que incurre la población sin seguridad social para atender problemas de salud. Para lograr este objetivo los recursos del programa se orientan a la cubrir un conjunto de intervenciones de salud. Estas se señalan en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en un Fondo de Protección. Durante el año fiscal 2013, el principal instrumento para el monitoreo de los recursos asociados este Fondo fue la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Dentro de este marco, la Evaluación de Desempeño del Seguro Popular se orienta al análisis de los indicadores establecidos en este instrumento.

Ramo 12—Seguro Popular	
Clave presupuestaria:	U005
Ramo:	12-Salud
Dependencia:	Secretaría de Salud
Unidad Administrativa	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Dependencia estatal ejecutora:	Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas
Unida Administrativa	6. Subsecretaría del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

La MIR del Seguro Popular correspondiente al año fiscal 2013 muestra alineación con las siguientes metas y objetivos establecidos en el PND 2013-2018 (ver Esquema 6). Como mencionamos, por su naturaleza federal, la MIR de FASSA se diseña en este ámbito de gobierno por lo cual tiene sentido que exista una alineación muy explícita a los objetivos nacionales.

Esquema 6. Alineación del programa Seguro Popular con Metas nacionales



6.2.1 Alineación a Metas Estatales

En el caso de los objetivos estatales, si bien no es explícita, si puede vincularse a la estrategia local en salud plasmada en el eje “Salud Humanista” particularmente con el objetivo 1. Salud integral con calidad y humanismo en su vertiente “Cobertura universal en salud”

Respecto a los programas sectoriales, tanto federal como estatal se encuentra alineados a sus respectivos planes de desarrollo. En este sentido, es posible identificar la vinculación entre la MIR y el Programa sectorial de salud 2013-2018 de carácter nacional; así como también es posible ubicar la relación entre el PROSESA 2011-2016 estatal y los objetivos estratégicos del programa.

6.2.2 Matriz de Indicadores del Seguro Popular de Salud en 2013

La MIR proporcionada por el gobierno de Tamaulipas para el monitoreo de los recursos del SP durante el año fiscal 2013 resume la información correspondiente al resumen narrativo, nombre, método de cálculo, tipo, dimensión de medición y medios de verificación para la medición de los indicadores correspondientes a cada uno de los niveles de la matriz (Ver cuadro 18).

Cuadro 18. Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Seguro Popular

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
FIN (Impacto Final)					
Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social.	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	$(\text{Gasto de bolsillo en salud de los hogares}) / (\text{Gasto total en salud}) \times 100$	Estratégico	Eficacia	Información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)
PROPÓSITO (Impacto intermedio)					
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	$(\text{Total de personas incorporadas en el año}) / (\text{Total de personas a incorporar en 2012}) \times 100$	Estratégico	Eficacia	Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud
COMPONENTES (Producto)					
Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.	$(\text{Número de consultas en el período}) / (\text{Total de personas afiliadas en el período})$	Gestión	Eficiencia	Dirección General de Información en Salud (Concentrado por unidad Médica) Sistema de Administración del padrón del Sistema de Protección Social en Salud. Sistema de

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
					Administración del padrón del Sistema de Protección Social en Salud
ACTIVIDADES (Procesos)					
Transferencia de recursos a las entidades federativas.	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	(Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal transferidos a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria Estatal acreditada)/ (Recursos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con Aportación Solidaria	Gestión	Eficacia	Informes emitidos por el Sistema de Información y Administración Financiera de la SHCP Oficios de transferencias para las Entidades Federativas de la Dirección General de Financiamiento
Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular	((Total de personas nuevas afiliadas en el año) / (Total de personas nuevas programadas para su afiliación en el año)) x 100	Gestión	Eficacia	Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud
Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de	(Número de casos pagados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Gestión	Eficacia	Base de datos de los pagos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Tipo	Dimensión a Medir	Medios de verificación
Gastos Catastróficos	Protección contra Gastos Catastróficos	dentro del tiempo promedio de pago)/(Número total de casos pagados) x 100			
Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria Estatal	Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas	(Número de Estados a los que se les revisa y notifica la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal dentro de los 14 días establecidos)/(Total de Entidades Federativas) x 100	Gestión	Eficacia	Informes de notificación de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal

Fuente: Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La MIR para el monitoreo del Seguro Popular durante 2013 constó de 7 indicadores de los cuales 2 son estratégicos y 5 son de gestión. Los indicadores estratégicos se encuentran en los niveles fin y propósito mientras que los 5 indicadores de gestión restantes se encuentran en los niveles de componentes y actividades. En términos generales 6 indicadores se enfocan en medir la eficacia del ejercicio del programa.

6.2.3 Lógica horizontal

Fin

En el nivel de fin, el resumen narrativo indica claramente a qué va a contribuir el programa: *“evitar el empobrecimiento, por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social”*. Se considera que el objetivo y el indicador correspondiente están relacionados adecuadamente. Resulta lógico que el indicador que mida el objetivo del Seguro Popular esté enfocado a medir el gasto en salud que hacen los hogares. Sin embargo, sería deseable que la fórmula especificara que la razón entre gasto de bolsillo con respecto a gasto total en salud se obtendrá de los hogares afiliados al seguro popular y no de todos. Lo anterior permitiría observar cuál es la evolución de este gasto de bolsillo en los hogares beneficiarios y el resultado no se vería afectado por considerar a hogares que sí cuentan con seguro social.

Propósito

En el nivel de propósito, el objetivo a medir es que la población no derechohabiente cuente con acceso a servicios de salud esenciales. El indicador para este objetivo es el porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular y mide el porcentaje de personas inscritas en el SP con respecto al número de personas por incorporar un año antes, o sea la variación de la incorporación entre un año y otro. Si bien comparativamente este indicador nos habla del avance que tiene el programa en cuanto a inclusión de la población que presenta solicitudes, no captura adecuadamente el avance en el acceso a seguridad social de la población no derechohabiente total.

Componentes

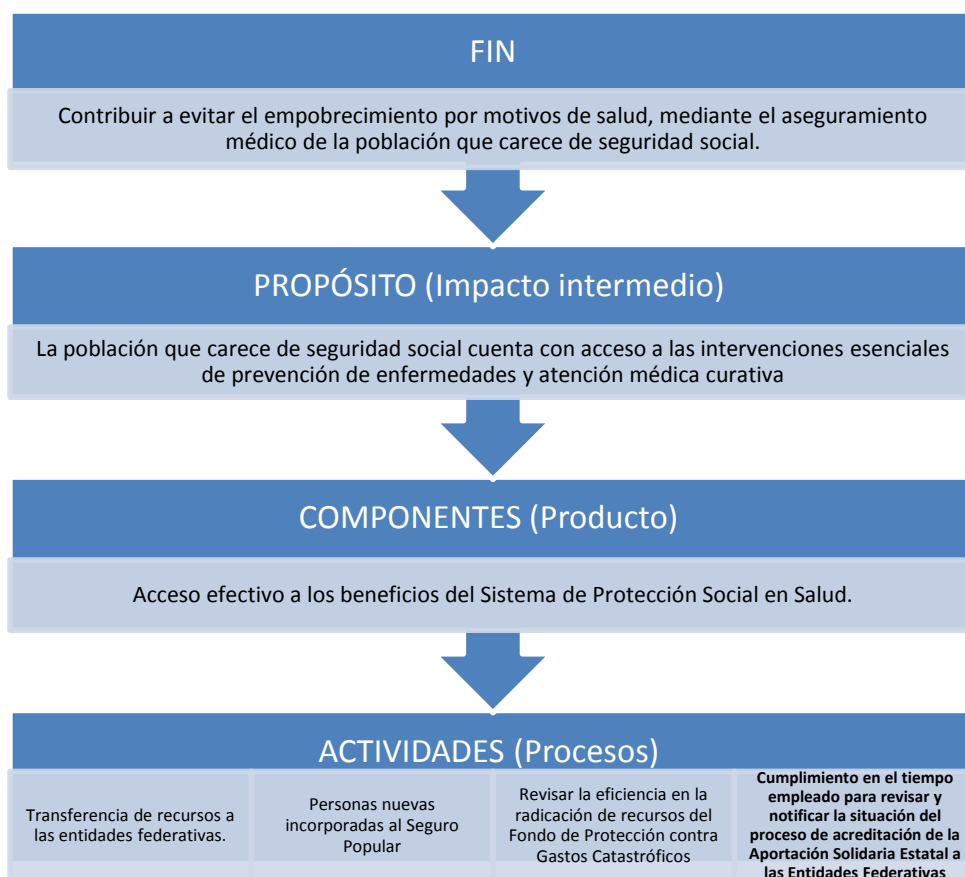
En el nivel de componentes, el indicador es Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud. El producto esperado por el programa es el número de consultas promedio que se otorga a la población, lo cual parece un indicador correcto para mostrar el acceso que van teniendo los beneficiarios del programa a los servicios de salud estatales. Sin embargo, sería deseable especificar que las consultas estén relacionadas con las intervenciones de salud señaladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección.

