

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

EGAP GOBIERNO Y POLÍTICA PÚBLICA
CIUDAD DE MÉXICO

Análisis del financiamiento de los programas de prevención y promoción de la salud
financiados por el 20% del Anexo IV del Seguro Popular.



EGAP
Gobierno y Política Pública
TECNOLÓGICO DE MONTERREY



**TECNOLÓGICO
DE MONTERREY**

Biblioteca
Campus Ciudad de México

Erik Cornejo Torres

cornejoerik@gmail.com

Proyecto de Investigación Aplicada

Maestría en Administración Pública y Política Pública

Asesor: Mtro. Antonio Tapia Cruz

Evaluación del financiamiento de los programas de prevención y promoción de la salud financiados por el 20% del Anexo IV del Seguro Popular.

1. Resumen ejecutivo

Para este trabajo se hizo una revisión de los 21 programas de acción específico (PAES) de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) que ejecutaron en 2013 acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades y que son apoyados con recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución de dicho sistema. A partir de esta revisión se optó por dar seguimiento a cinco de los 21 programas, tomando como base el volumen de recursos presupuestarios que concentraba cada uno (tanto respecto del total de presupuesto asignado al programa como en relación a la cantidad de recursos que recibe a partir del anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS), dichos programas fueron: 1. Programa Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Infantil (PRONAREMI), 2. Arranque Parejo en la Vida (APV), 3. Diabetes mellitus, 4. Riesgo Cardiovascular (RCV) y 5. Cáncer de Mama (CAMA). A partir del Programa Anual de Trabajo (PAT) -que elabora la SPPS- se analizó para cada uno de estos programas la cantidad de recursos financieros que se les programó asignar, de acuerdo con los indicadores utilizados para dicha asignación, así como el grado de cumplimiento de las metas correspondientes a cada indicador; con ello se procedió a valorar la alineación de la presupuestación programada a las actividades de los programas respecto de las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) vigente; acciones que sustentan la canalización de los recursos otorgados a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS.

Los resultados que se obtengan respecto de evaluación de los recursos asignados y su alineación con el CAUSES permitirán plantear una propuesta de administración pública y de política pública que permita dar cumplimiento a los lineamientos de presupuestación para esta fuente de financiamiento, coadyuvando a mejorar la programación presupuestal de

recursos a las actividades de acciones de promoción y prevención y detección y oportuna de enfermedades de enfermedades.

Dicho mejoramiento, en el corto plazo, implicará involucrar a los líderes federales de los programas de acción seleccionados para que se realicen los ajustes correspondientes, con base en la alineación de actividades realizadas por el programa y las establecidas en el CAUSES, lo cual implicará reasignar recurso, en los casos en los que sea necesario, a las acciones que si cumplan con los lineamientos para el uso de los recursos asignados a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS. Posteriormente, las adecuaciones que se realicen al proceso, en conjunto con los líderes federales, habrán de extenderse a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) del país, a fin de realizar la reprogramación necesaria.

Resultados

- 1) Derivado del análisis a los indicadores utilizados para dar seguimiento a los programas seleccionados, se detectaron problemas en la definición de los mismos destacando las inconsistencias de validez, congruencia y precisión, lo cual se corrobora al detectar cumplimientos de metas mucho mayores al 100%
- 2) Del análisis del proceso presupuestal se observó que a pesar de que cada año se incrementa el presupuesto a los programas de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades atendidas por estos programas no se registran reducciones importantes.
- 3) Dentro del sector salud se sigue dando énfasis a la prestación de servicios curativos con lo que se sigue imponiendo una importante carga financiera al sistema de salud, pero también expone a la población a enfrentar mayores riesgos de enfermedad, muerte, discapacidad y empobrecimiento
- 4) A nivel federal y estatal no se acatan los lineamientos para la programación de recursos asignados a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS, lo cual se hizo evidente al detectar programas donde se programó la asignación a actividades de promoción prevención y detección oportuna de enfermedades que no están consignadas en el CAUSES.

5) Derivado de las evidencias antes mencionadas es que se propone la acción de administración pública y política pública de subsanar las inconsistencias en cuanto a indicadores y alineación, para coadyuvar a la función primordial de la CNPSS que es ser una fuente de financiamiento del sistema

2. Introducción

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud apoya la ejecución de acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que están incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), para lo cual destina al menos el 20% de los recursos disponibles por concepto de cuota social (CS) y de aportación solidaria federal (ASF), los cuales se distribuyen, según concepto de gasto, con base en lo establecido en el Anexo IV de los Convenios de Coordinación para la Ejecución del SPSS en las entidades federativas del país. Sin embargo, se han detectado fallas respecto del destino y uso que se da a estos recursos, ya que parte de ellos, se ha observado, se programan y utiliza en acciones que no se relacionan, al menos de manera directa, con la promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Por ello, en el presente trabajo se plantearon los siguientes objetivos:

2.1 Objetivo General

Evaluar el financiamiento otorgado por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), a fin de determinar el ajuste y efectividad en la planeación, asignación y ejercicio de los recursos otorgados, a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS, a cinco de los 21 programas federales vinculados con dichas acciones.

2.2 Objetivos específicos.

- Analizar la presupuestación para cada uno de los programas seleccionados, y que se establece en el Programa Anual de Trabajo (PAT), a fin de determinar la cantidad de recursos a las que se destinan y valorar en cumplimiento de metas de los programas.

- Comparar la presupuestación cargada en el PAT contra la registrada en la Plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) –la cual es la herramienta oficial para dar seguimiento a los recursos canalizados a través del anexo IV del Convenio de Coordinación para la ejecución del SPSS – a fin de determinar la alineación que existe entre ambos procesos.
- Plantear una propuesta de administración y política pública que permita dar cumplimiento a las lineamientos de presupuestación para esta fuente de financiamiento, coadyuvando a mejorar la programación presupuestal de recursos a las actividades y acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Para cumplir con estos objetivos, en los siguientes apartados se describen: el marco teórico-conceptual y el desarrollo metodológico que da sustento a esta evaluación y los resultados obtenidos, incluyendo las recomendaciones de administración y política pública. Así, en el primero se describen las razones de la creación y la evolución del SPSS, las razones por las que se apoyan las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades a través de este sistema y el marco normativo que guía la asignación, uso y justificación de los recursos destinados a dichas acciones; en el apartado de desarrollo metodológico se describen las acciones de evaluación desarrolladas y su sustento, las fuentes de información utilizadas y los tipos de análisis realizados. En tercer apartado, como su nombre lo dice, se presentan los resultados obtenidos con esta investigación, resaltando los hallazgos principales y a partir de ellos se incluyen las propuestas de administración y política pública para mejorar la asignación y uso de los recursos asignados a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS.

3. Marco Teórico-conceptual.

El sistema de salud mexicano se caracteriza, actualmente, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la protección a la salud, resultado de la segmentación del sistema que provoca que la población reciba servicios de atención diferenciados con base, principalmente, en su condición laboral y por su condición socioeconómica. Esto representa

uno de los retos más apremiantes para el sector salud, dado que se requiere romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los servicios de salud para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

Tal propósito originó que en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) se estableciera que para avanzar en la construcción de ese sistema era necesario abordar los tres retos específicos: equidad, calidad y protección financiera. El reto de la equidad era evidente al observar que en México, hasta el año 2001, se habían acumulado importantes rezagos en materia de salud y persistían dolorosas desigualdades entre la población; el reto de la calidad implicó eliminar la heterogeneidad en los niveles de calidad de los servicios de atención que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos, considerando que el concepto de calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes, lo cual incluye la dimensión de calidad técnica y de calidad interpersonal.

Por su parte el tercer reto consistía en la falta de protección financiera para más de 50 millones de mexicanos que en 2000 no gozaban de cobertura financiera de servicios de salud, lo cual provocaba, entre otros fenómenos, que más de la mitad del gasto en salud en el país proviniera del pago de bolsillo que las personas tenían que hacer al momento de requerir servicios de atención a la salud, dejando a un volumen importante de los mexicanos ante la disyuntiva de empobrecerse o posponer su atención por falta de recursos económicos.

En materia de protección financiera, en 2001 se realizó un análisis más profundo el cual permitió identificar cinco desequilibrios que tienen implicaciones relevantes desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: i) bajo nivel de inversión; ii) origen ineficiente de los recursos para financiar la salud, debido al predominio del gasto de bolsillo; iii) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas

geográficas: iv) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y v) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.

Con el objetivo de eliminar estos desequilibrios, en el PROSESA 2001-2006 se sentaron las bases para avanzar en materia de la protección financiera, específicamente a través de la estrategia 5 de dicho instrumento rector en salud, la cual planteaba “brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”, y en particular, bajo la línea de acción 5.1 “Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular”.

A partir de ello, la Secretaría de Salud impulsó el establecimiento de un programa que permitiera implementar mecanismo de protección financiera en salud para la población sin seguridad social. Inicialmente, durante 2001, este programa se denominó oficialmente “Programa Salud para Todos”, aunque fue conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud” (SPS), el cual fungió como prueba piloto y posteriormente fue la base para constituir al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Así, el SPSS respondió, sobre todo, a tres grandes objetivos fundamentales: a) brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público voluntario en materia de salud, b) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPSS, y c) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

A la par, en 2001 se dio inicio una serie de discusiones con autoridades estatales de salud, legisladores federales y locales, y de análisis con expertos en materia jurídica y de salud, a fin de establecer las alternativas que permitieran establecer de manera más formal un tercer esquema de aseguramiento público en salud que cubriera a la población no derechohabiente de la seguridad social. Como resultado de estos procesos y actividades, el 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (LGS) al Senado de la República mediante la cual se incorpora, como materia de salubridad general, la protección social en salud y se adiciona el Título Tercero

Bis con el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, y posteriormente, después del debate en el seno del Poder Legislativo, el 13 de mayo de 2003, se firmó el decreto por el que se expide la reforma a la LGS, el cual fue publicado el 15 de mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación, dando inicio a la negociación de la firma de los acuerdos de coordinación del SPSS con las entidades federativas.

Cabe señalar que la reforma a la LGS permitió establecer mecanismos claros para orientar adecuadamente la multiplicidad de fuentes de recursos, que surgieron a partir de la operación del SPSS, para la atención de la salud de la población no derechohabiente de la seguridad social. Ello implicó la aplicación de reglas para el financiamiento dependiendo del tipo de bien o servicio que produce el sistema de salud; es decir que se hizo la distinción entre los servicios considerados como bienes públicos que benefician a la comunidad en su conjunto (servicios que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de aseguramiento), y aquellos servicios dirigidos a la persona o de atención médica (servicios médicos comprendidos en los beneficios explícitos para la población afiliada al SPSS).