Actividades

El nivel de actividades está integrado por cuatro indicadores de gestión cuyo objetivo es medir la eficacia del ejercicio de los recursos del Seguro Popular: *“Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados”*; *“Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular”*; **“Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”** y, finalmente *“Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la Aportación Solidaria Estatal a las Entidades Federativas”*. A este respecto, se considera que el segundo indicador parece estar correctamente especificado, ya que es un indicador de gestión orientado a la medición de la eficacia del programa mediante la inscripción de población al SP; sin embargo, el concepto de eficacia que sustentan los otros tres indicadores parece diferente. Los tres indicadores restantes hablan de eficacia para la gestión de los recursos ya que denotan el cumplimiento de requisitos de tiempo en la transferencia y empleo de los recursos, por lo que parecieran indicadores de eficiencia.

6.2.4 Lógica vertical

Esquema 7. Resumen Narrativo de la MIR de Seguro Popular 2013



En el nivel de actividades, la matriz contiene cuatro indicadores de gestión de los cuales tres refieren al cumplimiento de requisitos de tiempo en la gestión de los recursos. El indicador restante hace referencia al porcentaje de personas nuevas incorporadas al Seguro Popular. De acuerdo con las recomendaciones del Coneval, la SHCP y la SFP, un indicador estratégico mide el grado de cumplimiento de los objetivos del fondo, por lo que este último indicador pareciera ser más de carácter estratégico que de gestión ya que mide el porcentaje de personas que se inscribieron al SP con respecto a las solicitudes presentadas durante el año. En este sentido, podría ser tomado como un producto más que como una actividad, ya que está directamente vinculado con el propósito, que es la cobertura de la población no derechohabiente. Asimismo, este indicador causa confusión con el indicador presente en el nivel de propósito ya que ambos representan el porcentaje de afiliaciones nuevas al SP, con la

diferencia de que en el nivel propósito se toma como referencia el número de solicitudes presentadas un año anterior para obtener el porcentaje.

En el nivel de componentes (o productos), sólo se cuenta con un indicador que hace referencia al acceso al servicio de consultas que tienen los beneficiarios del seguro popular. La lógica vertical entre las actividades y los componentes no está clara; los procesos enlistados en la MIR son exclusivamente referentes a trámites administrativos relativos con la distribución de los recursos, esto no puede ser considerado como acciones necesarias para incrementar el acceso a servicios de salud. Incluso, el indicador de nuevas afiliaciones, incluido en la parte de actividades, tampoco presenta una relación bien definida con un mayor acceso al servicio de consultas.

En cuanto al propósito de la MIR, el cual hace referencia a un indicador de cobertura que muestra los avances en cuanto a afiliación de personas al SP que no cuentan con seguridad social, existe una confusión con respecto al indicador de nuevas afiliaciones ubicado en la sección de actividades, como se hizo notar anteriormente. Además, la sola lectura de la MIR no deja claro cómo los productos esperados están conectados con el propósito del programa. No es claro de qué forma el tener un mayor porcentaje de consultas promedio entre afiliados al SP puede llevarnos a una mayor cobertura de la población sin seguridad social. En este sentido, sería más coherente tener en esta parte un indicador que muestre la cobertura en población no derechohabiente, en lugar de cobertura con respecto a solicitudes realizadas un año anterior y, en la sección de productos, retomar el indicador de nuevas afiliaciones ya que esto tiene una relación más clara en cuanto a cobertura.

Dado que el impacto inmediato que se espera en el programa es incrementar la cobertura de protección social en hogares no afiliados a instituciones de seguridad social, es congruente que esto permita evaluar el impacto final de la MIR: evitar el empobrecimiento en hogares sin seguridad social dado el gasto en salud. Por lo tanto, existe coherencia entre el propósito y el fin de la MIR.

Las áreas más vulnerables de esta matriz son las actividades y los componentes, lo cual es indicio de que podría no estar claro cuáles son los procesos y productos que tanto entidades federativas como el gobierno federal deben emprender y alcanzar para llegar a los objetivos de este programa. Asimismo, es necesario saber qué información es

la que permitirá la medición de todos estos indicadores ya que en la MIR no es reportada.

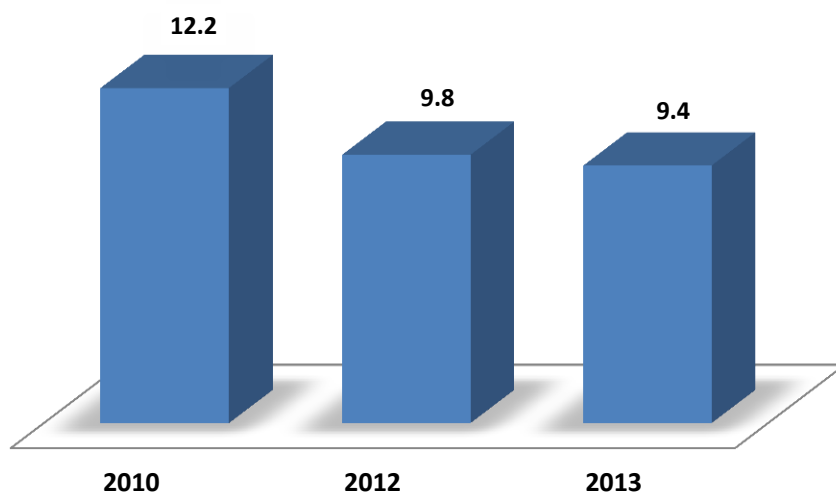
6.2.5 Evolución de los indicadores propuestos en la MIR: Análisis de tendencia y alcance de metas

La evaluación de indicadores se presenta de acuerdo al orden lógico propuesto en la MIR del programa para 2013.

Fin

En este nivel, el “Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas en el Seguro Popular” se mide a través de la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares en razón del gasto total en salud, la cual en este caso fue pronosticada a partir de la tendencia que reveló la información de las ENIGHs 2010 y 2012..

Gráfica 13. Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares respecto del gasto total en salud 2010-2013



Como puede observarse en la Gráfica 13, a pesar de no contar con la observación correspondiente a 2011, durante el periodo 2010-2013, se observa una tendencia decreciente en la proporción del gasto de bolsillo en salud en los hogares como parte del gasto total. Para 2013 este tipo de gasto de disminuyó 4.0 por ciento con respecto a la proporción que los hogares destinaban en 2012. Como se señaló, uno de los objetivos

fundamentales de este Fondo es evitar el empobrecimiento de los hogares por gasto en salud, así de acuerdo con esta tendencia, es posible afirmar que el ejercicio de los recursos federales transferidos a través de Seguro Popular en Tamaulipas está contribuyendo al objetivo de evitar el empobrecimiento por motivos de salud en la entidad. La siguiente Gráfica muestra el comportamiento del gasto de bolsillo como proporción del gasto público y del gasto total en salud:

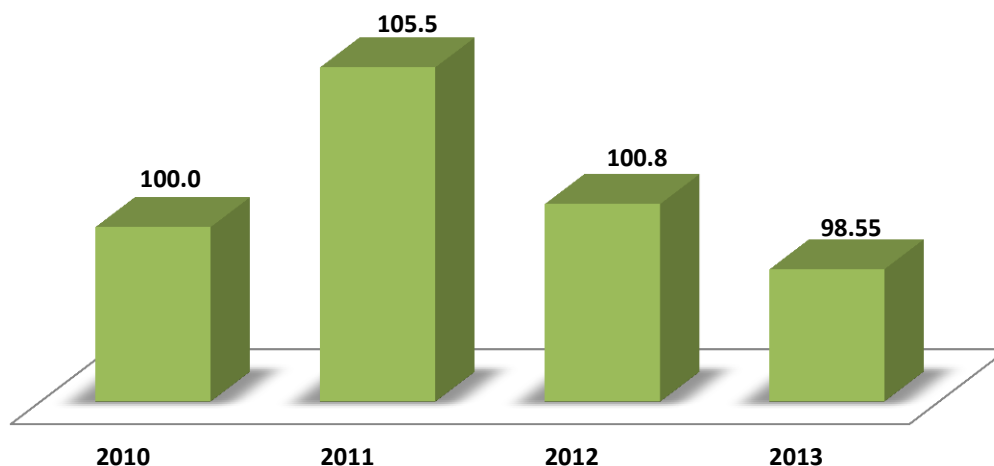
En contraste, en 2013 el gasto de bolsillo realizado de los hogares mostró una reducción de 8.8 por ciento en comparación con el gasto del año anterior. Similarmente, el promedio anual de crecimiento durante el periodo fue de -7.0 por ciento. Además, la Gráfica confirma esta tendencia, en ella se muestra como entre 2010 y 2013 el gasto de bolsillo ha representado una menor proporción del gasto total y del gasto público en salud en Tamaulipas. La reducción real del gasto de bolsillo de los hogares de Tamaulipas permite inferir que el incremento en el gasto público ha tenido un impacto positivo para la población del estado.

Propósito

En este nivel el indicador propuesto es el “Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular”. En los términos del Anexo Único del Convenio Modificatorio al Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud para 2013, se estableció una banda de afiliación esperada para ese ejercicio, de la forma siguiente: la mínima fue de 1,359,006; la media de 1,386,741, y la alta de 1,414,476. Al respecto, la Subsecretaría del Régimen de Protección Social en Salud presentó documentación donde señala que, al cierre de 2013 se alcanzó una afiliación de 1,393,998. De acuerdo con esto se concluye que el desempeño con respecto al cumplimiento de este indicador en lo que respecta a la afiliación esperada, se situó entre el nivel medio y alto para 2013.

Asimismo se proporcionó información relativa a la evolución de la cobertura de afiliación de la población objetivo del Seguro Popular, misma que se muestra en la siguiente Gráfica:

Gráfica 14. Porcentaje de población objetivo afiliada a Seguro Popular en en Tamaulipas, 2010-2013



Fuente: Datos reportados por la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social. Los datos de 2013 son preliminares, pues no hay cierre definitivo de esta información

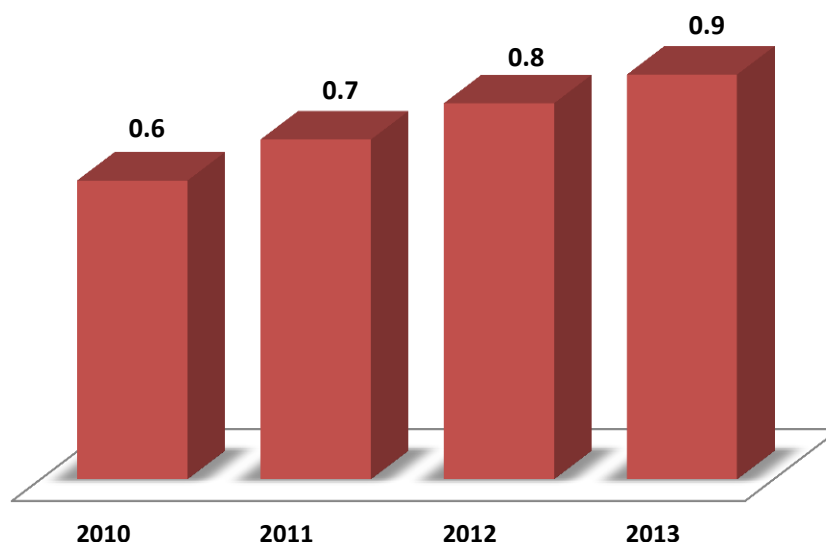
Como se observa, a pesar de alcanzar un valor muy cercano a la meta (98.55 por ciento) durante 2013 no se logró cumplir a cabalidad el objetivo de cobertura planteado al inicio de año. Además, comparado con 2012, el porcentaje de población objetivo afiliada en 2013 presentó una disminución de 2.2 por ciento. De modo similar, el crecimiento promedio anual en el periodo 2010-2013 presenta una disminución de 0.5 por ciento en el alcance de cobertura de población objetivo. A pesar de estos hallazgos, la cobertura, de acuerdo a los compromisos federales, se considera satisfecha, como se mencionó en el párrafo anterior, en un nivel medio-alto.

Componentes

Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud

En este nivel de la MIR, el indicador propuesto para monitorear el desempeño es el “acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud”, mientras que el método de cálculo propuesto para el indicador es la razón entre el número de consultas y el total de personas afiliadas en el período de medición (número de consultas per cápita en población afiliada durante el periodo). De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud del estado, la evolución de este indicador durante el periodo 2010-2013 se muestra en la siguiente Gráfica:

Gráfica 16. Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud (Consultas per cápita)



Fuente: Elaboración propia, con base en los datos reportados por la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social. Los datos de 2013 son preliminares, pues no hay cierre definitivo de esta información.

Por la definición anterior y su indicador asociado permiten intuir a mayor número de consultas per cápita a afiliados al SPSS del total de consultas otorgadas por la Secretaría de Salud representa un mejor desempeño, de acuerdo a esta perspectiva.

Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados

La matriz de indicadores para resultados federales del FASSA 2013 contempla este indicador como una actividad relevante. No obstante, para la entidad federativa, en este caso Tamaulipas, resulta inoperante, pues se trata de una actividad federal que no se encuentra bajo su control. Por ello, se omite el cálculo. En lugar de ello, se verificó el cumplimiento de las metas programadas (techos presupuestales) para el uso de los recursos transferidos en 2013, de acuerdo al Anexo IV Conceptos del Gasto del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud para 2013, con los siguientes resultados:

Cuadro 19. Cumplimiento de los límites presupuestales establecidos en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación, 2013, Tamaulipas.

Numeral del anexo IV	Compromiso	Monto ejercido	Porcentaje del total	Dentro del límite o mínimo
1. Remuneraciones de personal ya contratado directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los beneficiarios del Sistema	Límite de pago a personal del SPSS en el estado con recursos transferidos: 40%.	332,183,000	24.88%	Si
2. Adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema	Límite de recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para realizar las acciones necesarias a fin de lograr el surtimiento completo de recetas y los insumos necesarios para la prestación de servicios del CAUSES: 30%	302,739,715	22.68%	Si
3. Acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	Mínimo de recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades contenidas en el CAUSES: 20%	310,770,929	23.28%	Si
4. Gasto operativo y para el pago de personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente a cada entidad federativa.	Límite: 6% del total de los recursos transferidos	2,856,795	0.21%	Si
5. Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades Médicas	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos.	8,709,884	0.65%	No aplica
6. Acreditación de los establecimientos médicos que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud	Gastos transversales no especificados en el anexo IV.	0.00	0.00%	No aplica
7. Programa de Caravanas de la Salud	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos para financiar este programa y evitar duplicidad de recursos.	3,891,139	0.29%	No aplica

8. Adquisición de Sistemas de Información y Bienes Informáticos	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos.	0.00	0.00%	No aplica
9. Pagos a Terceros por Servicios de Salud	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos.	134,426,634	10.07%	No aplica
10. Pago por Servicios a Institutos Nacionales y Hospitales Federales	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos.	14,915,393	1.12%	No aplica
11. Gasto Operativo de Unidades Médicas participantes en la Prestación de los Servicios de Salud del CAUSES.	Sin límite o mínimo fijo. Se exige cumplimiento de requisitos específicos.	224,389,496	16.81%	No aplica
Total		1,334,882,987	100.00%	

Fuente: Informe del ejercicio de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal 2013. Resumen. Mes: marzo 2014. Servicios Estatales de Salud. Régimen de Protección Social en Salud.

En el cuadro anterior puede verificarse que el Régimen de Protección Social en Salud no rebasó los límites ni quedó por debajo de los mínimos marcados por el Anexo IV, por lo que, para el ejercicio 2013, el equipo evaluador considera que acreditó los requisitos en este rubro.

7. Análisis de indicadores de salud complementarios a la evaluación del desempeño

En este apartado se presentan los resultados del análisis de algunos indicadores de mortalidad que de alguna medida están relacionados con las actividades financiadas por el FASSA, es decir aquellas donde de acuerdo a la normativa y a los Programas de Acción Específicos, los servicios de salud de la entidad tienen capacidad de incidir para atenuarlas en 2013, a través de sus acciones de prevención, promoción y atención médica en los distintos niveles de atención. Todos los indicadores están calculados en la población sin derechohabencia

7.1 Tasas de mortalidad en población general

a) Enfermedades del corazón

La enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de fallecimientos entre la población no derechohabiente de Tamaulipas en 2013, con 1,337 casos. Al comparar la tasa de 2012 contra la de 2013, se observó un aumento de las muertes de 4.70 casos por cada 100,000 habitantes, lo que se tradujo en una variación a la alza de 5.79 por ciento. Así mismo, si se compara con la tasa nacional de 55.57 decesos por cada 100,000 habitantes en 2013, Tamaulipas exhibe una tasa muy superior, que tendrá que revisarse a la luz de objetivos de programas como el de prevención de Riesgo Cardiovascular, cuyo propósito es prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones (ver Cuadro 20).

Respecto a las enfermedades hipertensivas del corazón, se presentó un aumento de 2.12 por ciento de casos en 2013 respecto a 2012 en la entidad, e inferior a la tasa nacional cuyo incremento fue de 3.36 por ciento. En cuanto a este riesgo de enfermedad y con la información de cobertura presentada anteriormente, se recomienda ampliar la cobertura para detectar con oportunidad a pacientes con esta enfermedad y que puedan acceder a las acciones tratamiento y control, y evitar en lo posible la muerte por esta causa.

En lo que se refiere a las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, Tamaulipas presentó un decremento en 2013 respecto al

ejercicio anterior, con una disminución de 8.12 por ciento en la población sin derechohabencia. Respecto al resto del país, Tamaulipas tuvo en 2013 una Tasa de mortalidad por esta causa similar al promedio nacional.

Cuadro 20. Tasa de mortalidad por enfermedades del corazón por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Enfermedades hipertensivas	12.97	13.24	0.27	2.1	15.42	15.94	0.52	3.36
Enfermedades isquémicas del corazón	81.24	85.95	4.70	5.8	52.60	55.57	2.97	5.65
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	15.11	13.82	-1.29	-8.5	12.50	12.71	0.21	1.69

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

b) Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus constituyó la segunda causa de muerte en Tamaulipas en el 2013 en la población no derechohabiente (ver Cuadro 21). Respecto a 2012, se observó un incremento de 2.51 por ciento de casos de fallecimiento por esta causa en la entidad. Aunque la diferencia entre el desempeño de Tamaulipas comparado contra el promedio de las entidades federativas no se considera significativo. La no disminución en las tasas puede considerarse un indicio de que los programas específicos para la prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad no están teniendo los efectos esperados.

Cuadro 21. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Diabetes mellitus	57.25	58.69	1.44	2.5	58.38	59.75	1.37	2.3

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

c) Accidentes

Dentro de los diferentes tipos de accidentes que sufre la población no derechohabiente en Tamaulipas, son los relacionados con el tráfico en vehículos de motor los que mayor mortalidad le generan. En el año 2013, con 11.76 decesos por cada 100,000 habitantes, Tamaulipas registró una reducción en este tipo de eventos de 25.64 por ciento respecto al número registrado en 2012 (15.82). Una disminución similar se observó en el resto del país (ver Cuadro 22).