Es importante destacar que los servicios a la comunidad son el eje de análisis para esta evaluación ya que, como se describe más adelante, representan una opción viable para reducir la carga de la enfermedad entre la población y financiera para el sistema de salud en su conjunto. Con ello, hasta el 2010, el Seguro Popular se había consolidado como el tercer sistema de aseguramiento para el acceso a la salud a nivel nacional, detrás del IMSS e ISSSTE, ello al afiliar a 36 millones de personas sin seguridad social, lo que impulsó a que el programa entrara a una fase de revisión de la política pública para identificar cuales habían sido los resultados del SPSS, en términos de los objetivos planteados en su creación, y el rumbo que debería tomar (CIDE, 2010). Cabe señalar que, de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), en 2012 el Seguro Popular había afiliado a 52.9 millones de personas sin seguridad social en el país (CNPSS, 2012).

3.1 Esquema de financiamiento

El Sistema de Protección Social en Salud cuenta con un esquema tripartita en donde se establece una cuota financiada por el Gobierno Federal por cada beneficiario afiliado, por lo tanto se establece como base los beneficiarios afiliados.

El financiamiento público de estos servicios se realiza de acuerdo con aquellas intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos. Los recursos provienen de las siguientes fuentes:

Cuota Social: Este rubro se financia en su totalidad con recursos adicionales, los cuales se presupuestan dentro de la Secretaría de Salud. El Gobierno Federal cubrirá anualmente una Cuota Social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Aportación Solidaria Federal: Esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona de acuerdo con lo establecido en la Ley. Al inicio de cada ejercicio fiscal se realiza el cálculo anual de la Cuota Social que estará vigente durante todo el ejercicio fiscal en curso, el monto de dicha cuota estará determinado por la actualización que se haga de la misma con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Aportación Solidaria Estatal: Los Gobiernos de las entidades federativas realizan esta aportación a partir de sus propios presupuestos estatales. De acuerdo a lo referido en los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud, sólo se consideran los recursos que los estados y el Distrito Federal destinen a la prestación de los servicios de salud a la persona presupuestados en el.

El anexo IV –eje principal de este trabajo y del cual se profundizara a continuación– de los acuerdos de coordinación recibe recursos de la Cuota Social, y la Aportación

Solidaria Federal, del total de recursos aportados se deben utilizar al menos el 20% en acciones de prevención, promoción y detección oportuna de enfermedades.

3.2 Acuerdos de Coordinación

El SPSS es un ente financiador de la atención a la salud, lo cual puede ser entendido como que “compra” servicios de salud a los Servicios de Estatales de Salud (SESA), Órganos Públicos Desconcentrados (OPD), Institutos Nacionales de Salud; situación que lo distingue del IMSS o ISSSTE, dado que estas instituciones proveen los servicios de atención a la salud de manera directa a sus derechohabientes.

Para lograr dicha función, y de acuerdo con el Artículo 77 Bis 6 de la LGS, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, y para ello, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

El acuerdo de coordinación es un instrumento jurídico mediante el cual dos instancias de gobierno expresan su voluntad para realizar acciones conjuntas de carácter social y financiero en materia de salud, a favor de las familias mexicanas no aseguradas. Este instrumento complementa y explicita los términos para aplicar las Reglas de Operación vigentes para el Seguro Popular de Salud, respetando el marco jurídico de ambas partes y tomando en cuenta las particularidades de cada Estado participante, es de observancia obligatoria para los signantes durante su vigencia y es perfectible al momento de renovación.

Existen 4 anexos que componen el acuerdo de coordinación:

- Anexo I: Establece los montos transferibles por concepto de causas y los

medicamentos e insumos autorizados para esta cartera de servicios.

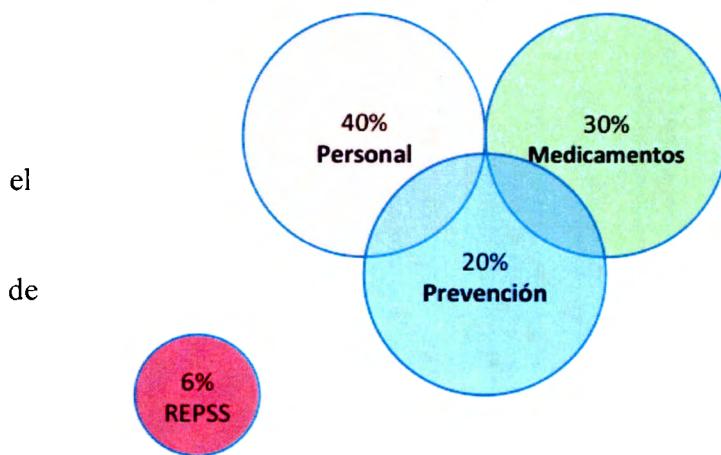
- Anexo II: Acuerdos de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud.

- Anexo III: Establece los montos para la Cuota Social, Aportación Solidaria Federal y la Aportación Solidaria Estatal.

- Anexo IV: Establece la forma en la cual los recursos abran de destinarse dependiendo el concepto de gasto :(Figura A)

- Hasta 40% para personal
- Hasta 30% para medicamentos
- Por lo menos el 20% para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades
- 6% para el gasto operativo del REPSS.

Figura A .- Anexo IV.- Concepto de Gasto



Elaboración propia basado en la distribución del concepto de gasto del Anexo IV.

Con base en dichos acuerdos de coordinación, la compra de servicios que realiza SPSS se orienta con base en el Catálogo Universal de Servicios Salud (CAUSES) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) Para los fines de este

trabajo la cartera de servicios pertinente es la relacionada con CAUSES vigente (2012).

El CAUSES está compuesto por 284 intervenciones, cada una de las cuales se costea considerando, según corresponda, los insumos y medicamentos, auxiliares de diagnóstico, tiempos de estancia hospitalaria, procedimientos quirúrgicos y estancia en terapia intensiva. El costeo de cada una de las intervenciones se multiplica por la cápita (total de afiliados) de

cada una de las entidades federativas dando como resultado la cantidad de recursos presupuestales transferibles por concepto del CAUSES a las entidades.

En su carácter de financiador, y con base en su estructura como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la CNPSS no libera recursos directamente a los estados por concepto del CAUSES, dado que los transfiere a los Regímenes Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en las 32 entidades federativas. Dichos REPSS son una entidad autónoma que debe establecer coordinación con los Servicios Estatales de Salud (SESAS) para el pago de servicios y establecer metas de afiliación, entre otras funciones.

Para el desarrollo del presente trabajo el anexo IV es de sustancial importancia puesto determina la conformación del gasto de las Cuotas Solidarias Estatales y Federales, y sobre todo la conformación del 20% del Anexo IV que involucra las acciones de prevención, las cuales son vinculantes con el gasto de personal y medicamentos es decir que lo que se programe para medicamentos en el ramo de prevención además de conformar el 20% también lo hace en el rubro de personal, y la misma posición para los medicamentos, esta situación suele pasarse por alto al momento de programar los recursos, suponiendo que el personal o medicamentos programados para las acciones preventivas presuponen un recurso adicional.

3.3 Acuerdos AFASPE

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud coordina 31 Programas de Acción Específico (PAE's) en materia de Salud Pública para proporcionar seguimiento a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de fortalecer las acciones en materia de prevención, promoción y detección oportuna de enfermedades de los cuales se encuentran alineados a acciones del CAUSES 21 de estas acciones en 2012.

Desde el año 2008 el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) ha colaborado en el desarrollo de estrategias para coordinar entre federación y estados acciones que incidan en esta materia a través de recursos del Anexo IV del acuerdo de coordinación entre CNPSS y Entidades Federativas.

Hasta el año de 2008 este esquema de programación del gasto se había interpretado como meramente teórico debido a que no se podía dar un seguimiento puntual a la programación de los recursos es por eso que a partir de 2009 se diseñó la plataforma AFASPE para dar seguimiento al “Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas”.

En el año 2010 se alinea la programación y financiamiento de recursos del Anexo IV a 20 PAE’s de la Secretaría de Salud, los cuales fueron seleccionados con base en:

- Ser acciones o intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
- Acciones dirigidas a la persona, motivo por el cual no fueron incorporados los programas con enfoque comunitario.

En 2011 la plataforma AFASPE se perfecciona y se transforma en el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acción de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE). El cambio sustancial que se observa del AFASPE al SIAFFASPE, consiste en que se diseñó e implementa un mecanismo para la participación tanto federal (SPPS-Líderes Federales, CNPSS) como estatal (Administrador Estatal, Líderes Estatales de Programas y REPSS). Es decir existe por primera vez una coordinación entre los actores del Sistema de Protección Social en Salud encaminado hacia una misma dirección.

3.4 Plan Anual de Trabajo (PAT)

Es una herramienta que las Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud utiliza para establecer Actividades que realizarán a lo largo de cada año, así como los gastos en los cuales incurrirán para cada Actividad. Las actividades (cuyo número es variable) son tendientes a alcanzar las Metas y Objetivos.

Así mismo se crean indicadores, para poder seguir el avance de los resultados, al igual que para dar seguimiento a los recursos ejercidos, estos indicadores son construidos Por los Líderes Federales de los Programas de Acción Especifico. Estos indicadores son los mismos que se utilizan para dar seguimiento a las acciones del seguro popular, por lo que se utilizan en este trabajo para el análisis financiero anteriormente descrito.

3.5 Programación del 20% del Anexo IV

De manera inicial, para llevar a cabo la planeación de los insumos a considerarse para la programación y presupuestación de recursos a través del SIAFFASPE, es indispensable se tenga el conocimiento de las intervenciones que han sido consideradas para este proceso, las cuales han sido clasificadas en los diferentes niveles de prevención que se señalan en salud pública:

- a) Intervenciones para Acciones de Prevención Primaria (Anexo 1)
- b) Intervenciones para Acciones de Prevención Secundaria (Anexo 2)
- c) Intervenciones para Acciones de Prevención Terciaria. (Anexo 3)

Figura 2. Distribución de los recursos de acuerdo al nivel de prevención



Fuente: Criterios para la programación y presupuestación del 20% del anexo iv para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades 2013

La prevención primaria está dirigida a eliminar o disminuir la cantidad o la calidad de

los factores de riesgos presentes en la persona y en su entorno, mediante acciones de promoción de la salud y de protección específica. La promoción de la salud se logra con medidas educativas, económicas, políticas y sociales.