Una de las razones que se estima probable, y la cual podría constituirse en uno de los factores asociados del buen desempeño de la entidad en este indicador, podría estar en el reajuste del presupuesto FASSA en el Programa de Acción Específico denominado “Seguridad Vial”. De los 511,500 pesos presupuestados originalmente en la estructura programática en 2013 para ese programa, se ejercieron 710,316.68 (38.87 por ciento más respecto al presupuestado). A reserva de los resultados de un análisis mucho más profundo, en este caso, el re direccionamiento de los recursos federales pudo haber incidido en parte en el resultado positivo.

Cuadro 22. Tasa de mortalidad por accidentes por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	15.82	11.76	-4.06	-25.6	13.58	11.50	-2.08	-15.3

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

d) Tumores malignos

En el Cuadro 23 puede observarse que en Tamaulipas las tasas de mortalidad causadas por tumores de próstata y cuello del útero se redujeron 2013 con relación a las tasas registradas en 2012. Sin embargo, en lo que concierne a la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama, esta registró un aumento entre 2012 y 2013, de casi 2 mujeres fallecidas por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años, lo que es relativamente alto si se compara con la tasa media nacional, que se ubicó en 11 en 2013.

Con respecto a los recursos presupuestados y ejercidos, la revisión de la estructura programática de la entidad en 2013 revela que hubo una disminución del presupuesto programado inicialmente, los recursos ejercidos en el programa H200101 “Detección oportuna de cáncer cérvico uterino”, representaron 38.2 por ciento del monto original presupuestado (original de \$2,599,900 vs ejercido de \$994,273). Algo similar pasó con el recurso FASSA destinado al programa H200201 “Detección oportuna del cáncer mamario”, el cual tuvo un presupuesto original de 2,456,212.00 pesos y un ejercido de 1,148,279 en 2013, lo que significó que sólo se aplicó el 46.75 por ciento de los recursos originales presupuestados.

Siendo estas causas de muerte de la más alta prioridad para la política de salud del sector, no está por demás enfatizar en la necesidad de fortalecer las acciones de detección oportuna y tratamiento de estos padecimientos por los programas financiados parcialmente con FASSA en la entidad, y esa recomendación se refuerza a la luz de las bajas coberturas de detección de estos padecimientos en la atención ambulatoria, reveladas por la ENSANUT 2012. Las áreas de oportunidad no sólo están en los criterios de asignación presupuestal sino también en los procesos de atención que eleven la cobertura y la calidad de los servicios.

Cuadro 23. Tasa de mortalidad por tumores malignos por cada 100,000 mujeres (u hombres) mayores de 20 años de edad en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Desglose (principales)	Tamaulipas				Nacional			
		Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Tumores malignos	Tumor maligno de la mama	12.2	14.3	2.17	17.8	11.3	11.0	-0.32	-2.9
	Tumor maligno de la próstata	11.6	10.9	-0.75	-6.4	13.4	13.1	-0.35	-2.6
	Tumor maligno del cuello del útero	11.5	10.6	-0.87	-7.6	11.0	10.3	-0.69	-6.3

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

e) Neumonía e influenza

La neumonía e influenza presentó una tasa de fallecimientos por cada 100,000 habitantes sin derechohabencia en Tamaulipas de 14.21 en 2013, superior a los 11.93 de 2012 (ver Cuadro 24). Por ello, el incremento porcentual de 2013 en relación con el ejercicio anterior fue de 19.08 por ciento, superior al de la media nacional de 8.40 por ciento. Debido a que las muertes por estas causas son prevenibles si se brinda atención médica oportuna y de calidad, se considera pertinente recomendar a la Secretaría de Salud de Tamaulipas refuerce las acciones necesarias para prevenir las muertes por estos padecimientos en la población.

Cuadro 24. Tasa de mortalidad por neumonía e influenza por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Neumonía e influenza	11.93	14.21	2.28	19.1	15.06	16.32	1.26	8.4

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

f) Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En cuanto al padecimiento “Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal”, el estado presento un crecimiento porcentual de 0.53 por ciento en 2013, contrario a la reducción de la media nacional de 8.90 por ciento (ver Cuadro 25). Los resultados de estos padecimientos conllevan a recomendar a la Secretaría de Salud de Tamaulipas que en ejercicios subsecuentes dirija, en la medida de lo posible, una parte de los recursos FASSA hacia actividades de prevención y atención de estas causas de mortalidad entre la población no derechohabiente.

Cuadro 25.- Tasa de mortalidad por Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal por cada 1,000 nacidos vivos en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	4.18	4.20	.02	0.53	3.05	2.78	-0.27	-8.9

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

g) Desnutrición, anemia y otras deficiencias nutricionales.

La desnutrición y otras deficiencias nutricionales como causa de mortalidad entre la población no derechohabiente tuvo una tasa por cada 100,000 habitantes de 5.01 en 2013, inferior a la de 5.97 en 2012 y por debajo de la media nacional para ese año, que fue de 7.27. La disminución de la mortalidad en 15.94 por ciento real en Tamaulipas contrasta con el aumento de 0.08 por ciento del promedio nacional. Si bien la desnutrición y la mala nutrición dependen de múltiples causas asociadas a los procesos de desarrollo social, es una causa prevenible de mortalidad por lo que el sector salud tiene un papel relevante en su detección oportuna y en el tratamiento, sobre todo en grupos vulnerable como los niños menores de 2 años y las mujeres embarazadas (ver Cuadro 26). Sin afirmar que esta sea la causa de la mejora en el indicador, cabe mencionar que el programa H290101 “Fomento a la nutrición” tuvo un presupuesto

original de \$560,150 y un ejercido de \$596,981, lo que representó un aumento de 6.6 por ciento en el presupuesto.

Cuadro 26. Tasa de mortalidad por desnutrición y otras deficiencias nutricionales por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	5.97	5.01	-.95	-15.9	7.19	7.27	0.08	1.1

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

h) Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana

Como se observa en el Cuadro 27, la tasa de mortalidad por esta causas fue 6.88 en 2013 en la población no derechohabiente, siendo mayor a la registrada en 2012. Es relevante notar que Tamaulipas presentó una tasa de mortalidad mayor al promedio nacional, exhibiendo una variación a la alza. Esto llama a la entidad a reforzar las acciones de detección y tratamiento dirigidas a la población en riesgo, sobre todo aquellas que están contempladas en el Programa de Acción Específico “VIH/SIDA e ITS”; y ello demanda revisar los criterios de asignación presupuestal. Cabe notar que, de acuerdo a la información proporcionada por la Secretaria de Salud de Tamaulipas, el programa H360101 “Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” tuvo un presupuesto original de \$2,529,100 y un ejercido de \$657,041.3, lo que representó solo el 26 por ciento del presupuesto programado originalmente.

Cuadro 27. Tasa de mortalidad por virus de la inmunodeficiencia humana por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	5.97	6.88	.91	15.3	4.71	4.65	-0.05	-1.1

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

i) Septicemia.

La septicemia es una infección grave y que puede producir la muerte si empeora rápidamente contaminando a todo el cuerpo. La muerte por esta causa es prevenible si existe un diagnóstico oportuno que evite el shock. Si bien, son eventos raros, la tasa de mortalidad por esta causa en Tamaulipas es mayor al promedio observado a nivel nacional (ver Cuadro 28). Este representa uno de esas situaciones de salud donde la atención médica oportuna y adecuada puede incidir evitando la muerte.

Cuadro 28. Tasa de mortalidad por septicemia por cada 100,000 habitantes en población no derechohabiente. 2012-2013

Causa	Tamaulipas				Nacional			
	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)	Tasa 2012	Tasa 2013	Δ 2012-2013	(%)
Septicemia	5.38	4.63	-.75	-14.0	3.39	3.42	0.04	1.0

Fuente: Elaboración propia. Casos 2012: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SEED/SS 2012 (Plataforma) Defunciones.

La septicemia es una infección grave y que puede producir la muerte si empeora rápidamente contaminando a todo el cuerpo. La muerte por esta causa es prevenible si existe un diagnóstico oportuno que evite el shock. Si bien, son eventos raros, la tasa de mortalidad por esta causa en Tamaulipas es mayor al promedio observado a nivel nacional. Este representa uno de esas situaciones de salud donde la atención médica oportuna y adecuada puede incidir evitando la muerte.

j) Salud del Recién Nacido

De acuerdo a la información contenida en el Sistema de Información Sobre Nacimientos del Secretaría de Salud federal, en 2012 nacieron en Tamaulipas 64,310 niños, de los cuales alrededor de 60 por ciento formaron parte de la población sin seguridad social. En 2013, los nacimientos fueron 62,470, y al igual que en 2012, cerca de 60 por ciento nacieron en familias sin seguridad social (ver Cuadro 29).