La prevención secundaria se lleva a cabo cuando se establece un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, para evitar la evolución de la enfermedad y de sus posibles secuelas y complicaciones.

La prevención terciaria se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad, y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones mayores. La intervención tiene lugar en plena enfermedad, siendo su objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias graves del desarrollo de la misma, a su vez puede estar enfocada a las intervenciones que requieren de rehabilitación física o mental, para lo cual se debe proveer las adecuadas facilidades para la readaptación con el enfoque de recuperar sus cualidades remanentes y reincorporarlo a sus actividades habituales. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013)

El cálculo de los montos financieros se establecerá anualmente en apego a lo establecido en la Ley General de Salud, título Tercero Bis - De la Protección Social en Salud, Capítulo III - De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, Artículos 77 Bis 12, 77 Bis 13 y 77 Bis 15, así como al presupuesto autorizado y lo establecido en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) del 2013.

Los SESA deberán proporcionar el Diagnóstico de Salud (DS) a cada líder estatal del Programa beneficiado a través de este recurso financiero, con el objeto de revisar y programar con base en el Análisis de Necesidades Específicas del Estado (ANEE) por Programa Federal (PF).

Las necesidades identificadas en el ANEE deberán alinearse a las intervenciones que establece el CAUSES vigente así como a los Programas Federales (PF) que defina la

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Los insumos para cubrir las necesidades del ANNE deberán sujetarse al artículo 28 de la Ley General de Salud, estar alineados al catálogo para la Programación de Recursos de Salud Pública para Prevención con Oportunidad “PRORESPPO” que está vinculado al Clasificador por Objeto de Gasto vigente, así como dar cumplimiento a la oferta de servicios de salud del Sistema.

Una vez revisado y validado por la totalidad de participantes, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) estará en posibilidades de generar el Dictamen del presupuesto del 20% Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema.

Las modificaciones a la programación de recursos de al menos el 20% del Anexo IV para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades, que se requieran por las entidades federativas deberán ser: a) solicitadas por el titular del REPSS, b) efectuadas, previo al comunicado y emisión del “Convenio Modificadorio al Convenio Específico AFASPE”, c) revisadas y validadas por el administrador estatal del SESA, el líder federal de cada PF y el titular del REPSS o a quien designe, respetando ese orden para que la CNPSS este en posibilidades de revisar y emitir su Vo.Bo.

Para llevar a cabo el proceso de modificación a la programación de recursos de al menos el 20% del Anexo IV para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades, en las fechas establecidas en el SIAFFASPE por la SPPS para el “Convenio Modificadorio al Convenio Específico AFASPE”, la DGGSS solicitará habilitar de manera exclusiva los PF e intervenciones que sean autorizadas para su modificación a la entidad federativa.

Una vez suscrito el “Convenio Específico AFASPE”, se dará seguimiento al ejercicio de los recursos programados para al menos el 20% de acciones de promoción, prevención y

detección oportuna de enfermedades por medio del sistema que designó la CNPSS a través de la Dirección General de Financiamiento (DGF), al cual se importará la información por partida de gasto programada en el SIAFFASPE. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013)

4. Marco metodológico

El análisis se realizó en tres etapas:

Etapa 1. Revisión de PAT en cuanto a congruencia, utilización de indicadores y cumplimiento de metas, cargadas en la Plataforma SIAFFASPE. se analizó el proceso de presupuestario de cinco de los 21 programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) que son apoyados con recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para proporcionar acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades. Para ello se valoró la alineación existente entre la programación de acciones registradas en el Programa Anual de Trabajo de los programas analizados y las acciones incorporadas como parte del Anexo IV, se analizaron los resultados reportados como avance de metas de los cinco programas.

Cabe señalar que para el seguimiento y control de los recursos que se asignan a los programas se han establecido indicadores que permiten distinguir el cumplimiento de las acciones, dando elementos para valorar la canalización de recursos por acción y además de evidencias que permiten comprobar el ejercicio de los recursos; asimismo, es importante destacar que los cinco programas fueron seleccionados debido a que son los que concentran la mayor cantidad del presupuesto, tanto total como respecto de lo que reciben a través del 20% del Anexo IV, dentro de los 21 programas que se vinculan con las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Etapa 2. Alineación del PAT al CAUSES. Una vez que se recopiló la información de

las dos fuentes de financiamiento, se construyó una base de datos que permitió cruzar la información para de identificar las acciones programadas en el PAT que no corresponden a las de Anexo IV, lo cual indica que no están alineadas, o que si bien se programaron para el cumplimiento de metas, no es posible destinarles recursos hasta la programación de insumos. Con estos resultados se generó una matriz de reasignación de recursos a los indicadores para los programas, desagregada por entidad federativa.

La información necesaria para este trabajo se obtuvo de la plataforma SIAFFASPE. En donde por obligación todos los responsables de los programas de salud a nivel estatal deben programar la presupuestación, y con base en ella comprobar el ejercicio de los recursos canalizados.

Etapa 3. Definición de acciones de administración y política pública. Una vez identificado y documentado el problema, se definen las acciones pertinentes para poder resolver el problema:

1. Reunión con Líderes Federales para exponer el problema y buscar la reasignación de recursos y el cambio de los indicadores y el procedimiento para su construcción y alimentación
2. Reunión con los Directores de Planeación de las 32 entidades federativas, aprovechando la reunión anual de Prevención y Promoción de la Salud a realizarse en Cuautla Morelos.
3. Reasignación de los recursos en la plataforma SIAFFASPE aprovechando el 2º modificatorio de la programación a realizarse en el mes de noviembre
4. Reunión con los Líderes federales para la construcción de nuevos indicadores y generar una estrategia para el seguimiento de los mismo
5. La adición a la plataforma SIAFFASPE de un modulo que permita dar seguimiento mas puntual al ejercicio de los recursos.

La información necesaria para este trabajo se obtuvo de la plataforma SIAFFASPE, en donde por obligación todos los responsables de los programas a nivel estatal deben

programar la presupuestación, y con base a ella comprobar el ejercicio de recursos canalizados. Si bien la información es de carácter público es necesario hacer la precisión que en este trabajo no se hará mención de las entidades federativas por su nombre a fin de guardar la confidencialidad de las mismas, ello debido al carácter académico del documento y porque podría verse afectado la participación de las entidades en la implantación futura de las acciones de mejora propuestas en este estudio.

4.1 Por que la nueva Administración Pública en Salud es Importante

Ni los administradores ni los profesionales de la salud pública parecen estar haciendo un buen trabajo en la mejora de la salud pública si se juzga por la evidencia de muchos países, tanto desarrollados y menos desarrollados. Esto muestra la creciente brecha de salud entre los sectores de la sociedad, en particular entre aquellos que son ricos y los pobres. La brecha está creciendo más rápido en algunos países que en otros, pero en ninguna parte se cierra a pesar de los esfuerzos de los gobiernos y su renovado compromiso con la función de salud pública. Por otra parte, la preocupación por la seguridad alimentaria y el medio ambiente han contribuido a una sensación generalizada de que no se ha dado suficiente prioridad por los gobiernos las cuestiones de salud pública. Incluso los mismos profesionales de la salud pública parecen incapaces de hacer que sucedan cosas para mejorar la salud de sus poblaciones.

La salud pública ha sido definida como "la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad. Además, la síntesis de muchas definiciones de la salud pública ha llevado a la evolución de los seis principios básicos de la teoría y la práctica de la salud pública contemporánea. Gestión de la salud pública se ha definido como "el uso óptimo de los recursos de la sociedad y de sus servicios de salud a la mejora de la experiencia de salud de la población.

Un problema relacionado con la salud pública es la incapacidad para cristalizar una

buena práctica, sin embargo, definirla, y extenderla a través de las poblaciones y áreas geográficas exige habilidades particulares, en especial en relación con la gestión del cambio y liderazgo. Modelos tradicionales de salud pública y los programas de capacitación no han visto esto como sea pertinente o importante para la especialidad de salud pública. Sin embargo, para ser eficaz, los administradores de salud pública deben poseer tanto la salud pública y la capacidad de gestión. En la actualidad hay un déficit de habilidades. Como se señaló anteriormente, el logro de los objetivos de salud no se puede hacer a través del sistema de salud que actúan de forma aislada. El trabajo asociativo es esencial para aumentar la capacidad.

Por lo anterior es que resalto el valor del presente trabajo en el cual se conjunta las habilidades técnico- administrativas que adquirí durante la maestría y mi experiencia en el campo clínico, la nueva gerencia pública aplicada al área de la salud, en la que no es solo diseñar estrategias con base a la capacidad de oferta, si no entender la demanda de los servicios y cambiar la estrategia aumentando la eficiencia de los recursos asignados, pero sobre todo el impacto a las poblaciones, de nada sirve gastar cantidades mayores de dinero si el resultado final que es la salud de la población sigue viéndose mermada.

5. Resultados

El detalle de los montos a ejercer en estas acciones deberá ser validado por “EL ESTADO”, en conjunto con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y la propia Comisión, a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. Estas acciones se formalizan a través del convenio específico en materia de transferencias de subsidios, denominado Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en el Estado (AFASPE).

El AFASPE tiene por objetivos:

- Definir el programa anual de salud pública
- Focalizar las acciones en programas prioritarios federales y estatales
- Establecer sinergias entre programas preventivos
- Fortalecer la comunicación entre las unidades financiadora y operativa
- Alinear recursos presupuestales de forma clara con base en prioridades
- Proponer el calendario de transferencias acorde con las necesidades de operación de los estados
- Definir el esquema de rendición de cuentas en el uso de los recursos

Con el propósito de sistematizar los procesos de programación del recurso, se creó la herramienta informática “Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades, *SIAFFASPE*. El objetivo general del sistema SIAFFASPE es el de permitir a la Dirección de Operación, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), alinear, controlar el uso y ejecución de los recursos presupuestales y programáticos, además de las acciones en salud pública, esto con el fin de traducir en eficiencia financiera y logro de metas institucionales a través de un instrumento de participación, federal y estatal, que asegure los recursos disponibles e impulse el desarrollo de los servicios de prevención y promoción en salud pública.

5.1 Análisis de resultados

5.1.1 Programas con mayor presupuesto programado en SIAFFASPE 2012

Dentro de los cinco Programas con mayor presupuesto asignado mediante Anexo IV, se encuentran los siguientes:

- Programa Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Infantil (*PRONAREMI*), con un total de \$8,366,856,799.68* de los cuales \$5,562,462,447.07 son financiados mediante Anexo IV, lo que representa el 66.5% del total de recursos del Programa.