Cuadro 29. Registro de nacidos vivos en Tamaulipas

	2012		2013	
	n	%	n	%
Total nacidos vivos en población no derechohabiente	38,530	59.9	37136	59.4
Total nacidos vivos en población derechohabiente	25780	40.1	25334	40.6
Total	64,310		62470	

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo SINAC 2012, 2013

El Cuadro 29 muestra que del total de recién nacidos vivos en 2012 y 2013, alrededor de 2.4 por ciento presentaron algún tipo de afección relacionada con la atención al parto y del embarazo, tales como: trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, traumatismo del nacimiento; feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto; hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento. Comparado con los niveles a nivel nacional, los recién nacidos en Tamaulipas presentaron una proporción mayor de afecciones; desde luego que no todas son adjudicables directamente a la atención médica; sin embargo, este resultado llama a revisar los factores subyacentes en estos eventos, así como la calidad en el proceso de atención de la mujer durante el embarazo y durante el parto (ver Cuadro 30).

Cuadro 30. Porcentaje afecciones en nacidos vivos en población no derechohabiente

	2012	2013
Tamaulipas		
Con algún tipo de afección relacionada con la atención médica	2.43	2.42
Sin afección	87.90	89.73
Nacional		
Con algún tipo de afección relacionada con la atención médica	1.50	1.67
Sin afección	92.71	92.94

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo SINAC 2012, 2013

Al revisar la tasa de mortalidad neonatal, que es la mortalidad en niños que murieron antes de alcanzar los 28 días de edad, se observa en el Cuadro 31 que, tanto en 2012 y 2013, en la población no derechohabiente de Tamaulipas la tasa de mortalidad neonatal fue notoriamente mayor que el promedio nacional. De acuerdo a los datos, en Tamaulipas por cada mil nacidos vivos se murieron en 2013, antes de cumplir los 28 días, casi 3 niños más que la tasa promedio nacional. Peor aún, entre 2012 y 2013 se observa

un deterioro en este indicador. Estos resultados no son ajenos a los presentados en el cuadro anterior y demanda ser revisados por la autoridad sanitaria estatal toda vez que muchas de estas muertes pueden ser evitadas mediante intervenciones médicas eficaces.

Cuadro 31. Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) en población no derechohabiente

	2012	2013
Tamaulipas	9.06	9.72
Nacional	7.64	7.01

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS).
Concentrado de defunciones

k) Mortalidad por enfermedades transmisibles

Al analizar la mortalidad por enfermedades transmisibles en menores de 5 años de edad, tales como las relacionadas con: enfermedades infecciosas y parasitarias; infecciones respiratorias; ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y deficiencias de la nutrición, se observa que Tamaulipas tuvo un desempeño por debajo de lo observado a nivel nacional, empeorándose este resultado entre 2012 y 2013. Como se mencionó antes, estos resultados son importantes, ya que muchas de estas muertes pudieron ser evitadas si se mejoran las acciones de prevención, detección y tratamiento médico.

Cuadro 32. Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad por enfermedades transmisibles en población no derechohabiente

Tamaulipas	2.14	2.34
Nacional	1.88	1.79

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS).
Concentrado de defunciones

7.2 Servicios de salud

a) Consulta médica

Con relación a los servicios otorgados por la Secretaría de Salud a la población demandante, tanto a nivel de la unidad médico como en la comunidad, se observa en el Cuadro 33 que los servicios de salud de Tamaulipas otorgaron en promedio más consultas generales por persona que el resto del país, manteniéndose constante este indicador

entre 2012 y 2013. Al analizar las consultas médicas asociadas al Seguro Popular, vemos que en promedio se otorgaron 6.15 consultas por afiliado en 2013 siendo mayor que lo observado en 2012; cabe resaltar que en promedio, Tamaulipas brinda alrededor de 1.5 consultas más por persona que el resto del país. Respecto a las consultas médicas de especialidad (Cirugía, medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, otras especialidades), se encuentra que el promedio por persona se mantuvo constante entre 2012 y 2013, estando, como en los casos anteriores, por arriba del promedio nacional. Si bien, con esta información no es posible concluir nada sus efectos en la salud, no deja de ser relevante y demanda ser analizada a la luz de las necesidades de salud de la población y de la eficiencia operativa.

Cuadro 33. Promedio de consultas por persona brindadas por las secretarías de salud (Federal y estatal)

		2012	2013
Consultas médicas generales en población no derechohabiente	Tamaulipas	2.31	2.37
	Nacional	1.88	1.89
Consultas médicas asociadas al Seguro Popular en afiliados	Tamaulipas	5.84	6.15
	Nacional	4.61	4.62
Consultas médicas de especialidad no derechohabiente	Tamaulipas	0.33	0.31
	Nacional	0.23	0.23

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), Cubo Concentrado por unidad médica SIS 2012 y 2013

8. Conclusiones

Del análisis llevado a cabo en esta evaluación, se puede concluir que la situación de salud del Estado de Tamaulipas presenta una realidad de contrastes, donde resaltan por un lado algunos avances en materia de salud; y por otro, espacios de oportunidad donde la entidad tiene la capacidad de incidir para mejorar las condiciones de salud de su población.

8.1 Análisis situacional y flujos financieros

Del diagnóstico situacional de las condiciones de salud en Tamaulipas, realizado con la información disponible en 2012, se puede concluir lo siguiente:

- Las tasas de mortalidad materna e infantil exhiben una tendencia a la baja en los últimos años.
- asfixia al nacimiento es la principal causa de muerte entre los menores de 1 año. Infecciones respiratorias agudas continúan siendo una de las principales causas de muerte infantil. Estos resultados son relevantes debido a que son causas que pueden ser altamente prevenibles por acciones eficaces de salud pública y del proceso de atención médica.
- Las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las principales causas de muerte de la población en general. A esta situación debe sumarse el agravamiento de problemas emergente relacionados con estos padecimiento, como el sobrepeso y la obesidad que parece estar aumentando en Tamaulipas, observándose una dinámica que sugiere un tránsito de la condición de sobrepeso a la obesidad. Especialmente preocupante es la situación que presentan los niños menores de 5 años de edad de áreas urbanas.
- En términos de cobertura de aseguramiento, Tamaulipas presenta un panorama favorable respecto a lo que se observa en el resto del país, sólo 17.9 por ciento de la población reportó no estar asegurado por algún esquema de protección a la salud. Sin embargo, llama fuertemente la atención que uno de los grupos con mayor rezago en este indicador sea el de los niños menores de 5 años.

- Con respecto a la utilización de servicios de salud, los indicadores relacionados con la atención al niño, sugieren que los niños tamaulipecos son llevados a los servicios de salud para su atención en mayor porcentaje que el promedio observado en el país.
- Los adolescentes son un grupo en el cual se necesitan reforzar acciones de prevención de conductas de riesgo. En comparación con el promedio nacional, una menor proporción de jóvenes tamaulipecos reportó usar el condón como método anticonceptivo, y aunque el embarazo adolescente es ligeramente menor al resto del país, su nivel (48.2 por ciento) representa un problema de salud pública que requiere de más y mejores intervenciones para prevenirlo; toda vez que sus consecuencias trascienden a una pérdida de bienestar que afecta a las mujeres, a los niños y a la sociedad en general.
- Aunque ligeramente mayor a las coberturas observadas en el resto del país, las coberturas de acciones de prevención de enfermedades crónicas son bajas en la entidad (detección del virus del papiloma humano (VPH), prueba del Pap, cobertura de mastografía y exploración clínica de senos). Igualmente, las coberturas para la detección temprana de diabetes, de hipertensión arterial y de colesterol o triglicéridos, no alcanzan a cubrir el 30 por ciento de la población en necesidad.
- Sobre la calidad percibida de los servicios médicos, en general entre los tamaulipecos, la calidad de la atención médica es buena, observándose que los afiliados al Seguro Popular tienen una mejor percepción de la atención recibida que los afiliados por la seguridad social.

Del análisis de los flujos financieros se concluye lo siguiente:

- En 2013, la transferencia por concepto de FASSA a Tamaulipas representó 42 por ciento del total de los recursos públicos en salud de la entidad, mientras que los recursos transferidos al Seguro Popular significaron 20.3 por ciento del total.
- En términos reales la evolución de los recursos ejercidos de FASSA por Tamaulipas mostró una tendencia creciente, con una tasa de crecimiento media anual de 2.7 por ciento, similar a la observada en el país

- En 2013, el 65 por ciento del FASSA fue destinado a la prestación de servicios a la persona y el 27.1 por ciento se dirigió a la prestación de servicios de salud a la comunidad. El resto se destinó a las funciones de rectoría y generación de recursos. Dicha composición se ha mantenido, más o menos constante, en los últimos 4 años
- De acuerdo a la estructura programática del 2013, se identificaron 96 programas presupuestales; sin embargo, el ejercicio del FASSA se realizó a través de 60 programas y rubros presupuestales. De estos, el rubro de nómina ocupó el 90.6 por ciento de todo el FASSA ejercido. Es importante desatacar que sólo 10, de los 96 programas presupuestales contemplados inicialmente, absorbieron el 98.8 por ciento de los recursos FASSA en la entidad.
- En cuanto a los otros programas originalmente contemplados en el Programa Anual de Trabajo y en la Estructura Programática del FASSA 2013, 51 de ellos recibieron el 1.19 por ciento de los recursos restantes, mientras que 35 de los originalmente programados para ejercer presupuesto no fueron financiados con este fondo.
- Las transferencias por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal tuvieron un incremento real de 6.4 por ciento respecto de los recursos recibidos en 2012, con una tendencia creciente desde el 2010. En términos reales, dichos recursos crecieron a una tasa media anual de 3.5 por ciento.