- Arranque Parejo en la Vida (*APV*), con un total de \$1,943,303,079.65* de los cuales 1,352,497,939.81 son financiados mediante Anexo IV, lo que representa un 69.6% de los recursos totales del Programa.

- Diabetes, con un total de \$1,339,212,213.46* de los cuales \$1,110,159,519.97 son financiados por anexo IV, lo que representa el 82.9% del total de recursos del Programa.

- Riesgo Cardiovascular (*RCV*) con un total de \$1,271,901,083.14* de los cuales \$1,033, 946,940.25 son financiados por Anexo IV, lo que representa el 81.03% del total de recursos del Programa.

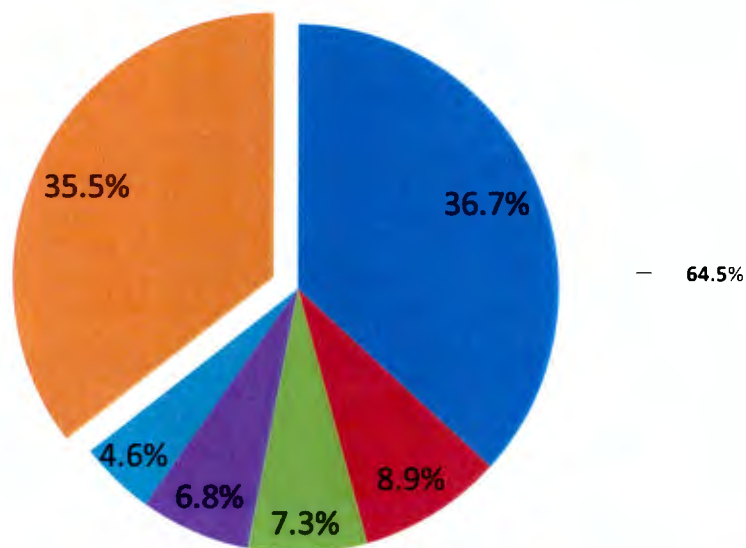
- Cáncer de Mama (*CAMA*) con un total de \$971,824,637.23* de los cuales Anexo IV financia \$703, 298,721.50 lo que representa el 72.4% del total de recursos totales del Programa.

¹En el año de referencia (2012), se programaron mediante Anexo IV un total de \$15,136, 607,321.59 de los cuales \$ 9,762,365,568.60 se asignaron a los cinco Programas antes mencionados, lo que representa el 64.5% del total de los recursos programados mediante Anexo IV. Figura 3

¹ *Total de recursos programados por Ramo 12, Ramo 33 y Anexo IV.

Recursos asignados por programa, 20% de Anexo IV, 2012

■ PRONAREMI ■ APV ■ Diabetes ■ RCV ■ CAMA ■ Otros



Fuente: SIAFFASPE, consultado el 13 de mayo de 2013

Figura 3

El detalle de recursos programados por Programa y fuente de financiamiento se encuentran en el *Anexo "A"* de este documento.

5.1.1.1 Programa Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Infantil (PRONAREMI)

Este Programa, se conforma por 4 Estrategias, 10 líneas de acción, 51 actividades generales y 51 indicadores federales, 1558 indicadores estatales, de los cuales 1518 han sido validados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (*CENSIA*), y 40 rechazados.

Las tres estrategias a las que se les asigna mayor recurso dentro de este programa son las siguientes:

Estrategia 1. "Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año". Para esta estrategia se destina el 78.9% de los recursos programados mediante Anexo IV.

La línea de acción que más recursos programa dentro de ésta estrategia es “Vacunación”, con 67.2% de su presupuesto. La actividad principal de esta línea de acción es “Vacunación con esquema completo en menores de cinco años”.

Estrategia 2. “Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades en la población menor de un año”. Para esta estrategia se destina el 11.2% de los recursos programados mediante Anexo IV.

La línea de acción para la que se programa más recursos en esta estrategia es “Promover en la población acciones de prevención de afecciones del periodo perinatal, prevención de embarazo en adolescentes. Enfermedades diarreicas, respiratorias, acciones de vacunación y prevención de riesgos de accidente por intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños en vía aérea digestiva” con 100% de su presupuesto. La actividad principal de esta línea de acción es “Equipo de primeros auxilios en menores de 10 años (IRAS)”

Estrategia 3. “Fortalecer la prestación de los servicios de salud que garanticen la atención oportuna a la población blanco”. Esta estrategia destina el 6.0% del total de los recursos programados por Anexo IV.

La línea de acción que programa mayor recurso en esta estrategia es “Capacitación al personal de salud y a la población en general para garantizar el cumplimiento del programa y de las actividades” con 100% de su presupuesto. La actividad principal de esta línea de acción son “Medicamentos para semanas nacionales de salud para el programa de vacunación universal”.

Para dar cuenta de los resultados obtenidos para este Programa en el periodo de referencia adjunto se enlistan los 10 indicadores federales con más recursos programados, ordenados en orden descendente de acuerdo al monto de recursos programado.

Índice	Indicador	Presupuesto	Porcentaje	Avance
--------	-----------	-------------	------------	--------

1.5.1	Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año de edad.	\$103,768,123.39	66.3%	81%
1.5.6	Porcentaje de recursos ejercidos para la adquisición de equipos para el Fortalecimiento de la Red de Frío.	\$714,037,213.10	15.3%	72%
1.5.8	Porcentaje de cumplimiento en la meta con vacuna contra VPH en mujeres de 5to. de primaria y/o de 11 años de edad no escolarizadas.	\$227,476,409.00	4.9%	83%
1.1.1	Porcentaje de niños que reciben consultas de primera vez en periodo neonatal.	\$123,453,890.64	2.6%	143%
3.1.10	Escriba aquí la descripción del indicador para Semanas Nacionales de Salud para el Programa de Vacunación Universal (Vitamina A, Albendazol, sobres de vida suero oral)	\$120,645,948.90	2.6%	128%
2.1.7	Porcentaje de unidades médicas que cuentan con equipo mínimo de somatometría completo.	\$ 95,379,184.63	2.0%	104%
1.5.5	Porcentaje de cumplimiento en la meta de vacunación programada con neumococo polivalente en adultos de 60 a 64 años con factores de riesgo y adultos de 65 años de edad.	\$ 84,236,394.70	1.8%	77%
2.1.1	Porcentaje de cumplimiento en la formación de grupos de Adolescentes Promotores de la Salud	\$ 79,325,793.96	1.7%	167%
4.1.7	Porcentaje de recursos asignados para la realización de comisiones oficiales para supervisión del Programa de Vacunación Universal.	\$ 66,009,976.92	1.4%	121%
2.1.2	Porcentaje de cobertura de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en las	\$ 63,737,121.36	1.4%	98%

Fuente: SIAFFASPE, consultado el 14 de mayo de 2013. El detalle de los 51 indicadores federales del Programa se encuentra en el Anexo “B” de este documento.



Puntos a resaltar

- Los tres indicadores con más recursos programados se encuentran por debajo del 90% de avance.
- Existen indicadores (semáforo rojo) que sobre pasan la meta programada.
- Existen indicadores (ejemplo 3.1.10) en los cuales no se ha cuidado la redacción y/o la construcción del mismo, no obstante reportan avance superior al 100%.

5.1.1.2 Arranque Parejo en la Vida (APV)

Este programa está conformado por 16 estrategias, 99 líneas de acción, 12 actividades generales, 12 indicadores federales, 348 indicadores estatales, de los cuales 347 están validados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Las tres estrategias a las que se les asigna mayor recurso dentro de este programa son las siguientes:

Estrategia 2. “Fortalecer la capacidad resolutiva de unidades de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y atención de la emergencia obstétrica”. Esta estrategia destina el 72.1% del total de recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción que programa el total del recurso dentro de esta estrategia es

“Abasto oportuno y suficiente de insumos estratégicos a unidades de primer nivel para realizar el tamizaje prenatal, la atención del parto y la detección, estabilización y referencia de complicaciones obstétricas (cajas rosa y guinda. Cuadros 16 y 17). Ninguna mujer que presente una urgencia obstétrica podrá ser trasladada o referida a otra unidad sin ser estabilizada previamente y trasladada de manera segura desde el primer nivel de atención, para ello, se propone incluir como paquete mínimo para la atención de la madre y del recién nacido el paquete de intervenciones básicas en salud materna y perinatal”. La actividad principal de esta línea de acción es “Garantizar la calidad y seguridad de la prestación de servicios obstétricos y emergencias”.

Estrategia 9. “Garantizar la atención integral del recién nacido en la unidades de atención obstétrica y neonatal”. Esta estrategia destina el 17.6% del total de recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción que destina el total de recurso es “Capacitar al personal de las unidades con menor capacidad resolutive en el uso de la “Presión Positiva Continua en la Vía Aérea” (CPAP nasal por sus siglas en inglés), estabilización y transporte del recién nacido así como uso de esteroides para maduración pulmonar”. La actividad principal de esta línea de acción es “Promover la atención integral y de calidad al recién nacido”.

Estrategia 4. “Asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población en general”. Esta estrategia destina el 7.0% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción a la que se le destina el 100% es “Favorecer la generación de una nueva cultura para el manejo de determinantes mediante programas de comunicación de riesgos, signos y síntomas de alarma obstétrica y sobre la importancia de solicitar atención médica inmediata”: La actividad principal de ésta línea de acción es “Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres entre las entidades federativas y municipios con menor IDH”.