8.2 Evaluación de desempeño de FASSA y Ramo12-Seguro

Popular

Del análisis de las matrices de indicadores para resultados, se puede concluir lo siguiente:

FASSA

- Los parámetros de distribución del Fondo no necesariamente vinculan la asignación de los recursos con las necesidades de salud de la población, esto constituye sin duda una dificultad para transitar hacia la gestión por resultados.

- La fórmula de distribución tiene una lógica incrementalista en la cual los montos asignados en ejercicios fiscales previos tienen un peso determinante para la asignación de recursos. Además, la distribución está determinada por costos fijos entre los que se incluyen pagos a personal, servicios personales, costos operativos y gasto en infraestructura. De esta manera, los ajustes salariales explican una parte importante del incremento de los recursos cada año lo cual deja un margen muy reducido para vincular la asignación de recursos a través del FASSA al desempeño mostrado por Tamaulipas en materia de salud.
- A pesar de incluir un componente de equidad, la fórmula de distribución del Fondo mantiene las desigualdades entre entidades federativas favoreciendo a aquellas entidades con mayor infraestructura y personal que, acuerdo con los parámetros de la fórmula, reciben más recursos que aquellas más rezagadas con sistemas menos desarrollados.
- A grandes rasgos, la manera en que se distribuyen recursos del FASSA muestra poca vinculación con respecto al desempeño de la entidad en materia de salud. Esta situación se ve agravada por la opacidad en el peso que tiene cada uno de los componentes en la fórmula y la información sobre infraestructura y personal tomada como base para el cálculo.
- En términos de evaluación del Fondo resulta importante señalar que el instrumento a través del cual se mide el desempeño del FASSA muestra inconsistencias importantes. En primer lugar, no logra capturar claramente el fin al que el ejercicio de los recursos busca aportar, esto se debe en parte a la poca claridad que existe sobre la definición del Fondo y sus objetivos en la normativa que lo regula.
- Al no estar bien determinado el fin, resulta lógico que los instrumentos de medición propuestos estén desvinculados, esta situación se observa también en los demás niveles de la MIR.
- Se identificaron inconsistencias importantes en la lógica vertical en la cual existe una desconexión en la relación actividades–componentes–propósito–fin. Esta ruta determina las actividades sustantivas que deben realizarse para generar los productos necesarios que permitan conseguir el propósito de los recursos. Esta ruta, establecida de manera adecuada, hace posible alcanzar el fin esperado. Lo anterior muestra la debilidad o la poca pertinencia de la MIR como instrumento para medir

adecuadamente el desempeño de la entidad con respecto al ejercicio de los recursos del FASSA. A pesar de lo anterior, la medición del desempeño del ejercicio del Fondo en Tamaulipas se realizó con base en este instrumento.

- De acuerdo con los resultados de dos indicadores fundamentales de la MIR puede afirmarse que, en términos globales, Tamaulipas mostró un buen desempeño en el **ejercicio de los recursos** del FASSA en 2013. Esto se hace evidente con la disminución de la razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social, que, si bien no se alcanzó la meta planeada por la entidad, se redujo pasando de 31.1 por ciento en 2012 a 29.6 por ciento en 2013. De manera similar, el porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres sin seguridad social en el estado de Tamaulipas atendidos por personal médico en 2013 fue de 99.52 por ciento y presentó un incremento de 0.3 por ciento en comparación con la cifra presentada en 2012.

Seguro Popular

- En el caso del Seguro Popular, las inconsistencias de la MIR para 2013 no son tan notables como en el caso del FASSA, en este sentido, las áreas más vulnerables de esta matriz son las actividades y los componentes, lo que da indicio de que podría no estar claro cuáles son los procesos y productos que tanto entidades federativas como el gobierno federal deben emprender y alcanzar los objetivos de este programa.
- La medición de los indicadores muestra que el ejercicio de recursos del Seguro Popular en la entidad ha logrado avanzar hacia el objetivo del programa: reducir el gasto de bolsillo en salud en la población.
- Además, en términos de incorporación al Seguro Popular, de acuerdo con la banda de afiliación establecida por el Sistema de Protección Social en Salud para 2013, el desempeño con respecto al cumplimiento de la afiliación esperada en el estado se situó en el nivel medio y alto para 2013.
- Una de las restricciones más importantes en la evaluación de desempeño fue la dificultad para acceder a la información que permitiera realizar el cálculo de indicadores planteada en los medios de verificación de la MIR.

Del análisis de los indicadores de salud complementarios a la evaluación de desempeño del FASSA se concluye:

- Tamaulipas tiene una tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la población no derechohabiente es muy superior a la tasa promedio nacional. Dicho resultado tiene que analizarse a la luz de objetivos de programas como el de Prevención de Riesgo Cardiovascular, cuyo propósito es prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones. Resulta relevante subrayar que de los 505,850 pesos programados del FASSA para 2013 en el programa H370103 “Prevención y control de la hipertensión arterial” (con la revisión de la estructura programática no se ubicó, con la suficiente claridad, otro programa de la entidad relacionado con las enfermedades del corazón), únicamente se ejercieron 280,985.02. Esto es, 55.5 por ciento del presupuestado original declarado en la estructura programática.
- Con relación a la diabetes mellitus, no sólo se observaron cobertura de atención muy baja (datos de la ENSANUT 2012) y un aumento en el fallecimiento por esta causa. Además, de acuerdo a la estructura programática del FASSA, de los 840,255 pesos presupuestados para el programa H370102 “Prevención, diagnóstico y control de diabetes mellitus” de la estructura programática de la entidad para 2013, sólo se ejercieron, con recursos FASSA, 114,652.20 (13.64% de lo originalmente presupuestado y 0.01% del total del Fondo en 2013).
- Tamaulipas registró una reducción de 25.6 por ciento en las muertes por accidentes de tráfico en vehículos de motor. Cabe mencionar el reajuste del presupuesto FASSA en el Programa de Acción Específico denominado “Seguridad Vial” que representó 38.87 por ciento más respecto al presupuestado. A reserva de los resultados de un análisis mucho más profundo, este el re-direccionamiento de los recursos federales pueden haber incidido en parte en el resultado positivo en este indicador.
- En 2013, las tasas de mortalidad causadas por tumores de próstata y cuello del útero se redujeron con relación a las tasas registradas en 2012. Sin embargo, la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama aumentó, entre 2012 y 2013, a casi 2 mujeres fallecidas más por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años, lo que es relativamente alto si se compara con la tasa media nacional, que se ubicó en 11 en 2013.

- La tasa de mortalidad por VIH fue 6.88 en 2013 en la población no derechohabiente, siendo mayor a la registrada en 2012 (5.97) y superior a la media nacional. Cabe notar que de acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud de Tamaulipas, el programa H360101 “Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” tuvo un presupuesto original de \$2,529,100 y un ejercido de \$657,041.3, lo que representó solo el 26 por ciento del presupuesto programado originalmente.
- Al revisar la tasa de mortalidad neonatal en la población no derechohabiente, se encontró que Tamaulipas tuvo una tasa de mortalidad neonatal notoriamente mayor al promedio nacional. De acuerdo a los datos de 2013, en Tamaulipas se murieron antes de cumplir los 28 días casi 3 niños más que la tasa promedio nacional por cada mil nacidos vivos. Del mismo modo, la entidad tuvo un desempeño por debajo de lo observado a nivel nacional en la mortalidad por enfermedades transmisibles en menores de 5 años de edad.
- Con relación a los servicios otorgados por la Secretaría de Salud a la población demandante, Tamaulipas otorgó en promedio más consultas generales por persona que el resto del país. En el caso del Seguro Popular, en promedio se otorgaron 6.15 consultas por afiliado en 2013, representando 1.5 consultas más por persona que el promedio otorgado en el resto del país.

Conclusión Global de la evaluación de desempeño FASSA

De acuerdo con el análisis de los indicadores contenidos en la MIR, los resultados de la evaluación de desempeño muestran que en 2013 la entidad logró un buen desempeño, esto principalmente con relación a dos indicadores fundamentales: la razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social que, si bien no se alcanzó la meta planeada por la entidad, logró reducirse pasando de 31.1 por ciento en 2012 a 29.6 por ciento en 2013. De manera similar, el porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres sin seguridad social en el estado de Tamaulipas atendidos por personal médico en 2013 fue de 99.5 por ciento y presentó un incremento de 0.3 por ciento en comparación con la cifra presentada en 2012. Así, en términos globales y circunscrito a la evolución de estos dos indicadores, puede inferirse que la entidad tuvo un buen desempeño en el ejercicio de los recursos del FASSA en 2013.

Sin embargo, dada la arquitectura financiera que caracteriza la prestación de los servicios públicos de salud a la población no derechohabiente en la entidad y considerando su distribución en los distintos rubros y programas presupuestales, no es posible aislar el desempeño exclusivo del FASSA de los efectos de otras fuentes presupuestales en los distintos indicadores de resultado de salud.

Conclusión Global de la evaluación de desempeño Ramo 12-Seguro Popular

La evaluación de los indicadores asociados al desempeño del SP muestra un buen desempeño de la entidad en el ejercicio de estos recursos. En este sentido, los esfuerzos de la entidad parecen contribuir a reducir el gasto de bolsillo en salud de los hogares respecto al gasto total en salud, que es el fin último al que contribuye dicho programa presupuestal.