Resultados obtenidos (APV)

Índice	Indicador	Monto	Porcentaje	Avance
2.1.1	Porcentaje de mujeres embarazadas, a las que se les realizan las pruebas de detección para sífilis y VIH/SIDA.	\$ 576,857,911.36	31.84%	113%
14.1.1	Porcentaje de notificación inmediata de las defunciones maternas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.	\$ 558,770,733.08	30.84%	84%
3.2.1	Porcentaje de personal de salud de los hospitales resolutivos capacitado en emergencias obstétricas.	\$ 178,241,376.27	9.84%	79%
9.5.1	Porcentaje de personal de salud involucrado con la atención del recién nacido en los hospitales de segundo nivel de atención, capacitado en reanimación neonatal.	\$ 155,064,340.38	8.56%	82%
10.5.1	Porcentaje de recién nacidos con tamiz neonatal.	\$ 133,552,665.14	7.37%	87%
11.2.1	Realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos con errores innatos del metabolismo	\$ 73,723,272.66	4.07%	88%
6.5.1	Porcentaje de visitas de supervisión realizadas en las 9 Entidades prioritarias, para evaluar la capacitación de las parteras tradicionales	\$ 28,991,272.54	1.60%	88%
4.4.1	Porcentaje de materiales de APV producidos y entregados a las Entidades Federativas.	\$ 28,777,695.08	1.59%	76%
10.2.1	Porcentaje de adquisición de ácido fólico para el consumo anual del 25% de la Mujeres en Edad Fértil responsabilidad de la Secretaría de Salud.	\$ 26,300,329.93	1.45%	97%
9.9.1	Porcentaje de cursos de capacitación en lactancia	\$ 24,823,886.87	1.37%	79%

	materna realizados contra programados en hospitales.			
	Totales	\$ 1,811,883,963.45	100.00%	92%

Fuente: SIAFFASPE, consultado el 14 de mayo de 2013.



Puntos a resaltar

- De los 12 indicadores federales, 9 se encuentran en semáforo amarillo, es decir, por debajo del 90% de avance.
- Solamente un indicador se encuentra en semáforo verde.
- Dos indicadores presentan avance superior al 100%.

5.1.1.3 Diabetes

Este programa consta de 12 estrategias, 60 líneas de acción y 7 actividades generales, 7 indicadores federales, 223 indicadores estatales de los cuales 222 están validados por Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (*CENAPRECE*) y 1 esta rechazado.

Las tres estrategias a las que se les asigna mayor recurso dentro de este programa son las siguientes:

Estrategia 7. “Incorporación de intervenciones costo-beneficio nacionales e internacionales basadas en las mejoras prácticas y evidencia científica”. A esta estrategia se le destina el 72.1% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción más importante y a la cual se le destina el 88.2% es “Sistematizar exámenes de laboratorio en las personas con diabetes para la prevención de insuficiencia renal (micro albuminuria y creatinina) y evaluar el control a través de la hemoglobina glucosilada”. La actividad más importante es “Ofertar acciones de seguimiento oportuno para lograr el control de las personas con diabetes en el primer nivel de atención”.

Estrategia 9. “Innovación para la mejora continua en la prestación de servicios de

salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico temprano de diabetes mellitus con estratificación de riesgo, incluidas las Caravanas de la Salud”. A esta estrategia se le destina el 16.4% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% del recurso es “Gestionar recursos de operación y suficiencia de insumos en apoyo a los mecanismos de detección oportuna de la población en riesgo”. La actividad principal es “Realizar detección y diagnóstico oportuno de diabetes en la población en riesgo de 20 años y más”.

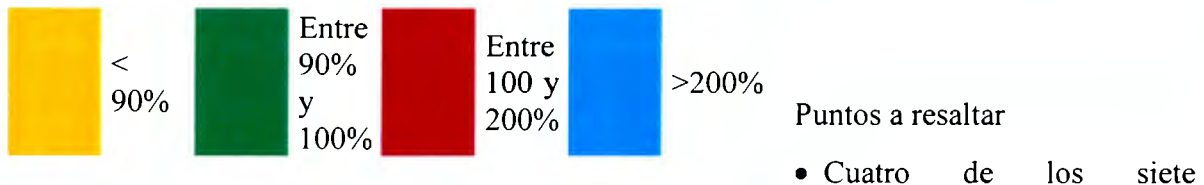
Estrategia 4. “Fortalecimiento de la infraestructura para el manejo de la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito estatal y local”. A esta estrategia se le destina el 8.8% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% del recurso es “Instrumentar gradualmente el modelo de UNEMEs enfermedades crónicas y clínicas de diabetes, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. La actividad principal es “Realizar acciones de gestión, capacitación y seguimiento a las unidades terminadas de construir adecuadamente, equipadas y con plantilla de personal completa”.

Índice	indicador	Monto	Promedio	Avance
9.1.1	Expresa el porcentaje de personas a las que se realizó detección de factores de riesgo de diabetes mellitus.	\$ 89,991,258.18	12.48%	101%
8.1.1	Se refiere a las acciones de supervisión y asesoría para la acreditación de Grupos de Ayuda Mutua	\$ 46,298,382.79	6.42%	101%
7.5.3	Expresa el porcentaje de pacientes con diabetes en el primer nivel de atención en los que se logra el control glucémico con glicemia menor a 130 mg/dl o hemoglobina glucosilada <7%	\$ 99,777,441.48	13.84%	87%

7.5.2	Expresa el porcentaje de pacientes con diabetes con determinación de microalbuminuria en GAM Acreditados y UNEMES EC.	\$ 31,301,247.62	4.34%	78%
7.5.1	Expresa el porcentaje de las personas con diabetes en control de los integrantes de Grupos de Ayuda Mutua Acreditados (Glucosa plasmática <126 mg/dl) y UNEMES EC (HbA1c <7%)	\$ 139,547,809.22	19.35%	84%
7.4.1	Describe el porcentaje de personas con diabetes mellitus a las cuales se les realizó detección oportuna de complicaciones crónicas (valoración de pie más determinación de hemoglobina glucosilada) en GAM Acreditados y UNEMES EC	\$ 164,578,069.50	22.83%	88%
4.1.1	Expresa el porcentaje de unidades funcionando en las diferentes jurisdicciones sanitarias del país.	\$ 149,496,917.92	20.73%	102%
	Totales	\$ 720,991,126.71	100%	92%

Fuente: SIAFFASPE, consultado el 14 de mayo de 2013.



indicadores federales, se encuentran en semáforo amarillo.

- Tres de ellos se encuentran en semáforo rojo, aunque es mínimo el rebase de la meta.
- Los resultados generales del Programa reportan un avance del 92%.

5.1.1.4 Riesgo Cardiovascular (RCV)

Este programa cuenta con 10 estrategias, 52 líneas de acción, 7 actividades generales, 7 indicadores federales, 215 indicadores estatales, de los cuales 212 están validados por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (*CENAPRECE*), y 3 están rechazados.

Las tres estrategias a las que se les asigna mayor recurso dentro de este programa son las siguientes:

Estrategia 6. “Desarrollo institucional y fortalecimiento de competencias en los profesionales de la salud que participan en la prevención y control de riesgo cardiovascular. A esta estrategia se le destina el 55.9% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% del recurso es “Elaborar y distribuir material didáctico y de actualización médica para prevenir, diagnosticar y controlar de manera oportuna las complicaciones del riesgo cardiovascular con énfasis en la detección temprana y tratamiento de: 1) hipertensión arterial, 2) dislipidemias, 3) enfermedad cerebrovascular, y 4) insuficiencia renal crónica”. La actividad más importante es “Brindar a los profesionales de la salud herramientas para el control de la presión arterial”.

Estrategia 5. “Innovación en la prestación de servicios de salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico oportuno del riesgo cardiovascular en usuarios de servicios del Sistema Nacional de Salud, incluida las Caravanas de la Salud”. A esta estrategia se le destina el 19.3% del recurso programado por Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, y a la cual se le destina el 100% del recurso es “Gestionar recursos de operación y suficiencia de insumos en apoyo a los mecanismos de detección oportuna de la población en riesgo”. La actividad más importante dentro de esta línea de acción es “Realizar detección y diagnóstico temprano de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en población de 20 años y más”.

Estrategia 7. “Incorporación de intervenciones costo-beneficio basadas en las mejores prácticas y evidencia científica”. A esta estrategia se le destina el 17.5% del recurso programado mediante Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% es “Gestionar y fomentar el diseño de esquemas de tratamiento en presentaciones integradas de monofármacos preventivos (Metformina, Estatina, Aspirina y Sibutramina), que reduzcan el costo de atención y favorezcan la adherencia al tratamiento”. La actividad más importante es “Proporcionar herramientas farmacológico a pacientes con riesgo cardiovascular (Dislipidemias)”

Resultados obtenidos (RCV)

Índice	Indicador	Monto	Porcentaje	Avance
5.1.1	Detecciones realizadas en la población de 20 años y más para riesgo cardiovascular (Obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias) en la población responsabilidad de la secretaria de salud.	\$ 233,424,544.97	20.48%	113%
6.3.1	Control de los pacientes con hipertensión arterial en población de mayores de 20 años en la población responsabilidad de la secretaria de salud.	\$ 505,134,335.42	44.33%	91%
7.1.1	Porcentaje de personas de 20 años y más en tratamiento de dislipidemias que han	\$ 134,935,628.75	11.84%	89%

	alcanzado las cifras de control en la población responsabilidad de la secretaria de salud.			
7.4.1	Se refiere al porcentaje de pacientes con hipertensión arterial bajo tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) que han logrado su control.	\$ 56,580,226.19	4.96%	67%
7.4.2	Se refiere al porcentaje de pacientes con dislipidemias bajo tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) que han logrado su control.	\$ 3,305,469.90	0.29%	81%
7.4.3	Se refiere al porcentaje de pacientes con obesidad bajo tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) que han logrado su control.	\$ 6,537,577.56	0.57%	77%
9.2.1	Coadyuvar en la control del sobrepeso y la obesidad en la población mayor de 20 años responsabilidad de la secretaria de salud.	\$ 199,693,387.93	17.52%	94%

Totales	\$ 1,139,611,170.72	100.00%	87%
---------	---------------------	---------	-----

Fuente: SIAFFASPE, consultado el 14 de mayo de 2013.



Puntos a resaltar

- De los siete indicadores federales, cuatro se encuentran en semáforo amarillo, es decir por debajo del 90% de avance.
- Solo un indicador sobrepasa mínimamente el 100% de avance.
- El resultado global del Programa, se encuentra a un 87% de avance, por lo tanto se encuentra en semáforo amarillo.

5.1.1.5 Cáncer de Mama (CAMA)

Este Programa cuenta con 8 estrategias, 39 líneas de acción, 7 actividades generales, 7 indicadores federales y 224 indicadores estatales, los cuales están totalmente validados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Las tres estrategias a las que se les asigna mayor recurso dentro de este programa son las siguientes:

Estrategia 5.” Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social”. A esta estrategia se le destina el 47.9% del total de recurso programado mediante Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el

100% del recurso, es “Impulsar la atención de excelencia a través de la certificación del personal y la acreditación de unidades, clínicas, hospitales y centros oncológicos que cumplan con los estándares de calidad del programa. La actividad más importante dentro de esta línea de acción es “Confirmar diagnóstico a través de biopsia a sospechosas del tamizaje”.

Estrategia 2. “Establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura de manera eficiente, segura y eficaz”. Esta estrategia destina el 42.7% del total de recurso programado mediante Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% del recurso, es “Actualizar la normatividad de acuerdo con medicina basada en evidencia y las mejores prácticas”. La actividad más importante es “Detección temprana”.

Estrategia 1. “Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección”. A esta estrategia se le asignó el 9.3% del total de recurso programado mediante Anexo IV.

La línea de acción más importante dentro de esta estrategia, a la cual se le destina el 100% del recurso, es “Efectuar coordinación con las áreas de Promoción de la Salud, Comunicación Social, instituciones de salud y organizaciones civiles para el desarrollo de campañas de difusión masiva, organización de ferias y eventos de promoción y educación al público en general, con alineación de mensajes para sensibilizar, informar y motivar la asistencia de las mujeres a los servicios de salud para la detección”. La actividad más importante dentro de esta línea de acción es “Promoción e invitación organizada”.

Resultados obtenidos (CAMA)

Índice	Indicador	Monto	Porcentaje	Avance
1.1.1	Cobertura de detección con exploración clínica en mujeres de 25 a 69 años	\$ 91,809,592.25	11.00%	10330%
2.6.1	Cobertura de detección mediante mastografía de tamizaje a mujeres asintomáticas en las mujeres de 50 a 69 años de edad.	\$ 440,789,445.15	52.80%	2834%
5.5.2	Cobertura de la evaluación diagnóstica con toma de biopsia	\$ 32,822,655.93	3.93%	97%
5.5.3	Cobertura de tratamiento	\$ 97,610,640.50	11.69%	87%
5.5.4	Índice de anormalidad específico	\$ 75,466,691.65	9.04%	203%
5.5.5	Congruencia radiológica - histológica	\$ 36,621,898.49	4.39%	102%
5.5.1	Cobertura de la evaluación diagnóstica con imágenes complementarias a mujeres con resultado de mastografía de tamizaje BIRADS 0	\$ 59,661,845.31	7.15%	91%
	Totales	\$ 834,782,769.28	100.00%	1963%

Fuente: SIAFFASPE, consultado el 14 de mayo de 2013.



Puntos a resaltar

- De los siete indicadores federales, tres de ellos reportan avances superiores al 200%
- El Programa reporta un avance total de 1963%

5.2 Análisis sobre el avance de indicadores y resultados.

A continuación se hace un ejercicio en donde se busca comparar el avance de los indicadores reportados dentro de la plataforma del SIAFFASPE, su presupuesto asignado y la población atendida. El criterio de selección de entidades para el ejercicio fueron las cinco que más recursos reciben mediante Anexo IV en el Programa referido.

Ejemplo 1

Dentro del Programa Arranque Parejo en la Vida, (APV), siguiendo la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, se establece que en la primera consulta habrá que solicitarse, entre otros estudios la detección del VIH y Sífilis.

El universo es: Total de mujeres embarazadas, afiliadas al Seguro Popular, que asistieron a consulta de primera vez.

Entidad: "A"

Programa: APV			Avance del programa.	del 71.00 %
Índice	Indicador	Meta programada	Realizado	Porcentaje avance
2.1.1	Porcentaje de mujeres embarazadas, a las que se les realizan las pruebas de detección para sífilis y VIH/SIDA.	170,000	165,667	97.00%

Monto asignado en Anexo IV ^{1/}	Monto Asignado Total ^{2/}	Inversión por usuario por Anexo IV	Inversión por usuario Total	Universo reportado DGIS ^{3/}	Cobertura respecto a la atención
\$ 76,487,200.50	\$ 155,890,736.20	\$ 461.69	\$ 940.99	349051	47.46%

*Construcción propia con datos obtenidos de Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Cubos del SIS, Consultas a embarazadas de

primera vez, incluye embarazo de bajo riesgo, alto riesgo y adolescentes. DGIS, consultados el 04/04/2013. Boletín de Información estadística 2011, Servicios, Total de Diabéticos en control.

Se observa que el programa reporta haber realizado 165,667 pruebas de las 170,00 programadas, cubriendo al 97% la meta. Sin embargo la DGIS, a través de los cubos dinámicos, reporta un universo de 349,051 mujeres embarazadas, afiliadas a Seguro Popular, que asistieron a consulta de primera vez, lo que difiere de la meta realizada mediante Anexo IV.

Por otro lado, si se toma en cuenta que se tiene asignado un monto de \$155,890,736.20, de los cuales \$76,487,200.50 son financiados mediante Anexo IV, tenemos que en el universo reportado mediante este indicador, se tendría una inversión de \$940.99 por mujer atendida, de los cuales \$461.69 son financiados mediante Anexo IV.

Se consultó con el área de financiamiento de la CNPSS, quien reporta que la entidad programó en SIAFFASPE \$181,484,823.48 para la partida 25901 "Otros Insumos de Laboratorio", sin embargo a mayo de 2013, se reporta ejercido para esta partida un total de \$115,474.52.²

Ejemplo 2.

Dentro del programa Diabetes, tenemos los siguientes dos indicadores:

Entidad: "B"

Programa: Diabetes			Avance del programa:	50.14 %
Índice	Indicador	Meta programada	Realizado	Porcentaje avance
7.4.1	Describe el porcentaje de personas con diabetes mellitus a las cuales se les realizó detección oportuna de complicaciones crónicas	2,115	1,264	59.00%

1/ Fuente: Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013

2/ Fuente Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013

3/ Fuente: Cubos del SIS, Consultas a embarazadas de primera vez, incluye embarazo de bajo riesgo, alto riesgo y adolescentes. DGIS, consultados el 04/04/2013

4/ Fuente: Boletín de Información estadística 2011, Servicios, Total de Diabéticos en control

	(valoración de pie más determinación de hemoglobina glucosilada) en GAM Acreditados y UNEMEs EC			
7.5.3	Expresa el porcentaje de pacientes con diabetes en el primer nivel de atención en los que se logra el control glucémico con glicemia menor a 130 mg/dl o hemoglobina glucosilada <7%	26234	18,199.00	69.00%

Monto asignado en Anexo IV ^{1/}	Monto Asignado _{2/}	Inversión por usuario por Anexo IV	Inversión por usuario por usuario Total	Total de usuarios	Cobertura de respecto a la atención
\$24,376,458.81	\$25,789,639.32	\$19,285.17	\$ 20,403.20	54653 ^{4/}	2.31%
\$12,461,526.13	\$13,078,476.63	\$684.74	\$718.64	54653 ^{4/}	33.30%

*Construcción propia con datos obtenidos de Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Cubos del SIS, Consultas a embarazadas de primera vez, incluye embarazo de bajo riesgo, alto riesgo y adolescentes. DGIS, consultados el 04/04/2013. Boletín de Información estadística 2011. Servicios, Total de Diabéticos en control.

En el primer indicador, se observa el porcentaje de personas con diabetes mellitus a las cuales se les realizó detección oportuna de complicaciones crónicas mediante la valoración de hemoglobina glucosilada, para tal efecto se programó realizar 2,115 pruebas de las cuales solo se realizaron 1,264 cubriendo un 59% de la meta establecida, para esta actividad se asignaron \$25,789,639 de los cuales \$ 24,376,458.81 corresponden a anexo IV, comparando el presupuesto asignado con la meta realizada, se observa una inversión por usuario de \$ 20,403.20 de los cuales \$19,285.17 corresponden a anexo IV.

Para la actividad descrita en este indicador, solo se programó atender en este rubro a 2,115 usuarios, sin embargo la DGIS reporta un universo de personas diabéticas afiliadas a

Seguro Popular de 54,653. En este escenario, la cobertura sería del 2.31%.

En el segundo indicador, expresa el porcentaje de pacientes con diabetes en el primer nivel de atención que llegaron a control glicémico, en el cual se programó tener en control a 26,234 usuarios, de los cuales solo se logró mantener en control a 18,199 , que corresponde al 69% del total programado.

Para éste propósito se programaron \$ 13,078,476.63, de los cuales corresponden a anexo IV, \$ 12,461,526.13, registrando una inversión por usuario de \$718.64 de los cuales \$ 684.74 pertenecen a anexo IV. Si tomamos de base la población blanco reportada por la DGIS, que son 54,653 usuarios, estaríamos logrando el control glucémico solo en 33.30% del universo.

Ejemplo 3.

Programa Arranque Parejo en la Vida (APV).

Entidad: "C"

Índice	Indicador	Meta programada	Realizado	Porcentaje avance	Monto asignado en Anexo IV ^{1/}	Monto Asignado Total ^{2/}
3.2.1	Porcentaje de personal de salud de los hospitales resolutivos capacitado en emergencias obstétricas.	100	0.00	0.00%	\$140,000.00	\$1,065,000.00
4.4.1	Porcentaje de materiales de APV producidos y entregados a las Entidades Federativas.	100	0.00	0.00%	\$1,596,580.00	\$2,123,300.00
6.6.1	Porcentaje de Posadas AME que funcionan respecto a	4	0.00	0.00%	\$ 230,000.00	\$1,083,718.70

	las visitadas y que reciben recursos					
9.5.1	Porcentaje de personal de salud involucrado con la atención del recién nacido en los hospitales de segundo nivel de atención, capacitado en reanimación neonatal.	90	0.00	0.00%	\$294,000.00	\$675,250.00
10.5.1	Porcentaje de recién nacidos con tamiz neonatal.	95	0.00	0.00%	\$51,000.00	\$1,246,145.00
14.1.1	Porcentaje de notificación inmediata de las defunciones maternas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.	100	0.00	0.00%	\$29,129,051.12	\$33,202,317.20

*Construcción propia con datos obtenidos de Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Programa Anual de Trabajo - Ejercicio 2012 Reporte por programa y entidad federativa. SIAFFASPE consultado el 08/05/2013, Cubos del SIS. Consultas a embarazadas de primera vez, incluye embarazo de bajo riesgo, alto riesgo y adolescentes. DGIS, consultados el 04/04/2013, Boletín de Información estadística 2011, Servicios, Total de Diabéticos en control.

En este ejemplo se observa que a pesar de que se encuentra asignado recurso y se programaron metas, al cierre del ejercicio no se reporta ningún avance en indicadores. Con color amarillo se destaca que el “Porcentaje de notificación inmediata de las defunciones maternas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.” No corresponde con medidas de prevención de ninguno de los tres órdenes.