Asimismo, en términos de incorporación, de acuerdo con la banda de afiliación establecida por el Sistema de Protección Social en Salud para 2013, el desempeño con respecto al cumplimiento de la afiliación esperada en el estado se situó en el nivel medio y alto en 2013. Una restricción importante identificada en la evaluación de desempeño del Seguro Popular, radicó en la dificultad para acceder a la información oficial para realizar el cálculo de indicadores.

9. Fortalezas debilidades y recomendaciones de mejora

A continuación se resumen una serie de hallazgos, producto de esta evaluación, que denotan fortalezas y debilidades en la asignación y uso de los recursos FASSA y los correspondientes al Ramo 12 del Seguro Popular. Estos hallazgos surgen del análisis de gabinete y de la información proporcionada durante el trabajo de campo por los servidores públicos involucrados en la prestación de los servicios de salud.

Fortalezas

- Los funcionarios involucrados en la planeación, presupuestación, gestión, control y evaluación del FASSA presentan una firme disposición para cumplir con la normativa relacionada con los principios que rigen la Gestión basada en Resultados (Presupuesto basado en Resultados, Metodología de Marco lógico, Matrices de Indicadores para resultados, Acuerdos sobre Metas, etc.). De acuerdo con la información vertida por el área de Planeación de la Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social, actualmente se están desarrollando los instrumentos de gestión para que cada uno de los programas de salud en la entidad tenga una matriz de indicadores.
- Se mantiene una estructura programática detallada sobre los recursos del FASSA, de acuerdo a los lineamientos que establece la plataforma federal sobre el Sistema de Evaluación del Desempeño.
- Cada uno de los programas que integran la estructura programática funcional de la distribución de los recursos FASSA, cuenta al menos con un indicador de gestión para su seguimiento.
- De acuerdo a lo manifestado en las entrevistas por varios servidores públicos, parece existir en la entidad una capacidad de respuesta institucional suficiente para atender las demandas de salud de la población

Debilidades

- La entidad no cuenta con un Programa Sectorial de Salud que oriente la planeación de actividades en salud y permita vincular los objetivos de cada uno

de los programas de acción a las prioridades estatales en salud y a los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación de mayor alcance, como el Plan Estatal de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud federal y el Plan Nacional de Desarrollo

- No se cuenta con matrices de indicadores para resultados para cada uno de los Programas de Acción Específicos y otros programas de la entidad financiados parcial o totalmente con el FASSA que atienden a la población objetivo.
- De acuerdo a los análisis de gabinete y a la información proporcionada por la autoridades de la entidad, se encuentra que el proceso de presupuestación del FASSA es inercial y no parece estar orientado a atender las prioridades de salud. Hay que recordar que de acuerdo a la filosofía del PbR, una de las premisas de la presupuestación del Ramo 33 consiste en la “Orientación del presupuesto hacia el logro de resultados” tal como lo establecen los “*Lineamientos para el Proceso de Integración Programático Presupuestal*”, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.
- No existe en la Secretaría de Salud estatal algún tipo de mecanismo formal o lineamientos que permita sentar las bases para una mejor coordinación entre las distintas áreas responsables de los programas que componen la estructura programática para la presupuestación de los recursos FASSA. Por ejemplo, durante las entrevistas se encontró que no hay comunicación entre los responsable de los programas que están adscritos a la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud y los responsables de autorizar los recursos para la atención de los afiliados al Seguro Popular. Se esperaría que la asignación del FASSA fuera más eficiente si durante el proceso de programación para el ejercicio fiscal siguiente se tomara en cuenta la demanda esperada de consultas ambulatorias, procedimientos y estudios clínicos, tanto de la población abierta como de los afiliados al Seguro Popular.
- Finalmente y a reserva de conocer las causas subyacentes, se considera como una debilidad el que no haya una correspondencia cercana entre las acciones y programas presupuestados con FASSA y lo realmente ejercido. Esto como se mencionó durante las entrevistas incide negativamente en la planeación anual de

actividades de cada uno de los programas de salud y en consecuencia en el logro de sus propias metas. Esta situación también impacta en el cálculo de metas asociados al FASSA y en la medición de su desempeño de acuerdo a lo establecido en la “Guía Metodológica para el Cálculo de Metas del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)” de Tamaulipas.

Recomendaciones de acciones de mejora

- Diseñar un Plan Sectorial de Salud que cuente con un diagnóstico adecuado de los problemas locales de salud y su magnitud. El objetivo general, y los objetivos específicos, líneas estratégicas y de acción deben estar alineados a los otros instrumentos de planeación estatal y nacional; así mismo, debe contener indicadores de resultados que permitan su evaluación y que puedan ser medidos en la población.
- Con el Programa Sectorial de Salud diseñado, avanzar en la construcción de las matrices de indicadores para cada uno de los programas sustantivos en la entidad siguiendo la metodología del marco lógico. Conviene recordar las características de los indicadores de la MIR para fines de la evaluación de desempeño:

Indicador de FIN: Se relaciona con algún resultado de salud de la población donde el programa contribuye a solucionarlo (o atenderlo) con sus acciones. Habitualmente es multi-causal y se relaciona con un problema de salud altamente prioritario.

Indicador de PROPÓSITO: Es un indicador de salud cuantitativo, medido en la población, que denota el efecto directo de las acciones del programa. Es deseable que pueda verificarse mediante los sistemas de información de salud disponibles y validados por la federación.

Indicadores de COMPONENTES: Son los productos o servicios que son entregados por el programa, estos debe estar diseñado de tal forma que tengan congruencia con el propósito que pretende alcanzar el programa.

En la sección de ACTIVIDADES colocar sólo aquellas que se consideren muy relevantes para generar cada COMPONENTE, con el objetivo de que la matriz

de indicadores para resultados sea realmente útil y no se vuelva un requisito burocrático más.

- Se recomienda el desarrollo de lineamientos que permitan sentar las bases normativas para una mejor coordinación entre las distintas áreas responsables de los programas financiados, total o parcialmente, con FASSA, ya sea que estén dirigidos a la población abierta o a los afiliados al Seguro Popular. Esto haría mucho más eficiente el proceso de programación presupuestal. Aunado a esto, se recomienda incluir en el proceso presupuestario criterios basados en las necesidades de salud de la población y de la oferta de servicios, tal y como lo recomiendan las herramientas de la Gestión Basada en Resultados.
- Se recomienda revisar el procedimiento de cálculo de metas asociadas al FASSA y de otras fuentes de financiamiento, como lo descrito en la “Guía Metodológica para el Cálculo de Metas del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)”, toda vez que esta considera el prorratio sólo de la parte distribuible (presupuestariamente) del FASSA, no contempla lo efectivamente ejercido ni la contribución de los recursos que se destinan al capítulo 1000 “Servicios personales”.
- Finalmente, no está por demás enfatizar en la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, detección oportuna y tratamiento de los padecimientos que más inciden en la carga de la enfermedad en la entidad, varios de los cuales pueden ser prevenibles a través de la acción social en salud. Las áreas de oportunidad no sólo están en los criterios de asignación presupuestal sino también en los procesos de atención que eleven la cobertura y la calidad de los servicios.

Referencias

- Fajardo Ortiz et al. 2002. Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002. Organización Panamericana de la Salud. Primera Edición. México
- Frenk J. et al. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 78(6):717-31.
- Frenk J. et al. 2003. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet; 362: 1667-71
- Merino Gustavo. 2003. Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. México: Calidoscopio de la Salud. FUNSALUD.
- Moreno J. Carlos 2001. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación. Documento de Trabajo No. 95, CIDE.
- OCDE. 2005. Reviews of Health Systems - Mexico. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Smith Peter C., et al. 2008. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Soberón Guillermo. 1987. El Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Pública.
- Scott, John. 2008. Evaluación de políticas y programas públicos: de las evaluaciones a la política. Documento de Trabajo. CIDE. DTE-444.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 2009. Sistema de Evaluación del Desempeño. Consultado

Otros documentos consultados

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, DOF, 25 de septiembre de 1996.

Acuerdo por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas la distribución y calendarización para la ministración durante el ejercicio fiscal 2013, de los recursos correspondientes a los Ramos Generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, DOF 17-01-2013.

Acuerdo Marco de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Tamaulipas, que tiene por objeto facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general. 24 de abril, 2013.

Acuerdo de Coordinación que celebran las secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de la Función Pública y el Estado de Tamaulipas, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. (2013). Anexos I,II, III y IV.

Convenio de Adhesión al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal que celebran la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Gobierno del Estado de Tamaulipas. DOF, 28 de diciembre de 1979.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente 2013.

Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (CONVENIO AFASPE-TAMPS/2013); y sus dos modificatorios 2013.

Ley de Coordinación Fiscal, vigente 2013.

Ley General de Salud, vigente 2013

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, vigente 2013.

Ley de Contabilidad Gubernamental, vigente 2013.

Ley de Planeación, DOF 09-04-2012.

Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, Vigente 2013

Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018.

Plan Estatal de Desarrollo, Tamaulipas, 2011-2016.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013, DOF, 27 de septiembre 2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Documentos de la entidad consultados

Secretaría de Salud. Subsecretaría del Régimen de Protección Social en Salud. Familias y Beneficiarios validados, diciembre 2013.

Servicios Estatales de Salud, Tamaulipas. Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Informe del ejercicio de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal 2013.

Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas. Manual de Organización (vigente en 2013).

Servicios de Salud de Tamaulipas. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Cierre presupuestal por concepto de gasto 2013.