5.2.1 Indicadores.

De acuerdo a Rendición de Cuentas 2011 (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2012, pp. 41-45)

Para el 2011 en cuanto cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad fue del 21.60% lo cual contrasta radicalmente con el cumplimiento de la meta en 2012 reportado en la plataforma SIAFFASPE el cual reporta 52.8%, y en el avance general reporta 2834%,.

La importancia no radica en lo inverosímil de la cifra reportada, o que esta no se correspondan los años de reporte, sino que en no es posible tomar decisiones de política pública con base a estos datos, si se tomaran a la letra, podríamos hablar de un cumplimiento mas que cabal de las metas, y de un sistema de salud centrado en la prevención.

En cuanto a Diabetes Mellitus Rendición de Cuentas 2011, reporta una mortalidad 75.75 por cada 100,000 habitantes lo que lo ubica dentro de las primeras causas de mortalidad, este dato resulta muy contrastante en cuanto a acciones de prevención se trata, puesto que no son parte de los indicadores y se conforma con reportar un 91% de unidades en funcionamiento, lo que muestra que además de un sobre registro no existe una selección clara de los indicadores a utilizar y los resultados que se quieren medir.

Lo anterior pone de manifiesto una inconsistencia grave ejemplo de las encontradas durante la realización de este trabajo. Como estos dos ejemplos pudiéramos hablar de muchos más pero los considero mas que ilustrativos de la realidad de los sistemas de información y retroalimentación al interior del Seguro Popular.

5.3 Alineación de los Indicadores con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Una vez que se analizó la conformación presupuestal y avance de metas de estos programas, es necesario verificar que el financiamiento otorgado mediante el 20% del Anexo IV se destine exclusivamente a acciones de prevención, promoción y detección enfermedades dirigidas a la persona, establecidas en el CAUSES y autorizadas en PRORESPPO, mediante la revisión de indicadores, establecidos por los Programas Federales en la plataforma del SIAFFASPE, que permitan dar seguimiento a la aplicación de estos recursos, para evaluar el impacto en la prevención y promoción de la salud.

Para este fin realizarán las siguientes acciones a realizar:

1. Revisión de los indicadores no vinculados al CAUSES (CNPSS/Líderes Federales).
2. Enviar, a los REPSS y SESA de las entidades federativas, los indicadores consensuados entre la CNPSS y los Líderes Federales, con la finalidad de que en el 2º Convenio Modificatorio (Noviembre de 2013) se redirijan y/o reprogramen los recursos del 20% del Anexo IV, en indicadores que contengan acciones autorizadas en el Catálogo y en la alineación de esta fuente financiera con respecto al PAT.

3. Trabajar coordinadamente con las entidades federativas, para que en el 2º Convenio Modificadorio se redirijan y/o reprogramen los recursos del 20% del Anexo IV, en indicadores que contengan acciones autorizadas en el Catálogo.

FASE I

Para este fin se obtuvieron todos los indicadores de los 21 programas y a fin del desarrollo de este proyecto aplicado de investigación se presenta el análisis de 5 programas mencionados previamente, en donde se obtuvo meta e indicador, y se procedió a su análisis en base a su alineación con acciones de prevención y promoción oportuna de enfermedades enfocadas en la persona, es así que se generó una base de datos que contiene el índice, meta, indicador, intervenciones del CAUSES asociadas y observaciones las cuales justifican la solicitud de eliminación de la lista de metas e indicadores para el siguiente año. (Anexo 4)

PRONAREMI

De los 53 Indicadores con los que cuenta el programa, se solicita reprogramar el recurso que se asignó a 14 de ellos por no encontrarse alineados.

Num.	Indicador
1	Total de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud formados anualmente.
2	Total de reuniones del Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia GAIA
3	Porcentaje de Supervivencia global a 2 años de los menores de 18 años con cáncer atendidos en las Unidades Medicas Acreditadas (UMA's)
4	Total de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud activos en las Unidades Médicas que realizan actividades de información entre sus pares.
5	Total de adolescentes de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud acreditados.
6	Identificar a la población usuaria de un Hospital que será educada en la estrategia Sigamos Aprendiendo en el Hospital, niños, jóvenes y adultos que por motivos de una enfermedad se encuentran en rezago educativo.
7	Identificar la puesta en operación de aulas de la Estrategia Sigamos Aprendiendo en el Hospital.
8	Identificar el reforzamiento de aulas de la estrategia Sigamos Aprendiendo en el Hospital
9	Total de visitas de supervisión y asesoría al personal de salud de las Unidades Médicas y Jurisdiccional.
10	Porcentaje de supervisiones realizadas a unidades médicas de primer nivel de la SS en la Entidad Federativa.
11	Porcentaje de supervisiones realizadas a las unidades médicas acreditadas para la atención de niños y adolescentes con cáncer.
12	Porcentaje de supervisiones realizadas
13	Porcentaje de recursos ejercidos en la adquisición de equipo de cómputo y vehículos para el Programa de Vacunación Universal.
14	Porcentaje de recursos asignados para la realización de comisiones oficiales para supervisión del Programa de Vacunación Universal.
	Elaboración propia con base a los indicadores que no se encuentran alineados

APV

Cuenta con 4 Indicadores de los cuales solo se propone reprogramar el recurso ejercido en un solo Indicador.

Num.	Indicador
1	Porcentaje de defunciones sospechosas detectadas por metodología de RAMOS modificada. Elaboración propia con base a los indicadores que no se encuentran alineados

Diabetes

De los 7 indicadores con los que cuenta el programa se propone la reprogramación de uno de ellos.

Num.	Indicador
1	Se refiere a las acciones de supervisión y asesoría para la acreditación de Grupos de Ayuda Mutua Elaboración propia con base a los indicadores que no se encuentran alineados

RCV

En este indicador no se encontraron observaciones que realizarse

CAMA

De los 8 indicadores encontrados se propone la reasignación de recursos de 2 de ellos.

Num.	Indicador
1	Cobertura de tratamiento
2	Índice de anormalidad específico
Elaboración propia con base a los indicadores que no se encuentran alineados	

6. Acciones de Administración Pública y Política Pública

FASE II

Se programa una reunión con los Líderes Federales para exponer la problemática encontrada y tratar de proponer una la reasignación de recursos y a la vez, capacitar sobre la forma correcta de la programación con base a los lineamientos para el 20% del Anexo IV en la Plataforma SIAFFASPE.

A este respecto se obtuvo una respuesta positiva en general, la cual también rinde frutos en cuanto a la forma en la que se ha dado seguimiento a los indicadores, a su conformación y seguimiento por lo que se plantea la creación de un módulo en la plataforma SIAFFASPE para poder dar seguimiento mas cabal a las metas con base a la presupuestación y un trabajo en conjunto para la creación, actualización y seguimiento a los indicadores.

FASE III

Se toman dos acciones principalmente una con resultado a corto plazo y otra con resultado a largo plazo. En la primera se busca reasignar la inversión en actividades alineadas, para ello se toman las siguientes medidas.

Se hace de conocimiento de las entidades federativas la decisión de reasignar recursos, de los Indicadores señalados, para lo cual y en vista de que ha transcurrido casi en su totalidad el tercer trimestre del año, se brindan las siguientes opciones:

- A) Reasignar el recurso a otros indicadores que si estén alienados.
- B) Justificar mediante oficio informativo que el recurso ya se encuentra comprometido
- C) Demostrar que el recurso ya ha sido ejercido.

Así mismo se hace hincapié en que para el siguiente periodo no se programen recursos para los indicadores mencionados, así mismo se establece una línea de comunicación para asesoría a este respecto y para la capacitación en la programación en la Plataforma SIAFFASPE.

En las acciones a largo plazo se plantean reuniones de trabajo en las cuales se rediseñen los indicadores en conjunto con la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, y los líderes Federales de los programas. También se plantea la necesidad de poder contar con un modulo dentro de la plataforma SIAFFASPE para poder dar seguimiento puntual a los recursos invertidos en el 20% del anexo IV.

Entre las actividades para esta reestructuración de los indicadores y por ende de la programación presupuestal se tienen planeadas las siguientes actividades

- Reunión con los Líderes Federales para la reasignación de recursos
- Reunión con los Líderes Estatales para solicitar la programación de la reasignación de recursos
- Reasignación de los recursos en el 2º modificatorio del AFASPE 2013
- Reuniones de trabajo para la construcción de nuevos indicadores
 - ADICCIONES
 - ADOLESCENTES

- APV
- CAMA
- CÓLERA
- DENGUE
- DIABETES MELLITUS
- ENVEJECIMIENTO
- ETV
- LEPRO
- PALUDISMO
- PLANIFICACIÓN
- PRONAREMI
- RABIA
- RCV
- SALUD BUCAL
- SALUD MENTAL
- TUBERCULOSIS
- VIH/SIDA
- VIOLENCIA
- Reunión para la planeación del modulo de seguimiento para SIAFFASPE
- Reunión para el pilotaje del modulo
- Adaptación del modulo a la plataforma
- Reunión para las reglas de operación del nuevo modulo
- Firma del acuerdo para el uso del nuevo modulo
- Programación 2015 con las nuevas reglas y nuevos indicadores

Los trabajos de esta acción de mejora en cuanto a la administración y política pública se han puesto en marcha, teniendo completa hasta este momento el plan a corto plazo, y programando la ejecución del plan a largo plazo para todo el año 2014, a fin que los indicadores, validados, y la inclusión del módulo a la plataforma SIAFFASPE sean difundidos en el año 2015.

7. Conclusiones

- Derivado del análisis a los indicadores utilizados para dar seguimiento a los programas seleccionados, se detectaron problemas en la definición de los mismos destacando las inconsistencias de validez, congruencia y precisión, lo cual se corrobora al detectar cumplimientos de metas mucho mayores al 100%

- Del análisis del proceso presupuestal se observó que a pesar de que cada año se incrementa el presupuesto a los programas de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades atendidas por estos programas no se registran reducciones importantes.



- Dentro del sector salud se sigue dando énfasis a la prestación de servicios curativos con lo que se sigue imponiendo una importante carga financiera al sistema de salud, pero también expone a la población a enfrentar mayores riesgos de enfermedad, muerte, discapacidad y empobrecimiento

- A nivel federal y estatal no se acatan los lineamientos para la programación de recursos asignados a través del Anexo IV del Convenio de Coordinación para la Ejecución del SPSS, lo cual se hizo evidente al detectar programas donde se programó la asignación a actividades de promoción prevención y detección oportuna de enfermedades que no están consignadas en el CAUSES.

- Derivado de las evidencias antes mencionadas es que se propone la acción de administración pública y política pública de subsanar las inconsistencias en cuanto a indicadores y alineación, para coadyuvar a la función primordial de la CNPSS que es ser una fuente de financiamiento del sistema

Figura 4 (Resultado de los procesos de gestión ante líderes federales y REPSS donde se detallan los montos a reasignar de forma mas eficiente.)

PROGRAMA FEDERAL	PRORESPPD (20% DEL ANEXO IV)	INDICADORES VINCULADOS AL CAUSES	INDICADORES NO VINCULADOS AL CAUSES		PRESI PUESTO TOTAL DEL 20% (PAD) A REPROGRAMAR
COLERA	40,400,809	3	3	6	4,029,282
DENGUE	237,415,730	6	3	9	12,533,232
DIABETES	1,221,753,514	6	1	7	93,764,391
ENVEJECIMIENTO	130,432,711	8	2	10	9,964,647
ETV	331,090,993	13	4	17	47,577,904
LEPRA	7,686,130	4	1	5	530,405
PALUDISMO	17,720,383	5	4	9	13,596,926
RABIA	53,417,625	7	12	19	5,943,933
RCV	1,137,535,144	7	0	7	0
SALUD BUCAL	497,237,901	8	2	10	12,214,221
TUBERCULOSIS	251,655,827	7	1	8	8,333,924
ADOLESCENTES	116,717,236	4	0	4	0
CAMA	629,854,941	6	2	8	66,983,192
CACU	256,949,575	6	1	7	37,224,409
APV	1,245,604,068	3	1	4	26,509,955
PLANIFICACION	988,518,523	3	0	3	0
VIOLENCIA	96,435,625	8	2	10	774,991
ADICCIONES	123,146,639	9	5	14	19,855,527
PRONAREMI	2,076,437,668	38	15	53	131,525,099
SALUD MENTAL	133,392,335	4	3	7	14,224,768
VIIHSIDA	255,684,270	5	4	9	70,743,193
TOTAL	\$9,849,088,046	160	66	226	\$576,329,985

8. Bibliografía

Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C. (2010). *Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C. / Seguro Popular*. Recuperado el 01 de 10 de 2013, de <http://seguropopular.cide.edu>

Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). Seguro Popular: logros y perspectivas. *Gaceta Médica de México*, 147, 487-96.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2012). *Lineamientos para la programación de insumos del 20% de Anexo IV*. México D.F.: CNPSS.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Bases para asignar recursos a las acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades 2013 .

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Criterios para la Programación y Presupuestación del 20% del ANEXO IV para acciones de Promoción, Prevención y Detección Oportuna de Enfermedades 2013.

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud /Secretaría de Salud /Estados Unidos Mexicanos. (s.f.). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2012). *Rendición de Cuentas 2011*. Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.

Ortegon, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y Programas*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.

Salud, C. N. (2012). *Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*. México D.F.: Secretaría de Salud.

Salud, S. d. (2004). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. Recuperado el 2013 de mayo de 1, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>

Salud, S. d. (27 de diciembre de 2011). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2012. *Diario Oficial de la Federación* .

Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.* (S. D. salud, Ed.) México D.F.

Sofia Charvel, J. R. (2012). *Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.* . Recuperado el 03 de 09 de 03, de Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. :
http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_marcojur%C3%ADdico.pdf

World Health Organization - University of Durham meeting report. (2002). *Public Health Management.* Recuperado el 25 de 11 de 2013, de Organización mundial de la Salud:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/PH_management7.pdf

9. Abreviaturas.

Las siguientes abreviaturas son utilizadas en este documento:

CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económica
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CS	Cuota Social
DGF	Dirección General de Financiamiento
DGGSS	Dirección General de Gestión de Servicios de Salud
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DS	Diagnóstico de Salud
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vector
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
LGS	Ley General de Salud
OPD	Órganos Públicos Desconcentrados
PAE	Programa de Acción Especifico
PAT	Programa Anual de Trabajo
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PF	Programas Federales
PRONAREMI	Programa Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Infantil
PRONASA	Programa Nacional de Salud. Catálogo para la Programación de Recursos de Salud Pública para
PRORESPPO	Prevención con Oportunidad
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RCV	Riesgo Cardiovascular

REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIAFFASPE	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
SIS	Sistema de Información en Salud
SMSXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
UNEME	Unidad de Especialidades Médicas

10. Anexos

Anexo A: Describe las intervenciones del CAUSES consideradas como de prevención primaria.

NÚMERO DE INTERVENCIÓN (CAUSES)	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN (CAUSES)
1	VACUNA BCG
2	VACUNA ANTHEPATITIS B
3	VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPAT+VIP+HIB)
4	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS
5	VACUNA CONJUGADA CONTRA NEUMOCOCO
6	VACUNA ANTI-INFLUENZA
7	VACUNA TRIPLE VIRAL SRP
8	VACUNA DPT
9	VACUNA ANTIPOLIOMIÉLTICA ORAL TRIVALENTE TIPO SABIN
10	VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
11	VACUNA ANTHEPATITIS B
12	VACUNA DOBLE VIRAL (SR)
13	TOXOIDES TETÁNICO Y DIFÉRICO (TD)
14	VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA PARA EL ADULTO MAYOR
15	VACUNA ANTI INFLUENZA PARA EL ADULTO MAYOR
16	ACCIONES PREVENTIVAS PARA RECIÉN NACIDO
17	ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS
18	ACCIONES PREVENTIVAS PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS
19	DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
20	ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
21	ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER 20 A 59 AÑOS
22	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL HOMBRE DE 20 A 59 AÑOS
23	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA MUJERES DE 40 A 59 AÑOS
24	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA HOMBRES DE 40 A 59 AÑOS
25	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
26	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN ADELANTE
27	OTRAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

28	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPRIVA Y POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12
29	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A
54	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS INTESTINAL
56	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ASCARIASIS
88	OTRAS ATENCIONES DE MEDICINA GENERAL
89	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (AH)
90	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PRESERVATIVOS
91	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
92	ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZO
138	PREVENCIÓN DE CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (PROFILAXIS, ODONTOXESIS Y APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR)
182	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO
186	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
240	SALPINGOCLASIA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
251	VASECTOMÍA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

Anexo B Describe las intervenciones del CAUSES consideradas como de prevención secundaria.

Intervenciones para Acciones de Prevención Secundaria:	
NÚMERO DE INTERVENCIÓN (CAUSES)	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN (CAUSES)
30	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCARLATINA
31	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARAMPiÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS
32	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA
33	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
34	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS FERINA

36	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)
39	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE CLÁSICO
40	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DIARREA AGUDA
41	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
42	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE TIFOIDEA
44	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORAL
45	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GONORREA
46	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR CLAMIDIA (INCLUYE TRACOMA)
47	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR TRICHOMONA
48	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS
52	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CHANCRO BLANDO
53	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR HERPES GENITAL
66	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE BRUCELOSIS
72	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTROS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RECKETTSIOSIS, LEPRO, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIOSIS, ONCOCERCOSIS)
81	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEPATITIS A Y B
84	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
85	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
93	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
94	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (AUTISMO)
97	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA MAMA
101	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL
102	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO
103	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO
104	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA
108	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
109	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA
110	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA
113	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN NIÑOS
114	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES)
119	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA
123	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1
128	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS AFECTIVOS (DISTIMIA, CICLOTIMIA, ESTADO HIPOMANIACO, DEPRESIÓN Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR)
129	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, CRISIS DE ANGUSTIA Y PÁNICO Y REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN [TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO])
130	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS ESQUIZOFRENIA, IDEAS DELIRANTES,

	PSICÓTICOS Y ESQUIZOTÍPICO)
136	PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA DE ADICCIONES (CONSEJERÍA)
139	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS DENTALES
155	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE SERPIENTE
156	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALACRANISMO
157	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS
159	MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS
180	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO
181	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO
187	ICTERICIA NEONATAL
188	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO SIN COMPLICACIONES
189	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO CON HIPOTERMIA
190	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER
194	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL
195	HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA
196	INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA O HERIDA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA
214	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORIOAMNIOÍTIS
216	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL
217	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍA FUNCIONAL EN LA MUJER EMBARAZADA
241	ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA
242	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO
243	LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO POR ABORTO INCOMPLETO
244	ATENCIÓN DE CESÁREA Y PUERPERIO QUIRÚRGICO

Anexo C : Describe las intervenciones del CAUSES consideradas como de prevención terciaria.

Intervenciones para Acciones de Prevención Terciaria:

NÚMERO DE INTERVENCIÓN (CAUSES)	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN (CAUSES)
107	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SEQUELAS DE DESNUTRICIÓN
115	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE
137	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES
140	ELIMINACIÓN DE CARIES Y RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTALES CON AMALGAMA, RESINA O KROMERO DE VIDRIO
171	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS
172	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA
176	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS
178	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
184	ENDOMETRITIS PUERPERAL
185	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE SÉPTICO PUERPERAL
191	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA
192	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA SEVERA
193	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA
202	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO
213	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HELLP
215	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBOLIAS OBSTÉTRICAS
216	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA MUJER EMBARAZADA Y PUERPERA
217	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDUCCIONES
245	REPARACIÓN UTERINA

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	2
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	5
3.1 ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO	9
3.2 ACUERDOS DE COORDINACIÓN	10
3.3 ACUERDOS AFASPE.....	12
3.4 PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT).....	14
3.5 PROGRAMACIÓN DEL 20% DEL ANEXO IV	14
4. MARCO METODOLÓGICO	17
4.1 POR QUE LA NUEVA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN SALUD ES IMPORTANTE	19
5. RESULTADOS	20
5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
5.1.1 <i>Programas con mayor presupuesto programado en SIAFFASPE 2012.....</i>	<i>21</i>
5.1.1.1 Programa Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Infantil (PRONAREMI)	23
5.1.1.2 Arranque Parejo en la Vida (APV)	26
5.1.1.3 Diabetes.....	29
5.1.1.4 Riesgo Cardiovascular (RCV)	32
5.1.1.5 Cáncer de Mama (CAMA)	35
5.2 ANÁLISIS SOBRE EL AVANCE DE INDICADORES Y RESULTADOS.....	38
5.2.1 <i>Indicadores.....</i>	<i>42</i>
5.3 ALINEACIÓN DE LOS INDICADORES CON EL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD (CAUSES).....	43
6. ACCIONES DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y POLÍTICA PÚBLICA	45
7. CONCLUSIONES.....	47
8. BIBLIOGRAFÍA.....	49
9. ABREVIATURAS.....	50
10. ANEXOS.....	51