Servicios de Salud de Tamaulipas. Programa Anual de Trabajo 2013.

Servicios de Salud de Tamaulipas. Ampliaciones presupuestales. Cierre 2013.

Servicios de Salud de Tamaulipas. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social. Propuesta de mejora continua para apoyar el cumplimiento de objetivos, metas y resultados del FASSA. Guía metodológica para el cálculo de metas del FASSA. 2012.

Secretaría de Salud de Tamaulipas. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social. Dirección de Planeación y Evaluación. Departamento de evaluación en salud. Indicadores de resultados, 2010-2013, e indicadores del Sistema de Protección Social en Salud, 2010-2013.

Otras fuentes.

Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009,2010,2011,2012 y 2013. SHCP.

Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, cuarto trimestre de 2013. SHCP.

Resumen Ejecutivo de la Consultoría para realizar Evaluaciones del Ramo 33. México Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Instituto Nacional de Administración Pública, Banco Interamericano de Desarrollo., 2011.

Guía para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público 2011.

Bases de datos: Cubos, Dirección General de Información en Salud (incluye indicadores CONAPO) <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Anexos

A1. Atribuciones de los estados en materia de Salud |

Art. 3	Art. 13	Art. 18
<ul style="list-style-type: none">• Atención médica• Protección Social en Salud.• Atención materno-infantil (incluyendo programas de nutrición)• Salud visual, auditiva y mental• Planificación familiar• Organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, para la salud incluyendo la formación de recursos humanos y la investigación para la salud• Sistemas de información de salud• Educación para la salud;• Genoma humano• La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo;• Prevención en distintas áreas: nutrición, enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, discapacidad y rehabilitación de discapacitados y efectos nocivos ambientales en la salud• Salud ocupacional y saneamiento básico;• Programas contra alcoholismo, tabaquismo• Asistencia social;• Control sanitario de cadáveres• Tratamiento integral del dolor	<ul style="list-style-type: none">• Competencias de los gobiernos estatales en materia de salubridad general:• Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud (SES), procurando su participación programática en el primero;• Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los SES y alineados a los objetivos y principios del Plan Nacional de Desarrollo (PND)• Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competen;• Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;• Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables	<ul style="list-style-type: none">• Bases y modalidades de coordinación de las entidades federativas con la federación:• Establecidas a través de acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Único de Desarrollo.• Acuerdos de coordinación para la participación de las entidades federativas en la prestación de los siguientes servicios:<ul style="list-style-type: none">• organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud públicos, sociales y privados y otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria• La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud de los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o de aquellos que por encargo del Ejecutivo Federal, presten servicios a otros grupos de usuarios;• Prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia;• Control sanitario (incluyendo importación y exportación) de los productos y servicios; del proceso, uso, mantenimiento, y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos; de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células; de los establecimientos dedicados al proceso éstos; de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la LGS;• La sanidad internacional

Fuente: Ley General de Salud vigente.

A2. Guía de entrevista semiestructurada

Temas que se trataron durante el trabajo de campo

1.- Planeación y presupuestación

1.1.- Identificación de las acciones y programas financiados total o parcialmente con recursos federales.

1.1.1 Lista de los programas de salud federales y estatales implementados en el Estado de Tamaulipas.

1.1.2 Lista de los programas de salud federales y estatales financiados parcial o totalmente con recursos FASSA (incluir el SPSS).

1.1.3 Lista de los programas de salud federales y estatales financiados parcial o totalmente con el Ramo 12

1.1.4 Percepción de los funcionarios respecto de si los criterios para la presupuestación de los recursos son consistentes con la situación de la entidad, en términos del cumplimiento de objetivos de los recursos en años previos.

1.1.5 Sobre criterios adicionales y los mecanismos complementarios que podrían tomarse en cuenta para una mejor presupuestación de los recursos del FASSA a nivel federal.

1.2 Identificación de las fuentes de financiamiento de los programas federales y estatales.

1.2.1 Relación que muestre, distribución por fuente (FASSA, Ramo12, estatal, aportación de beneficiarios, donaciones internacionales, etc.), el total de recursos asignados y ejercidos por el Estado de Tamaulipas en los programas de salud.

1.2.2 Lista de recursos federales asignados y ejercidos por programa federal o estatal.

1.2.3 Detalles sobre el procedimiento de presupuestación y su sustento normativo, de todos los recursos federales transferidos a Tamaulipas relacionados con temas de salud. Margen de maniobra por la asignación de los recursos, hasta donde llega la Federación y hasta donde la entidad.

1.3 Matrices de indicadores para resultados.

1.3.1 ¿Los programas federales y estatales relacionados con la salud y financiados con recursos federales, parcial o totalmente, cuentan con matrices de indicadores para resultados?. En caso de que existan, sería deseable poder contar con ellas.

1.3.2 Sobre el método para identificar a la población objetivo, las necesidades presupuestarias, y los bienes y servicios a entregar

1.3.3 Sobre los mecanismos que tiene la entidad para monitorear y evaluar el desempeño de sus programas

1.3.4 Indagar la percepción y opinión de los funcionarios sobre la alineación del propósito de los recursos asociados al FASSA respecto de los objetivos estratégicos del Sector Salud en la entidad y del Plan Estatal de Desarrollo.

1.3.5 Indagar sobre la consistencia entre el propósito del FASSA desde su diseño original en la federación y el propósito que debería perseguir en la entidad. Explorar la percepción de los funcionarios entrevistados respecto de dicha alineación.

1.3.6 Sobre la opinión de los entrevistados, cuáles son los “grandes componentes”, o las categorías de bienes y servicios que, a través del financiamiento del FASSA, contribuyen al cumplimiento de su propósito en la entidad.

1.3.7 Sobre los indicadores, ¿Cuál son los mecanismos o instrumentos que tienen para definir los indicadores y determinar sus metas?

2. -Operación

2.1 Reglas de Operación

2.1.1 ¿Cuántos de los programas estatales y federales financiados con el FASSA tienen reglas de operación?.

2.1.2 ¿Qué mecanismos tiene la entidad para estimar la población nueva potencialmente elegible al SP y que sirve de base para la presupuestación?

2.1.3 Explorar, con base en la percepción y la experiencia del funcionario entrevistado, la importancia que ha tenido la incidencia de la población tamaulipeca en la definición de prioridades a financiar con los recursos.

3 Problemas administrativos asociados a las transferencias federales.

3.1. En la presupuestación.

3.1.1- ¿Cómo se asegura el ejecutivo del Estado que las transferencias federales son utilizadas únicamente para los fines del FASSA y el SPSS, es decir, que el proceso de presupuestación se realiza de acuerdo a la norma y para atender los objetivos de los recursos? Explicar ampliamente el problema (en su caso) y la propuesta de solución.

3.3 En los sistemas de información

3.3.1 ¿Los sistemas de información para la gestión de los recursos federales son eficientes y eficaces como fuente fidedigna y oportuna para una adecuada toma de decisiones? Explicar ampliamente.

3.3.2 La entidad cuenta con algún sistema de información que brinde información sobre la atención en salud brindada a los afiliados al SP y la atención brindada a la población abierta

3.4 Otros problemas

3.4.1 ¿Cuáles son los principales problemas detectados, en general, para la adecuada planeación, presupuestación, administración, evaluación y control del FASSA y el SPSS? Describir ampliamente.

A2. Lista de áreas administrativas y funcionarios entrevistados

SUBSECRETARIA DE PLANEACION Y VINCULACION SOCIAL	
Subsecretario de Planeación y Vinculación Social	Dr. Gabriel de la Garza Garza
Asesor de la Subsecretaria de Planeación y Vinculación Social	Dr. Oscar Valdez Jiménez
Dirección de Planeación	Dr. Rembrandt Reyes Nájera
Jefe del Departamento de Evaluación en Salud	Dr. Olegario Flores Flores
Jefa del Departamento de Planeación en Salud	Lic. Loyda Ramírez López
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Dr. Luis Fernando Garza Frausto
Coordinación de Programas	Dra. Beatriz Velázquez Huidobro
Jefa del Departamento Enlace Proxy	Lic. Graciela del Carmen Tovar González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS	
Directora de Recursos Financieros	C.P. Diana Patricia Pérez Cárdenas
Jefa del Departamento de Egresos	C.P. Lucia Virginia Rivera Guevara
Jefe del Departamento de Control y Presupuestos	C.P. Arturo García Valdez
SUBSECRETARIA DE CALIDAD Y ATENCION HOSPITALARIA	
Subsecretario de Calidad y Atención Hospitalaria	Dr. Américo Villarreal Anaya
Jefa del Depto. de Control y Seguimiento de Sistemas Automatizados Hospitalarios	Lic. Aida Nolasco Rasgado
Director de Calidad y Atención en Salud	Dr. Jacob Rosales Vázquez
Director de Desarrollo de Sistemas Hospitalarios	Dr. Arturo Reyes Flores

COMISION ESTATAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS	
Comisionado Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	Lic. José I. Flores Rivera
Director Administrativo	C.P. Gerardo Osornio Imperial
SUBSECRETARIA DEL REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD	
Subsecretario del Régimen Estatal de Protección Social en Salud	C.P. Ernesto Calanda Montelongo
Director del Régimen Estatal de Protección en Salud	Dr. Marco Antonio Perales Abrego
Director Administrativo	C.P. Alfonso de Jesús Manríquez González